

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI



DUYGU DIŞAVURUMUNUN MADDE KULLANIM
BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN REMİSYON SÜRESİNE
VE BAKIM VERİCİLERİNİN YAŞAMINA ETKİSİNİN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HÜSEYİN FİGEN

BOLU, AĞUSTOS - 2022

T.C.
BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİKANABİLİM DALI



DUYGU DIŞAVURUMUNUN MADDE KULLANIM
BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN REMİSYON SÜRESİNE
VE BAKIM VERİCİLERİNİN YAŞAMINA ETKİSİNİN
İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HÜSEYİN FİGEN

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM

BOLU, AĞUSTOS - 2022

KABUL VE ONAY SAYFASI

Hüseyin FİGEN tarafından hazırlanan “**DUYGU DIŞAVURUMUNUN MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN REMİSYON SÜRESİNE VE BAKIM VERİCİLERİNİN YAŞAMINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**” adlı tez çalışması jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı’nda Yüksek Lisans Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir. 10/08/2022

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik
Anabilim Dalı

Üye

Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ
Aydın Adnan Menderes Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi

Üye

Dr. Öğretim Üyesi Songül ÇAĞLAR
Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik
Anabilim Dalı

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Onayı
Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,

Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,

Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,

Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,

Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Teze ilişkin 27/08/2022 tarihinde Turnitin adlı intihal tespit programından enstitü müdürlüğü tarafından belirlenen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan benzerlik raporuna göre, tezin benzerlik oranı %29 olarak tespit edilmiştir.

Bu çalışma için Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2021/93 karar numarası ile 27/04/2021 tarihinde etik izin alınmıştır.

HÜSEYİN FİGEN

ÖZET

DUYGU DIŞAVURUMUNUN MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERİN REMİSYON SÜRESİNE VE BAKIM VERİCİLERİNİN YAŞAMINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HÜSEYİN FİGEN

BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

(TEZ DANIŞMANI: PROF.DR. NAZMİYE YILDIRIM)

BOLU, AĞUSTOS - 2022

XI+76

Bu çalışmanın amacı, madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların ve birinci derecedeki bakım vericilerinin duygu dışavurumunun, hastaların remisyon süresi ve bakım vericilerin bakım yükü ile ilişkisini incelemektir.

Araştırma prospektif, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışmadır. Araştırma Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıklar Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezinde 1 Temmuz –31 Aralık 2021 tarihleri arasında yatarak tedavi gören 90 hasta arasından araştırma kriterlerini karşılayan 55 hasta ve bu hastaların birinci dereceden bakım vericisi ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin toplanmasında; hastalar için tanıtıcı bilgi formu, Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği; bakım vericileri için algıladıkları sosyal destek düzeyini de içeren tanıtıcı bilgi formu, Duygu Dışavurumu Ölçeği, Zarit Bakım Yükü Ölçeği kullanılmıştır. Remisyon sürelerini belirlemek için, hastaneden taburcu olduktan 3 ay sonra hastalara telefonla ulaşıp madde kullanım durumları sorulmuştur.

Hastaların remisyon süresi ortalamasının 53.36 ± 37.90 (2-90) gün olduğu, relaps oranının %58.2 olduğu saptanmıştır. Remisyon süresi ile hastaların duygu dışavurumu arasında ilişki saptanmamıştır ($p > 0.05$). Remisyon süresi ile bakım vericilerinin duygu dışavurumu toplam puanı ($r = -.30$; $p < 0.05$) ve aşırı ilgi-koruyucu-kollayıcı oluş alt ölçeği puanı ($r = -.38$; $p < 0.001$) arasında negatif ilişki bulunmuştur. Bu alt ölçeğin, hastaların remisyon süresindeki değişimin %11'ini açıkladığı belirlenmiştir ($F = 3.284$, $p = 0.03$, $R = .40$, $R^2 = .16$, Düzeltilmiş $R^2 = .11$).

Bakım vericilerin bakım verme süresinin 4.31 ± 2.28 (2-10) yıl, bakım yükü puanı ortalamasının 72.53 ± 13.71 (41-91), algıladıkları sosyal destek düzeyinin 3.91 ± 4.24 (0-10) olduğu saptanmıştır. Bakım yükü ile hastaların ($r = .30$; $p < 0.05$) ve bakım vericilerin ($r = .52$; $p < 0.0001$) duygu dışavurumu arasında pozitif ilişki bulunmuştur. Ayrıca bakım yükü ile bakım vericilerin algıladığı sosyal destek düzeyleri ($r = -.31$; $p < 0.05$) ve bakım vermesi süresi ($r = .28$; $p < 0.05$) arasında da ilişki olduğu belirlenmiştir. Bakım vericilerin yükündeki değişimin %34'ünün kendi duygu dışavurumları ve algıladıkları sosyal destek düzeyleriyle açıklandığı görülmüştür ($F = 8.012$, $p < 0.0001$, $R = .63$, $R^2 = .39$, Düzeltilmiş $R^2 = .34$).

ANAHTAR KELİMELE: Bakım Verici, Bakım Yükü, Duygu Dışavurumu, Madde Kullanım Bozukluğu, Remisyon Süresi

ABSTRACT

EXAMINATION OF THE IMPACT OF NURSE SELF-CARE, BURNOUT LEVELS AND NURSE-NURSE COOPERATION ON PATIENT CARE

QUALITY

MSC THESIS

HÜSEYİN FİGEN

INSTITUTE OF GRADUATE STUDIES

BOLU ABANT İZZET BAYSAL UNIVERSITY

DEPARTMENT OF NURSING

(SUPERVISOR:PROF. DR. NAZMİYE YILDIRIM)

BOLU, AUGUST 2022

XI+76

The aim of this study is to examine the relationship between the expression of emotion of patients with substance use disorder and their primary caregivers, the remission period of the patients and the caregiver burden of care.

The research is a prospective, descriptive, and relation-seeking study. The research was carried out with 55 patients who met the research criteria and their first-degree caregivers among 90 patients who were hospitalized in Bolu İzzet Baysal Mental Health and Diseases Hospital Alcohol and Substance Abuse Treatment and Research Center between July 1 and December 31, 2021. In the collection of data; introductory information form for patients, Level of Expressed Emotion Scale; Introductory information form including perceived social support level for caregivers, Expression of Emotion Scale and Zarit Care Burden Scale were used. To determine the duration of remission, 3 months after discharge from the hospital, patients were contacted by phone and asked about their substance use status.

It was determined that the mean remission period of the patients was 53.36 ± 37.90 (2-90) days, and the relapse rate was 58.2%. No correlation was found between the duration of remission and the patients' emotional expression ($p > 0.05$). A negative correlation was found between the duration of remission and the caregivers' total emotional expression score ($r = -.30$; $p < 0.05$) and the over-attention-protective-caring subscale score ($r = -.38$; $p < 0.001$). It was determined that this subscale explained 11% of the change in patients' remission duration ($F = 3.284$, $p = 0.03$, $R = .40$, $R^2 = .16$, Adjusted $R^2 = .11$).

The caregivers' duration of care was 4.31 ± 2.28 (2-10) years, the mean care burden score was 72.53 ± 13.71 (41-91), and their perceived social support level was 3.91 ± 4.24 (0-10). A positive correlation was found between caregiving burden and emotional expression of patients ($r = .30$; $p < 0.05$) and caregivers ($r = .52$; $p < 0.0001$). In addition, it was determined that there was a relationship between caregiver burden and perceived social support ($r = -.31$; $p < 0.05$) and the duration of caregiving ($r = .28$; $p < 0.05$). It was observed that 34% of the change in caregivers' burden was explained by their own emotional expression and perceived social support levels ($F = 8.012$, $p < 0.0001$, $R = .63$, $R^2 = .39$, Adjusted $R^2 = .34$).

KEYWORDS: Caregiver, Caregiver Burden, Expression Of Emotion, Substance Use Disorder, Remission Period

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
ETİK BEYAN	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLO LİSTESİ	ix
KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ	x
TEŞEKKÜR	xi
1. GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2 Araştırmanın Hipotezleri	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1 Madde Kullanım Bozukluğu.....	4
2.1.1 Madde Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi.....	5
2.1.2 Madde Kullanım Bozukluğunun Epidemiyolojisi.....	7
2.1.3 Madde Kullanım Bozukluklarında Tedavi.....	8
2.1.4 Madde Kullanım Bozukluklarında Hemşirenin Rolü.....	12
2.2 Madde Kullanım Bozukluğu ve Bakımveren	13
2.3 Bakımveren Yükü	15
2.4 Duygu Dışavurumu	17
3. GEREÇ VE YÖNTEM	19
3.1 Araştırmanın Şekli	19
3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	19
3.3 Araştırmanın Sınırlılıkları	20
3.4 Araştırmanın Veri Toplama Araçları	20
3.5 Araştırma Verilerinin Toplanması	22
3.6 Verilerin Değerlendirilmesi	23
3.7 Araştırmanın Etik Boyutu	23
4. BULGULAR	24
4.1 Hastaların Özelliklerine Yönelik Bulgular	24
4.2 Bakım Vericilerin Özelliklerine Yönelik Bulgular ..	27
4.3 Remisyon Süresini ve Bakım Vericilerin Yükünü Etkileyen Faktörler...	33
5. TARTIŞMA.....	39
5.1 Hastaların Özellikleri	39
5.2 Bakım Vericilerin Özellikleri	45
5.3 Remisyon Süresi ve Bakımveren Yükü	50
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	55
6.1 Sonuçlar	55

6.2	Öneriler	56
7.	KAYNAKLAR	58
8.	EKLER	68

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Madde kullanım bozukluğu risk faktörleri.....	5
Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan ölçeklerin Cronbach alfa, Çarpıklık ve Basıklık değerleri.....	23
Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri.....	25
Tablo 4.2. Hastaların klinik ve yasal durumuyla ilgili özellikleri.....	26
Tablo 4.3. Bakım vericilerin sosyodemografik özellikleri.....	28
Tablo 4.4. Bakım vericilerin sağlık durumuyla ilgili özellikleri.....	29
Tablo 4.5. Bakım vericilerin diğer özellikleri.....	30
Tablo 4.6. Bakım vericilerin madde kullanım bozukluğu hakkında görüşleri.....	30
Tablo 4.7. Bakım vericilerin bakım yükünün, duygu dışavurumunun toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları, standart sapmaları, minimum ve maksimum puanları.....	33
Tablo 4.8. Hastaların remisyon süreleri ile kendilerinin ve bakım vericilerinin duygu dışavurumu arasındaki ilişki.....	32
Tablo 4.9. Hastaların kendilerinin ve bakım vericilerinin duygu dışavurumunun erken remisyon ve relaps durumlarına göre karşılaştırılması.....	35
Tablo 4.10. Bakım vericilerin bakım yükü ile bakım süresi, algılanan sosyal destek düzeyi, kendilerinin ve hastaların duygu dışavurumu arasındaki ilişki.....	36
Tablo 4.11. Remisyon süresinin yordayıcılarını belirlemeye yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları.....	37
Tablo 4.12. Bakım vericilerin bakım yükünün yordayıcılarını belirlemeye yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları.....	38

KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

AMATEM	: Alkol ve Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi
ATS	: Amphetamine Type Stimulants (Amfetamin Tipi Uyarıcılar)
APA	: American Psychology Association (Amerikan Psikoloji Birliği)
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BM	: Birleşmiş Milletler
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
EE	: Expressed Emotion Scale (Duygu Dışavurum Ölçeği)
EMCDDA	: European Monitoring Center For Drugs and Drug Addiction (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı Merkezi)
LEE	: Level of Expressed Emotion Scale (Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği)
MDMA	: 3,4- metilendioksi-N-Metilamfetamin
SAMBA	: Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı
TUBİM	: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
UNDCP	: United Nations International Drug Control Programme (Birleşmiş Milletler Uluslararası Uyuşturucu Kontrol Programı)
UNODC	: United Nations Office on Drugs and Crime (Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi)
ZBYÖ	: Zarit Bakım Yüğü Ölçeği

TEŞEKKÜR

Araştırmaya meraklı öğrenci ruhunu ve heyecanını hâlâ yüreğinde taşıyan ve bunu bana aşılayan, sahip olduğu bilgi, beceri, tecrübe ve erdemlerini gece gündüz demeden benimle paylaşan, zorlandığımda yaparsın deyip sırtımı sıvazlayan, sadece eğitim kariyerimde değil hayat yolumda da benim için kilometre taşı olan bu tez sürecimde elinden gelen tüm desteği veren güler yüzlü danışman hocam Prof. Dr. Nazmiye Yıldırım’a,

Uzun yıllardır omuz omuza çalıştığım ve çalışmaktan büyük keyif aldığım, her zaman beni destekleyen kıymetli Bolu AMATEM ekibine,

Araştırmama katılarak, araştırmamın gerçekleştirilmesine büyük katkı sağlayan değerli hasta ve hasta yakınlarına,

Zor zamanlarımda dahi arkamda değil yanımda olan, varlıklarıyla huzur bulduğum anneme, babama ve kardeşlerime,

Hayat amacımı bulmamda bana yol gösteren değerli ablam Didem Yağcı Yetkiner’e,

Yüzümü gülümseten, her düştüğümde el uzatan ve gönül bağımın mesafelere rağmen hiç kopmadığı Naim Kaya’ya,

Ailem gibi gördüğüm Erdem ve Büşra Civelek çiftine, gelip sarılmalarıyla aşırı iyi hissettiren yavruları Yiğit ve Nehir’e,

Bu zorlu süreçte beni yalnız bırakmayan, derdimi dinleyen, desteklerini esirgemeyen biricik dostlarım Emre, Gökhan, Murat, Hümeysra, Gülnur ve Aysun’a

Sonsuz teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Hüseyin FİGEN

1. GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü madde kötüye kullanımını “kişinin kullanmış olduğu bir psikoaktif maddeye daha önce önem verdiği uğraş ve nesnelerden belirgin bir şekilde daha fazla öncelik tanıma davranışı göstermesi” olarak tanımlamaktadır (1). Birleşmiş Milletler Uluslararası Uyuşturucu Kontrol Programı’nın (UNDCP) yaptığı tahminlere göre, dünya çapında yaklaşık 200 milyon kişinin madde kullanım bozukluğu bulunmaktadır (2). Ülkemizde madde kullanım sıklığının nüfus artış hızından yüksek olduğu bilinmektedir (1). Dünyada ve ülkemizde madde kullanımının birincil önlenmesi tartışılmaz bir öneme sahiptir ve tüm hemşirelerin görevleri kapsamındadır. Madde kullanım bozukluğu saptanan bireylerin tedavisi, bakımı ve ikincil önlenmesi ise psikiyatri hemşirelerinin yaygın çalışma alanlarından biridir.

Dünyada yaygın olan bağımlılık müdahale programlarının ilk amacı kayma ve relapsları (nüks/depreşme) önlemek ve böylece bireyi uzun süre remisyonda (düzelmeye) tutabilmektir (3,4). Kayma, madde kullanımını bırakma periyodundan sonraki ilk kullanımı; relaps, bu ilk kullanımdan sonra madde kullanımının devam etmesini ifade etmektedir (4). Aşırma veya madde kullanımı için güçlü istek ve dürtü tanı kriteri dışında Madde Kullanım Bozukluğu tanı ölçütlerinin hiçbirinin üç-on iki ay süresince karşılanmamış olması erken remisyon, süre bir yılın üzerinde ise kalıcı remisyon olarak tanımlanmıştır (5). Madde bağımlılarında relaps oranı %40 ile %80 olarak bildirilmekte (6,7), özellikle opioid kullananlarda %91’e kadar ulaşmaktadır (8). Relapsların önlenmesi, diğer bir ifadeyle remisyon süresinin uzatılması, ikincil koruyuculuk bakımından önemli olduğundan, remisyon süresini etkileyen ve relapsları tetikleyen faktörlerin bilinmesi gerekmektedir (6).

Madde kullanımına tekrardan başlanılmasını etkileyen duygusal, bilişsel, davranışsal, çevresel, ilişkisel, tinsel çok çeşitli faktörler bildirilmiştir (6). Marlatt ve Gordon kişinin yeniden madde kullanımına başlamasını etkileyen faktörleri doğrudan kendisine bağlı olanlar (olumsuz duygusal ve fiziksel durumlar, kontrol etmeyi deneme, dürtü ve istekler) ve kişilerarası durumlar (çatışmalar, sosyal

baskılar, olumlu duygusal durumlar) olarak iki ana gruba ayırmıştır (4). Madde kullanımı için aile içi ilişkilerde bozulmanın da risk faktörü olduğu bildirilmektedir (2) ancak ailenin oluşturduğu duygusal platformun kalitesinin indeksi olarak görülen duygu dışavurumunun etkisi, ülkemizde daha çok şizofreni hastalarında ve yakınlarında çalışılmıştır (9-12). Duygu dışavurumunun alkol bağımlılığı (13) ve opiyat (eroin) bağımlılığında (14) hastalığın seyri ve nüks durumunu etkilediğini bildiren uluslararası çalışmalar vardır ancak sınırlıdır. Bağımlı olan kişiye karşı yüksek duygu dışavurum söylemlerinin eleştirellikte artışa, artmış olan eleştireliliğin de kullanıma yol açacağı ve bu durumun birbirini tetikleyerek daha da artacağı ve bir kısır döngüye neden olacağı ileri sürülmüştür (15,16). Bireyler tarafından ifade edilen duygusal tutumların bir ölçüsü olarak tanımlanan duygu dışavurumu (17), kronik hastalıkların seyrini etkileyebilen (18) ve ailelerde bakım vericinin algıladığı yük ile ilişkili bulunan bir değişkendir (12).

Madde kullanım bozukluğu olan bir bireyle yaşamak ailedeki tüm dengelerin değişmesine neden olabildiğinden (19,20), aile üyeleri çok büyük strese ve acılara katlanmak zorunda kalan, bağımlılığın gizli kurbanlarıdır (21). Şenormancı ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada; bağımlı yakınlarının tükenmişlik, depresyon, umutsuzluk yaşama durumlarının ve ruhsal hastalık geliştirme risklerinin yüksek olduğu saptanmıştır(18). Özer (2020)'in yaptığı çalışmanın sonuçlarına göre, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinde bakım veren yükünün yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (21). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinin yaşadıkları sorunların belirlenmesi ve belirlenen bu sorunların azaltılması için yapılacak çalışmaların hem bireye hem de bireyin yakınına büyük fayda sağlayacağı belirtilmektedir (22). Ancak görüldüğü gibi ülkemizde madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bakım verenleriyle yapılan çalışmalar da oldukça sınırlıdır. Hem madde kullanan bireyin hem de birincil bakım vericinin birlikte değerlendirildiği bir çalışmaya ise ulaşılammıştır. Oysa madde kullanan bireyin ve yakınının etkileşimi hem tedavide ve remisyonda hem de bakım verenin yaşamına etkisinde önemli olacaktır. Özellikle duygu dışavurumlarının etkili olabileceği araştırmacıların klinik deneyimlerinde gözlemledikleri etkenlerden biridir.

Bu gerekçelerle çalışmanın amacı, madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların ve birinci derecedeki bakım vericilerinin duygu dışavurumunun,

hastaların remisyon süresi ve bakım vericilerin bakım yükü ile ilişkisini incelemektir.

1.2 Araştırmanın Hipotezleri

H₀: Madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların ve birinci derecedeki bakım vericilerinin duygu dışavurumu ile hastaların remisyon süresi ve bakım vericilerin bakım yükü arasında ilişki yoktur.

H₁: Madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların ve birinci derecedeki bakım vericilerinin duygu dışavurumu ile hastaların remisyon süresi ve bakım vericilerin bakım yükü arasında ilişki vardır.

H_{1.1}: Madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların remisyon süreleri ile duygu dışavurum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{1.2}: Madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların remisyon süreleri ile birinci derecede yakınlarının duygu dışavurum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{1.3}: Madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların ve birinci derecede yakınlarının duygu dışavurum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{1.4}: Hastaların birinci derecede yakınlarının bakım yükü ile kendi duygu dışavurum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{1.5}: Hastaların birinci derecede yakınlarının bakım yükü ile madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların duygu dışavurum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{1.6}: Hastaların birinci derecede yakınlarının bakım yükü ile madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların remisyon süreleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{1.7}: Hastaların birinci derecede yakınlarının bakım yükü ile algıladıkları sosyal destek düzeyi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H_{1.8}: Hastaların birinci derecede yakınlarının bakım yükü ile bakım veren olma süresi arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 Madde Kullanım Bozukluğu

Uyarıcı, keyif verici ve sakinleştirici etkileri olan, kullananlarda gittikçe daha fazla miktarda alma isteği oluşturan, bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin eşlik ettiği, kimyasal madde ve ilaçlara uyuşturucu denir (23). Bu tür maddelerin tekrarlayan sorunlara, olumsuz sonuçlara rağmen uygunsuz ve yineleyici bir biçimde kullanılması madde kötüye kullanımı olarak adlandırılır (2). Aynı miktarda maddenin sürekli kullanımı nedeniyle etkisinde azalma olması ve aynı etkiye ulaşabilmek için kullanılan miktarın giderek artırılması, tolerans geliştiğini gösterir (24). Yoksunluk (geri çekilme) ise çok fazla ve uzun süreli madde kullanımının ardından, kullanılan madde miktarının azaltılmasına veya sonlandırılmasına bağlı olarak ortaya çıkan, psikolojik ve fiziksel belirtilerle kendini gösteren maddeye özgü bir sendromdur (25). Bağımlılık, bir maddenin, bireyin sağlığını, ilişkilerini ve iş uyumunu bozmasına rağmen giderek artan miktarlarda kullanıldığı, kullanılmadığı durumlarda ise yoksunluk belirtilerinin ortaya çıktığı relaps ve remisyonlarla seyreden, gelişiminde genetik, çevresel ve psikososyal faktörlerin etken olduğu kronik bir beyin hastalığıdır (26).

DSM (Diagnostic and Statiscial Manual of Mental Disorders) IV’de madde kötüye kullanımı ve bağımlılık iki farklı tanı olarak yer almaktadır (27,28). DSM IV’de “madde kötüye kullanımı” tanısının güvenilirliğindeki düşüklük ve “bağımlılık” kavramının çok geniş bir kavram olarak nitelendirilmesi ayrıca olumsuz bir anlam taşımasından dolayı 2013 yılında yenilenen DSM 5’te bu kavramlar “madde kullanım bozukluğu” tanısı altında sıralanmıştır (26-29). Madde ile ilişkili bozukluklar DSM-5’te on ayrı kategoride değerlendirilmektedir. Bu kategoriler; alkol; halüsinojenler (fensiklidin vb.); kafein; kenevir (kannabis); uçucular (inhalanlar); opiyatlar; uyutucu, dinginleştirici ve kaygı gidericiler (sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler); uyarıcılar (amfetamin, kokain vb.); tütün ve diğer (ya da bilinmeyen) maddelerdir (30).

DSM-5’te madde kullanım bozukluğu tanı ölçütleri; “On iki aylık bir dönem içinde aşağıdakilerden en az ikisi (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, sosyal, mesleki ya da yaşamın diğer önemli alanlarında klinik açıdan kayda değer bir biçimde bozulmaya ve sıkıntıya yol açan problemli madde kullanım örüntüsüdür.

- Maddenin, çoğu kez istendiğinden daha büyük miktarlarda ve daha uzun süreli alınması,
- Madde kullanımını bırakmak ya da kontrol altında tutmak için yoğun bir istek ya da başarısız girişimlerin olması,
- Maddeyi temin etmek, kullanmak veya oluşturduğu etkilerden kurtulmak için gerekli faaliyetlere çok fazla vakit ayrılması,
- Madde kullanımı için aşırı istek ya da dürtü varlığı,
- Madde kullanmak amacıyla kendini zorlanmış hissetme,
- İş, ev ya da okuldaki temel sorumlulukları yerine getirememeye ile sonuçlanan tekrarlayıcı madde kullanımı,
- Madde kullanımından dolayı sosyal, mesleki veya eğlenceye-dinlenmeye yönelik faaliyetlerin azalması ya da bunlardan vazgeçilmesi,
- Tehlikeli olabilecek durumlarda bile madde kullanımına devam etmek,
- Olumsuz bedensel ve ruhsal etkilerinin farkında olunmasına rağmen madde kullanmayı sürdürme,
- Maddeye karşı tolerans gelişmiş olması,
- Yoksunluk belirtilerinin görülmesi (kas ağrıları, terleme, titreme, ateş, bulantı, kusma, sinirlilik, huzursuzluk, ishal vb.)” (26).

2.1.1 Madde Kullanım Bozukluğunun Etiyolojisi

Madde bağımlılığının oluşmasında yalnızca bir etkenin varlığından söz etmek mümkün değildir (31). Madde kullanımına yatkınlıkta birçok faktörün etkili olduğu gösterilmiştir (32). Bağımlılığa yol açan etkenler kesinleşmiş olmamakla birlikte sıklıkla gözlenen risk faktörleri Tablo 2.1’de gösterilmiştir (31,33,34).

Tablo 2.1. Madde Kullanım Bozukluğu Risk Faktörleri

Risk Faktörleri	
Ailesel etkenler	Ebeveynlerin madde kullanımı Ebeveynlerden birinin kaybı Ebeveynlerin eğitim seviyesinin düşük olması Ebeveynlerin madde kullanımını onaylaması/desteklemesi Aile içinde ilişkilerin sağlıklı olması Aile bütünlüğünün olmaması Ailenin geniş ve kalabalık olması Aile içinde ihmal veya istismarın bulunması Uygunsuz disiplin yöntemleri (baskıcı ve ilgisiz aile) İntrauterin dönemde maddeye maruz kalma Antisosyal kişilik bozukluğu bulunan ebeveyn
Kişisel etkenler	Fiziksel ya da ruhsal hastalıklar Topluma ve aileye bağlanmakta güçlük Düşük benlik saygısı Kendini kontrol etmede güçlük Başa çıkabilme becerilerinin zayıf olması Erken yaşta madde ile tanışma Madde kullanımına ilişkin olumlu tutum ve inançlar Sinirlilik, saldırganlık, şiddet içeren davranışlarda bulunma
Çevresel etkenler	Fiziksel şartların kötü olması Maddeye erişimin kolay olması Düşük sosyoekonomik düzey Madde kullanım ve suç işleme oranı yüksek bir çevrede yaşamak
Arkadaş grubuna bağlı etkenler	Madde kullanımı olan arkadaşlar Arkadaşların madde kullanımını onaylayıcı tutumları

Madde bağımlılarının maddeyle tanışma öykülerini inceleyen bir çalışmada, en temel etkenin sosyal çevre olduğu bildirilmiştir (35). Risk faktörleri arasında en sık vurgulanan nokta eğitim olarak görülmekte ve literatürde eğitim düzeyinin yükselmesiyle madde bağımlılığı arasında negatif bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Eğitim ile vurgulanan yalnızca madde bağımlısı bireyin değil, bu bireyin anne ve babasının da eğitim düzeyidir (23). Madde bağımlılığı tanısı almış opiyat kullanımı hastalarla yapılan çalışmada (n=84) madde kullananların %60.7'sinin eğitim hayatını yarıda bıraktığı ve %73.8'in öğrenim yılının dokuz yılın altında olduğu saptanmıştır (36).

Madde bağımlılarının %70'inin çalışmadığı bulunmuştur (37). Uçucu madde kullanımının, izole yaşayan topluluklarda, sosyoekonomik açıdan dezavantajlı gruplarda, sokak çocuklarında ve suç, hapisane yaşantısı, depresyon, özkıyım girişimi, aile dağınıklığı, aile çatışmaları, şiddet öyküsü olanlarda sık olarak görülebildiği ifade edilmektedir (38). Rol model eksikliğinin, merakın ve grup faktörünün madde bağımlılığında etkili olduğunun altı çizilmektedir (23). Akdenizde bir klinikte 84 hasta ile yapılan araştırma bulgularına göre; hastaların %23.8'inde aile içi şiddet ve %9.5'inde ise cinsel istismar yaşantısı olduğu tespit edilmiştir (36). Madde kullanımı ile antisosyal, borderline, narsistik, bağımlı, obsesif-kompulsif gibi kişilik bozuklukları arasında anlamlı pozitif bir ilişki olduğu öne sürülmüştür (23).

2.1.2 Madde Kullanım Bozukluğunun Epidemiyolojisi

Veriler, bağımlılık probleminin arttığını göstermektedir (39). Günümüz dünyası şimdiye kadar hiç karşılaşmadığı, oldukça karmaşık bir uyuşturucu problemi ile yüz yüzedir. Bilhassa 1950'lere kadar kendilerinden narkotik maddeler olarak bahsedilen afyon, kokain, eroin, kenevir vb. gibi maddeler bugün önceki yıllara göre çok daha büyük miktarlarda üretilmekte ve kullanılmaktadır. Ayrıca son yıllarda küresel bir tehdit unsuru haline gelen yeni psikoaktif maddeler ve sentetik uyuşturucular, uyuşturucu problemini daha da karmaşık bir hale dönüştürmektedir (40).

Esrar dünya genelinde en fazla kullanılan uyuşturucu maddedir. Birleşmiş Milletler (BM) verilerine göre (2019), Dünya'da 200 milyon civarında bireyin esrar kullandığı belirtilmektedir (41). Esrar ve opioidlerden sonra ATS (Amfetamin Tipi Uyarıcılar)'ler dünya genelinde en fazla kullanılan uyuşturuculardır (42). Avrupa Birliği'nde son bir yılda genç yetişkinlerde (15-34

yaş arası) uyuşturucu madde kullanımına ilişkin tahminler şu şekildedir: Esrar; 18.0 milyon (%15.0), Kokain; 2.9 milyon (%2.4), MDMA; 2.3 milyon (%1.9), Amfetaminler; 1.4 milyon (%1.2). Yetişkinlerde (15-64 yaş arası) uyuşturucu madde kullanımına ilişkin tahminler şu şekildedir: Esrar; 25.2 milyon (%7.6), Kokain; 4.3 milyon (%1.3), MDMA; 2.7 milyon (%0.8), Amfetaminler; 2.0 milyon (%0.6). Yetişkinlerde opioid kullanımının %0.4 olduğu tahmin edilmektedir. Ayrıca aşırı dozdan ölüme neden olan madde de opioidlerdir. Aşırı dozdan ölüm oranının arttığı bildirilmektedir (43).

Türkiye’de kadınlara kıyasla erkeklerin herhangi bir maddeyi kullanma olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ölümlerin %36.9’unda eroine, %31.2’sinde metamfetamine, %29.6’sında ecstasye rastlanmıştır (44). Ülkemiz genç nüfus popülasyonuna sahip ülkelerden biridir. Bu nedenle risk grubunda yer almaktadır (45). Yapılan çalışmalarda madde kullanmaya başlama yaşının gittikçe düştüğü gözlemlenmiş ve maddeyle tanışma yaşının 5-6 yaş seviyesine kadar indiği tespit edilmiştir (38,46). Moodist Psikiyatri & Nöroloji Hastanesi’nin yatarak tedavi gören 550 madde bağımlısı ile yaptığı çalışmada ise, ilk kez madde kullanmaya başlama yaş ortalamasının 16 yaş olduğu, 20 yaş civarında ise ağır uyuşturucular kullanmaya başlanıldığı saptanmıştır (47). Yaşanan küresel gelişmelerden sonra ülkemizde; sentetik ecza olarak adlandırılan ilaçların amacı dışında kullanımının arttığı ve bu ilaçların suistimalinin hızlı bir şekilde yaygınlaştığı gösterilmiştir (44).

2.1.3 Madde Kullanım Bozukluklarında Tedavi

Madde kullanım bozukluğunda tedavi yaklaşımları diğer fiziksel ve psikiyatrik bozukluklara göre farklılıklar göstermektedir. Madde kullanım bozukluğunda tedavinin amacı remisyon sağlamak ve relapsları önlemektir. DSM-IV-TR’ye göre remisyon *“en az 1 ay süreyle madde bağımlılığı ya da madde kötüye kullanımı tanı ölçütlerinden hiçbirinin görülmemesi durumudur”* (48). DSM-5’e göre ise remisyon belirleyicilerinde değişiklik yapılmış ve iki şekilde tanımlanmıştır. Erken remisyon, *“aşırma veya madde kullanımı için güçlü istek ve dürtü tanı kriteri dışında, en az 3 ay süreyle ancak 12 aydan kısa süreli olmak kaydıyla madde kullanım bozukluğu tanı ölçütlerinden hiçbirinin karşılanmamış olmasıdır”*. Kalıcı remisyon, *“aşırma veya madde kullanımı için güçlü istek ve dürtü tanı kriteri dışında, 12 aylık bir dönemde ya da 12 aydan daha uzun bir süre içinde madde kullanım bozukluğu tanı ölçütlerinden hiçbirinin*

karşılanmamış olmasıdır” (5). Madde kullanımının bırakılmasından sonra, belirli bir içmeme döneminin ardından tekrardan madde kullanımına başlanması ve kontrolün kaybedilerek eski kullanım durumuna gelinmesi ise relaps (nüks/depreşme) olarak tanımlanır (49). Şiddetli madde isteğini ifade eden aşırma (craving), madde kullanıcılarında tedaviye uyumu zorlaştıran önemli bir etkidir (50,51).

Madde kullananların tümü için etkili olan bir yaklaşımdan söz etmek mümkün değildir. Bireyin; tedavi olmayı gerçekten isteyip istemediği, kişilik özellikleri, problemlerinin özelliği, tedavi süreci ve tedaviye uyum iyileşmeyi etkileyen önemli etmenlerdir. Uygun tedavi görenlerde seyir oldukça iyidir. Madde kullanımının olmadığı süre uzadıkça, yaşamın diğer alanlarında işlevler düzelmektedir (25).

Madde ile ilişkili bozuklukların tedavisi, hastanın yoksunluk ve sonrasında devam eden maddesiz yaşamına yönelik ilaç tedavilerini ve psikososyal bir iyileştirme programını kapsamalıdır (52). Madde kullanım bozukluğunda iki temel yaklaşım vardır. Bunlar tıbbi tedavi ve psikososyal tedavidir (53). Ögel’in (2018) ifade ettiği gibi *“Bağımlılık tedavisi bir yolculuktur. Çukurları, düz yolları, kışı, baharı, yokuşu, virajı olan bir yola benzer. Önemli olan hedefe doğru; yılmadan, tükenmeden, hatalar ve kazalardan öğrenerek, hep özgürlüğe doğru yürüyerek gitmektir” (6).*

Tıbbi tedavi, bireyin kullanmış olduğu maddenin etkisinden arındığı ve yoksunluk semptomlarının giderildiği dönem olarak adlandırılan detoksifikasyonla başlar. Bu dönemde sağlanan ilaç desteği ile bireyin yoksunluk krizlerinin önüne geçmek amaçlanır ama tıbbi tedavi detoksifikasyondan ibaret değildir. Tıbbi tedavi daha sonra özellikle relapsların önlenmesi amacı ile yerine koyma veya sürdürme tedavisi olarak devam eder. Yerine koyma tedavisinde opiyat bağımlılığı için naltrekson, buprenorfin ve ülkemizde olmayan metadon kullanılmaktadır. Yerine koyma tedavisi bulunmayan maddeler için ise semptomatik ve destekleyici tedavi uygulanmaktadır (53). Ayrıca opiyat (eroin) bağımlılığında eroinin etkisini tamamen ortadan kaldıran naltreksonimplantı (çip) da tercih edilmektedir. Naltrekson implant tedavisinde ilk olarak maddenin vücuttan tamamen atılması beklenmektedir. Bu süreç 5-6 gün sürebilir. Küçük bir cerrahi operasyonla genellikle karnın alt bölgesine veya sırt bölgesine 2 santimlik bir cilt altı kesisi yapılarak yerleştirilir. Pellet isimindeki formlar her gün ufak

miktarlarda kana karışarak erimektedir. Pelletler iki aylık, üç aylık, altı aylık olabilmektedir. Bu süre içinde birey eroin kullanamamaktadır. Birey eroin kullansa bile herhangi bir haz duygusu yaşamamaktadır (54).

Naltreksonun kullanıldığı farmakolojik tedavilerin relapsın sıklığı ve şiddeti üzerinde önemli bir yere sahip olduğu bilinmekle birlikte; bu tedavilerin tek başına yetersiz olması psikoterapi programlarının da etkin kullanılmasını gündeme getirmiştir (55). Bu soruna çözüm bulabilmek için tıbbi tedavinin yanı sıra; madde kullanıcılarının aile ve çevrelerini, eğitim ve sosyal hayatlarını düzenlemeyi hedefleyen multidisipliner bir tedavi yaklaşımının sergilenmesi gerekmektedir (39).

Madde bağımlılığının psikososyal tedavileri incelendiğinde birçok tedavi yöntemi bulunmaktadır. Bu tedaviler arasında özellikle aileyi yönlendiren tedaviler öne çıkmaktadır. Ailenin desteklenmesi ve güçlendirilmesi, aile eğitiminin sağlanması stratejik açıdan önemlidir. Özellikle gençlerin psikososyal tedavilerinin tümünde aile üyelerinin sürecin içine alındığı belirtilmektedir. Ailenin destekleyici bir yaklaşım sergilemesi önemlidir. Ayrıca madde kullanımına yönelik bireyin motivasyonunu artırıcı faaliyetlerde bulunmak ve baş etme becerilerini öğretmek yine temel stratejilerdendir. Bağımlı bireye olumsuz duygularla nasıl baş edeceğini öğretmek sosyal desteğini artırmak ve sosyal becerilerini güçlendirmek olması gereken temel ilkelerdendir. Bilişsel davranışçı terapi, motivasyonel görüşme ve aile terapisi bağımlılıkla başa çıkmada sıklıkla kullanılan psikososyal yöntemlerdir (56).

Motivasyonel görüşme, madde kullanım bozukluklarının tedavisinde en etkin yöntemlerden birisidir (57). Bireylerin sorunlarını anlamalarını ve değişim için eyleme geçmelerini sağlamak amacıyla kullanılmaktadır. Çoğunlukla değişim konusunda isteksiz olan veya ambivalan olan kişilerde yararlıdır. Motivasyonel görüşmelerin en etkileyici yanlarından birisi kısa süreli olması ve maddeyi bırakma yönünde kişide kalıcı etkiler sağlamasıdır (24).

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), madde kullanım bozukluklarında hastaların zararlı ve bağımlılık yapıcı maddelerden uzak durma ile ilgili hedeflerine ve yeni yaşam becerileri edinmelerine yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Hastaların öz yeterliliklerini tekrardan inşa etmeyi, yaşamlarındaki stres düzeyini azaltmayı ve problemin döngüsel olarak tekrar nüksetme ihtimalini zayıflatmayı hedeflemektedir (58).

Madde bağımlılığı genelde davranış problemleriyle birlikte görülmektedir. Madde kullanımında aile içi ilişkilerde problem varlığı risk faktörü olduğundan ya da madde kullanımının aile ilişkileri etkilemesi nedeniyle tedaviye ailelerin dahil edilmesi büyük önem taşımaktadır (26). Etkili bir bağımlılık tedavisi, bireyin yalnızca madde kullanımı ile ilgili değil, ailevi, sosyal, ekonomik ve yasal sorunlarını da ele almayı içermektedir. Bu nedenle ilaç ve psikososyal müdahaleler birlikte uygulanmalıdır (35).

Ülkemizde madde kullanım bozukluğu tanısı konan bireyin tedavisinde yukarıda sayılan yöntemler kullanılmaktadır. Rutinde, tedaviye gönüllü olan bireyler AMATEM'e yatırılmaktadır. Öncelikle arındırma tedavisi (detoksifikasyon), akabinde Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı (SAMBA) uygulanmaktadır. Hastaneden çıkış sonrası izleme ve ailenin katılımına yönelik sistemli ve standart bir uygulama mevcut değildir.

Madde kullanım bozukluğu olan hastaların madde alımını durdurmasının ardından tekrar kullanmaya yönelmelerinde birçok etkenin rol oynadığı öne sürülmektedir (59). Bu etkenler aşağıdaki gibi sınıflandırılmaktadır:

Duygusal değişkenler ve duygudurum: Öfke, anksiyete, sıkıntı, suçluluk, yalnızlık, depresyon, boşluk hissi ve olumsuz duygudurumlar. Çocuğun evlenmesi vb. gibi olumlu yaşam değişiklikleri de relapsa yol açabilir.

Davranışsal değişkenler: Etkili başa çıkma yetileri ve kişisel beceriler önemli rol oynar. Problem çözme yetilerinin yetersiz olması, boş vakitleri değerlendirememesi, sosyal becerilerin eksikliği önemli bir unsurdur.

Bilişsel değişkenler: Bireyin madde kullanımı, iyilik ve relaps hakkındaki bilgi, tutum ve beklentileri relapsı etkileyen faktörler arasındadır.

Çevresel ve ilişkisel etkenler: Kullanma için sosyal baskıların ve ısrarın varlığı, maddelere kolay erişilebilirlik, sosyal desteklerin az olması, kayda değer yaşamsal değişimler, evsizlik depresmeyle bağlantılı olabilir.

Fiziksel değişkenler: Fiziksel bir hastalığın bulunması, bağımlılığın şiddeti, ağrı veya şiddetli istek depresmeye neden olabilir. Ayrıca uzamış yoksunluk bulgularının varlığı bu grup içinde incelenebilir.

Psikolojik ve psikiyatrik değişkenler: Psikiyatrik hastalıklar, kişilik özellikleri, öğrenilmiş davranışlar, diğer bağımlılıklar, geçmiş taciz öyküsü bu değişkenler arasında sayılabilir.

Tinsel faktörler: Yaşamın anlamsız gelmesi, hiçbir şeyden keyif alamama, utanç ve suçluluk gibi etkenlerdir (6).

2.1.4 Madde Kullanım Bozukluklarının Tedavisinde Hemşirenin Rolü

Madde kullanım bozukluğunu önlemede ve tedavi aşamasında ekip çalışması gereklidir. Bununla birlikte hemşirenin rolü ekipte önemli bir yere sahiptir (60). Hemşireler tarafından uygulanan müdahalenin madde kullanım bozukluğunu ve madde kullanım sıklığını azaltacağı, madde kullanım bozukluğundan kurtulma olasılığını ve yaşam kalitesini artıracığı belirtilmektedir (61). Madde kullanım bozukluğuyla mücadelede; bireylerin korunması, tedavisi ve rehabilitasyonu konusunda hemşirelerin yapacağı nitelikli uygulama ve araştırma çalışmaları, hemşireliğin madde kullanım bozukluğu alanındaki veri tabanının ve hemşirelik uygulamalarının ilerlemesine ciddi katkılar sağlayacağını altı çizilmektedir (62).

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te (2011) madde kullanım bozukluğuyla mücadele kapsamında hemşireye önemli görev, yetki ve sorumluluklar verilmiştir. İlgili yönetmelikte madde bağımlılığı hemşiresinin görev, yetki ve sorumluluklarından bazıları şunlardır:

- Hasta ve ailesine ilişkin toplanan veriler ışığında sorunu saptar, hemşirelik tanısı belirler ve bu tanıla ilişkin hasta/ailesine yönelik bakım girişimlerini planlar ve uygular.
- Hastaların hastanede kalmaları nedeniyle (kapalı servisler için) yaşadıkları duyguları belirtmelerine ve problemlerini çözmelerine yardım eder.
- Hastaların kişisel gelişimini ve sosyalizasyonunu sağlar, kişisel benlik saygılarını, girişimciliği artıracak terapötik grup çalışmalarını (spor, günaydın toplantısı, işe yönlendirme, uğraşı, sinema, kitap, gezi vb.) düzenler ve bu çalışmalara hastaların katılımını teşvik edip gözlemler. Rehabilitasyon ekibi ile işbirliği yapar.
- Toplumu bilgilendirme etkinliklerinde sorumluluk alır, ruhsal sağlığın korunması ve geliştirilmesi konusunda eğitim verir ve danışmanlık hizmeti sağlar (63).

Bu bağlamda madde kullanımı ile ilgili mücadele konusunda hemşirenin rollerini incelediğimizde ilk rol olarak önleme (bir kişinin bağımlılık yapıcı maddeye başlamaması);ikinci rol olarak madde kullanımı olan kişinin madde

kullanım bozukluğundan kurtulmasını sağlayacak tedavi programlarını oluşturma ve katılımını sağlama, remisyon süresini uzatma ve relapsları önleme; üçüncü rol olarak ise madde kullanım bozukluğundan kurtulamayan kişinin kendisine ve başkalarına zarar verme riskini azaltmayı amaçlayan rolleri olduğu görülmektedir (60).

Gün boyunca madde kullanım bozukluğu olan hastaların duygularındaki değişimlerin en yakın tanığı olan hemşireler, hastaların duygularını fark etmesine, bu duygularla baş etmesine yardımcı olma, sürekliliğini sağlama ve iyileşme yönetiminde önemli bir yere sahiptir. Duygu düzenleme konusunda güçlükle yaşayan madde kullanımı olan hastalara, bu konuda bilgi ve beceri sahibi yetkin bir hemşire tarafından sağlanacak bir bakım, sunulan hizmetin kalitesini artıracaktır (64). Sağlık ekibinin aktif bir üyesi olarak, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin ailelerine destek vermek, farkındalık oluşturmak ve eğitim vermek de hemşirelerin başlıca görevlerindendir (46).

2.2 Madde Kullanım Bozukluğu ve Bakımveren

Türk Dil Kurumuna göre bakım *“Bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek”* veya *“Birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi”* biçiminde ifade edilmektedir (65). Başka bir tanımda ise *“aile desteğinden profesyonel yardıma, bir defalık yardımdan sürekli bakıma kadar uzanan ve sağlanan yardımın düzeyinin her zaman belli olmadığı çok kapsamlı bir kavram”* olarak tanımlanmaktadır (66). Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutludur ve emosyonel, fiziksel veya maddi destek vermeyi kapsamaktadır (67).

Bakım verme; genellikle formal bakım ve informal bakım olarak ikiye ayrılmaktadır (68). Formal bakım; *“profesyonel meslek grupları tarafından planlı bir şekilde, ücret karşılığında ya da ücretsiz olarak bireyin kendi evinde veya bir bakım kurumunda sunulan bakımdır”* (69). İnformal bakım ise; *“bakıma gereksinim duyan bireyle birlikte yaşayarak bir yakınına yardım etme rolünü üstlenen, bireyin temel ihtiyaçlarını karşılayan, tıbbi bakımıyla ilgilenen, doktor ya da hastane ilişkilerini takip eden, ücret almayan, evde bakım sağlayan aile üyeleri veya arkadaşlar tarafından verilen bakımdır”* (68).

Bakım veren; kronik hastalıklarda, hastalıkla baş eden bireye; psikolojik, fiziksel ve sosyo-ekonomik yardım sağlayan kişidir (70). Hastanın bakımından birinci derecede (primer) sorumlu bireyler olarak adlandırılmaktadır (71). Bakım

veren olmak, seçilemez ve planlanamaz bir durumdur (72). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, kronik hastalığı olan bireylerin birinci derecede bakım vericilerinin genellikle aile içinden olduğu tespit edilmiştir (71,73,74).

Madde kullanım bozukluğu olan bir aile üyesine sahip olmak aile açısından bağımlılığın tüm sonuçlarına bir anlamda katlanmak demektir. Arkadaşları ondan uzaklaşabilir, patronu işine son verebilir fakat aile sonuna kadar üyesiyle beraber olmak durumundadır. Aileler çoğunlukla madde kullanım bozukluğu olan aile üyesinin yanında kalma ve ona uyum sağlama tercihindedir. Bu nedenlerle birlikte bağımlılığın bir “aile hastalığı” olduğu öne sürülmüştür (25). Madde kullanımı olan birine bakım vermek, diğer kronik hastalıklara sahip kişilere bakım vermekten çok farklıdır. Madde kullanım bozukluğu olan kişiler birçok probleme neden olsalar bile genellikle aileleri tarafından hasta olarak görülmedikleri ve diğer kronik hastalıklara göre daha az fiziksel bakıma ihtiyaç duydukları için bu kişilere bakım vermenin dinamiği farklılık göstermektedir (75).

DSÖ’nün yürüttüğü uluslararası bir çalışmada madde kullanım bozukluğunun damgalanması dünyada ilk sıradadır (76). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise alkol kullanım bozukluğu olan bireylere göre, madde kullanım bozukluğu olan bireylerin daha fazla damgalandığı tespit edilmiştir (77). Çoğunlukla madde kullanım bozukluğu olan bireylerin aileleri de damgalanmaya maruz kalmaktadır. Damgalanma sonucunda özellikle madde kullanım bozukluğu olan bireylerin ailelerinin toplumdan izole oldukları bilinmektedir. Ayrıca sağlık ve sosyal yardım arama davranışları göstermede zorluk çektikleri ileri sürülmektedir (78). Toplumun “bir bağımlı, her zaman bağımlıdır” biçimindeki inancı nedeniyle birey remisyonda olsa bile ailenin damgalanması devam edebilmektedir. Bu bağlamda ailelerde madde kullanım bozukluğu olan kişiler gibi durumdan uzun süre acı yaşamakta, suçluluk ve utanç hissetmekte, sosyal ortamlardan ve toplumdan uzaklaşmaktadır (79).

Madde kullanan bireyin hırsızlık yapması gibi suça yönelik davranışları ailenin toplumla ilişkilerinin etkilenmesine ve zamanla toplumdan soyutlanmasına neden olmaktadır. Ayrıca madde kullanan bireyin aileye yalan söylemesi, aile bireylerine yönelik saldırgan davranışlarda bulunması, bunların bir neticesi olarak ailenin baskıcı tavrı aile içinde gittikçe derinleşen yaralar meydana getirmektedir (25). Madde kullanım bozukluğu yalnızca bireyi değil, bireye bakım vereni de olumsuz olarak etkilemektedir.

2.3 Bakımveren Yüğü

Literatürde bu kavram, “bakım verenin, üstlendiğı bakımın ortaya çıkardığı, psikolojik sorunlar, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik sıkıntılar, sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşamak gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlardır” biçiminde tanımlanmıştır (72). Bakım yükü kavramı, objektif (nesnel) ve subjektif (öznel) yük olarak açıklanmaktadır (80).

Objektif/nesnel yük bakım verenin, bakım verdiği bireyin ihtiyaç ve gereksinimlerini karşılamak amacıyla harcadığı zaman ve çaba olarak ifade edilmektedir. Bu yükün boyutları şunlardır (81).

- Aile rutinlerinde bozulma,
- Davranışlarını yönetmeye çalışma,
- Hastanın ekonomik açıdan bağımlı olması,
- Hastalığın neden olduğu ekonomik etkiler,
- Hizmet sağlayıcı kişilerle yapılan görüşmeler,
- Ruh sağlığının sistemsel olarak gerektirdiğı zaman ve enerji,
- Diğer aile fertlerinin ihtiyaçlarının göz ardı edilmesi,
- Sosyal etkinliklerin gerçekleştirilmesinde zorluklar ya da gerçekleştirilememesi,
- İş yaşamı ile olan etkileşimin sekteye uğraması,
- Uygun bir bakım ortamı bulmakta yaşanan güçlükler veya bulamama.

Bakım veren olmak planlanan ve beklenen bir durum değildir. Bakım verenler böyle bir sorumluluk aldıklarında, diğer rolleri ve bakım veren rolü arasında bir çatışma yaşamakta ve yaşamlarının birçok alanında değişiklikler olmaktadır. Rollerdeki bu çatışmalar ve yaşadıkları değişimler hastalığın nesnel yükü olarak tanımlanmaktadır (22,72).

Subjektif/öznel yük; bakım verenin objektif yükle uğraşırken yaşadığı sıkıntıları kapsamaktadır. Bazı araştırmacılar subjektif yükü, bakım vericinin içinde bulunduğu durum nedeniyle duygularında ortaya çıkan değişiklikler, bu duruma karşı olan tutumlar ve duygusal tepkileri olarak açıklamaktadır. Genel olarak keder, sıkıntı, utanma, suçluluk gibi duygular yaygındır (81).

Pek çok farklı değişkenin incelendiğı çalışmalara göre bakım veren yükünü hastanın ve bakım vericinin demografik özellikleri, hastanın tanısı, ek tanı

varlığı, hastalık süresi ve tedavisi, bakım vericinin sosyal desteği, hastalıkla ilgili bilgisi, genel sağlık durumu etkilemektedir. Ayrıca bakım yükü ile ruhsal belirtiler arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Öz-yeterlilik düzeyleri, yaşam kalitesi, hastaların işlevsellik düzeyleri ve sosyal destek düzeyleri arasında ise negatif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (21,22). Bu bağlamda bakım verenlerin özelliklerinin bilinmesi; günlük yaşama açısından risk altında olan grupların belirlenmesi ve destek gruplarının bu özelliklere göre oluşturulması sağlık kurumlarının vereceği hizmetin geliştirilmesi ve sağlık politikalarının oluşturulması bakımından önemlidir (72).

Hasta bireylere aile üyeleri tarafından bakım verilmesi, hastaların fiziksel ve psikolojik açıdan kendilerini daha iyi hissetmelerini sağlamıştır. Fakat bununla birlikte çalışmalar bakım vericilerin fiziksel yorgunluklarının yanında, ekonomik sıkıntılar, ruhsal sorunlar, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrol kaybı hissi gibi olumsuzluklar yaşadıklarını göstermektedir (68). Yapılan bir çalışmada bakım vericilerin %60.6'sı bakım verme sorumlulukları nedeniyle kendilerine ayıracak zamanları olmadığını, %78.8'u kendilerini yorgun hissettiklerini, %84.9'u hasta ile iletişimde zorluklar yaşadıklarını, %56.9'u ise ekonomik problemler yaşadıklarını belirtmişlerdir (81). Diğer çalışmada, bakım vericilerin ruh sağlığının ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği saptanmıştır (82). Bakım vermenin, bakım veren bireyler üzerindeki olumsuz etkilerinin incelendiği çalışmalarda, bakım verenlerde yüksek düzeyde psikiyatrik bulgular ve hastalıklar tespit edilmiştir (70). Madde kullanım bozukluğu olan bireyin yakını olmak, bakım verende depresyon, anksiyete, tükenmişlik ve umutsuzluk riski oluşturmaktadır (18).

2.4 Duygu Dışavurumu

Duygu Dışavurumu (Expressed Emotion-EE) kavramı 1960'lı yıllarda İngiliz sosyolog George Brown tarafından ileri sürülmüştür (83,84). Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ailelerinde korku, endişe, utanç, şaşkınlık, suçluluk, hayal kırıklıkları ve yas gibi duygular çok yoğun yaşanmaktadır. Bu tür duygular duygu dışavurumu olarak ifade edilmektedir (73,85). Ev ortamının duygusal atmosferini yansıtan duygu dışavurumu “evde birisi hakkında eleştirilerde bulunulması, hastaya karşı düşmanlığın varlığı veya yokluğu ile bunun derecesi, doyumsuzluk, hastaya karşı yakınlığın/sıcaklığın değerlendirilmesi, akrabaların hastayla ilişkilerinde aşırı fedakârlık, müdahalecilik

göstermeleri ve kendilerinin iç dünyalarını hastaninkinden ayıramama” şeklinde tanımlanmaktadır (86). Ciddi bilişsel hastalıklarda psikososyal etkilerin rolüne odaklanan bu kavram literatürde önemli bir yere sahiptir (84).

Tarihsel olarak duygu dışavurumunun tanımı İngiltere’de Tıbbi Araştırma Merkezi’nin şizofreni hastalarının takiplerinden elde edilen sonuçlar hakkındaki bir dizi çalışmasına dayanmaktadır. Berksun’un aktardığına göre bu çalışmalarda aile ve hasta bireyin etkileşimlerinin duygusal bileşenlerinin önemi anlaşılmıştır. Çalışmada, şizofreni hastalarının hastaneden taburcu olmasının ardından ailesinin yanında yaşayanların, bakım merkezlerinde yaşayanlara göre daha kötü seyir gösterdiği belirlenmiştir. Başka bir çalışma ise bir yıl izlem sonrası relaps oranlarını belirlemek amacıyla yapılmış ve ailesiyle birlikte yaşayan hastaların relaps oranlarının, bakımevinde yaşayanlardan fazla olduğu saptanmıştır (87).

Duygu dışavurumu ve relaps ilişkisi ilk olarak şizofreni hastalarında ortaya çıkarılmış olsa da Unipolar Depresyon, Yeme Bozuklukları, İki Uçlu Mizaç Bozukluklarında da duygu dışavurumuna dair kanıtlar tespit edilmiştir. Ayrıca Diabetes Mellitus ve Demans gibi diğer kronik fiziksel hastalıklarda da kullanılmıştır. Böylece duygu dışavurumu yalnızca şizofreni ile ilgili bir yordayıcı değil genel ve modifiye edilebilir bir yordayıcı olarak kabul edilmiştir (88). Duygu dışavurumunun depresyon, şizofreni, anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluğunda olduğu gibi madde kullanım bozukluğunda da hastalığın seyri ve relaps durumunu etkilediğine ilişkin bazı çalışmalar vardır (13,14,89,90). Duygusal yanıtların relaps üzerine etkisi; *“bakım verenin hastaya karşı duygu dışavurumu, bakım verenin hastaya karşı düşmanlığı, bakım verenin hastaya karşı baskın ve emir verici davranışları, hastadan bakım verenlere karşı duygu dışavurumu, hastadan bakım verenlere ve aile fertlerine karşı düşmanlık”* olarak açıklanmıştır (83).

Duygu dışavurumunu değerlendirmeye yönelik çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Bunlardan biri, Camberwell Aile Görüşmesi (Camberwell Family Interview-CFI) olup, hastanın primer bakım vericisiyle 30-90 dakika süren yapılandırılmış görüşmelerdir. Diğer bir yöntem ise bu konuda geliştirilmiş ölçeklerdir. Uyarlanmış ölçeklerin bireyler tarafından anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği kolaydır. Bundan dolayı uygulayan bireyler kendilerini daha net ifade edebilmektedir. Ölçeklerin birebir uygulanması, bireylerin herhangi bir etki altında kalmadan kendilerine karşı dürüst olmalarına imkân vermektedir. Ayrıca

bu ölçekler araştırmacılara zaman kazandırmaktadır (91). Duygu dışavurumunu ölçmek amacıyla yapılan girişimlerden birinde duygu dışavurum düzeyi ölçeğini geliştirenler hem duygu dışavurumun çerçevesini yansıtacak hem de duygusal dışavurumu yüksek veya düşük olabilen akrabalar arasındaki ayrımı sağlayacak olan, dört tane bilişsel, duygusal ve davranışsal özellik öne sürmüşlerdir. Bunlar;

- 1-Yüksek düzeyde müdahaleci olma (bir şey istediklerinde sürekli tekrarlayan istenmeyen söylemlerde, tavsiyelerde bulunma, sık sık eleştirel yorumlarda bulunma),
- 2- Hastalığı ile ilgili konularda yüksek duygusal tepki verme (ani tepki, öfke veya her ikisini de içeren hastayı rahatsız eden tepkiler gösterme),
- 3- Hastanın hastalığına karşı olumsuz bir tutum sergileme (gerçekten hasta olduğuna dair şüphe duyma, devamlı suçlama veya onu durumdan sorumlu tutarak hastayı rahatsız edecek tutum sergileme),
- 4-Düşük tolerans gösterme ve yüksek beklenti içinde olma (hastalık ile ilgi henüz ikna olmadıkları için sosyal beklentiler oldukça yükselir) (92).

Duygu dışavurumunu ölçmenin aile atmosferini değerlendirmede güvenli ve geçerli tahminler ortaya çıkarabileceği öne sürülmüştür. Duygu dışavurumunun hayatın kan basıncı olarak görülebileceği vurgulanmıştır (93). Duygu dışavurumu ailenin meydana getirdiği duygusal platformun kalitesinin indeksi olarak görülmüş ve duygu dışavurum düzeyi ile hasta ve bakım veren arasındaki ilişkinin kalitesini belirlediği ifade edilmiştir (94,95). Kişilerarası ilişkiyi ölçen duygu dışavurumu hem hastaların hem de ailenin ilişkilerindeki davranış kalitesini, hastanın işlevselliğini yordayabildiği belirtilmiştir (96). Duygu dışavurumuna yönelik programlar klinik uygulamalarda daha fazla kabul görmeye başlamıştır (12).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Şekli

Araştırma prospektif, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışmadır.

3.2 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıklar Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi (AMATEM)'nde 1 Temmuz –31 Aralık 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu zaman aralığında 90 hasta yatarak tedavi görmüştür. Pandemi öncesi 2019 yılında aynı tarih aralığında madde kullanım bozukluğu tanısıyla yatarak tedavi gören hasta sayısı 65'tir. CDC tarafından geliştirilmiş olan EPI-INFO programı (<https://www.cdc.gov/epiinfo/index.html>) kullanılarak bağımlılık için beklenen sıklık %3.1 (https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2022/gps_en), kabul edilen hata payı %5 ve %99 güven aralığında örneklem sayısı 48 olarak hesaplanmıştır. Minimum bu sayıya ulaşmak hedeflenmişse de bu çalışma aşağıdaki kriterleri karşılayan 55 hasta ve birinci dereceden bakım vericisi ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya dahil edilemeyen 35 hastanın 21'i alkol kullanım bozukluğu tanısı olduğundan, 14'ü madde kullanım (opioid, kannabinoid, birden fazla madde gibi) bozukluğu tanılı ise de yalnız yaşadığından ve bakım vericisi olmadığından araştırmaya dahil edilememiştir. Hastaneden taburculuktan 3 ay sonra hastalara telefonla ulaşıp madde kullanım durumları sorulmuş ve remisyon süreleri öğrenilmiştir.

Hastalar için;

Dahil olma kriterleri: DSM-5'e göre madde kullanım (opioid, kannabinoid, birden fazla madde gibi) bozukluğu ana tanısı konmuş, 18 yaşından büyük olan, Türkçe anlayıp konuşabilen, en az okuryazar olan ve gönüllü olarak araştırmayı kabul eden hastalar araştırmaya dahil edilmiştir.

Dışlama kriterleri: Alkol kullanım bozukluğu tanısı konan, zekâ geriliği ya da ağır işlevsellik ve iletişim kaybı yaratabilecek ek hastalığı olan, yalnız yaşayan, bakım vericisi araştırmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar dışlanmıştır.

Bakım verici için;

Dahil olma kriterleri: Birincil bakım vericisi olduğu teyidi hem hastadan hem de bakım vericiden alınan, 18 yaşından büyük olan, Türkçe anlayıp konuşabilen, en

az okuryazar olan ve gönüllü olarak araştırmayı kabul eden bakım vericiler araştırmaya dahil edilmiştir.

Dışlama kriterleri: En az bir yıldır araştırmaya alınan hastayla beraber yaşamayan bakım vericiler dışlanmıştır.

3.3 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde COVID-19 pandemisinin devam etmesi nedeniyle yatan hasta ziyaretleri yasaklanmıştır. Bu nedenle bazı bakım vericilerle telefonla görüşülmek durumunda kalınmıştır. Araştırmada öz-bildirim araçları kullanılmış, ayrıca hastaların remisyonda olma durumları telefonla öğrenilmiştir. Bu koşullar veri toplama sürecini hem zorlaştırmış hem de sınırlılıkları oluşturmuştur.

3.4 Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında; hastalar için tanıtıcı bilgi formu, Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği (LEE-hastalar için) (EK-1); bakım vericileri için tanıtıcı bilgi formu, Duygu Dışavurumu Ölçeği (EE-bakım verenler için), Zarit Bakım Yüğü Ölçeği (ZBYÖ) (EK-2) ile toplanmıştır.

Hastalar İçin Tanıtıcı Bilgi Formu: Hastanın yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, medeni durum, çocuk sayısı, mesleği, çalışma durumu, birlikte yaşadığı kişiler gibi sosyodemografik özelliklerini yansıtan sorular ile kullandığı madde, tanı konulma yılı, kronik fiziksel bir hastalığın varlığı, servise yatış sayısı, maddeyi en uzun bırakma süresi gibi hastanın klinik özelliklerini yansıtan ve yasal sorun yaşayıp yaşamadığını belirlemeye yönelik soruları içermiştir.

Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği (LEE): Cole ve Kazarian (1988)'nin geliştirilmiştir. Ülkemize Berksun ve ark. (1993) tarafından kazandırılmış, 60 sorudan oluşan bir ölçektir. Hastanın önemsendiği biriyle arasında olan duygusal durumu anlamak amaçlanmaktadır. Ek olarak, bu ilişkinin birtakım özelliklerini değerlendirmek hedeflenmektedir. Hastadan primer bakım vericisini göz önüne alarak ve son 3 ayı düşünerek yanıtlaması istenmektedir. 'Doğru-yanlış' şeklinde doldurulan ölçekte puanlar 0 ya da 1 olarak puanlanmaktadır. Her doğru ve yanlış yanıt 1 puan olarak değerlendirilir (30 doğru,30 yanlış yanıt bulunmakta). Ölçek puanı artması duygu dışavurum düzeyinin yükseldiği anlamına gelmektedir (97). Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa değeri Tablo 3.1'de gösterilmiştir.

Bakım Vericileri İçin Tanıtıcı Bilgi Formu: Bakım vericinin yaşı, cinsiyeti, eğitim/medeni durum, sahip olunan çocuk sayısı, yapılan meslek, çalışma durumu, ekonomik durum gibi sosyodemografik özelliklerini yansıtan sorular ile bakım vericinin sağlık durumu, kronik fiziksel veya psikiyatrik hastalık varlığı, hasta ile yakınlığı, birlikte yaşama süresi, günde birlikte geçirilen saat, bakım verme süresi, madde kullanım bozukluğuyla ilgili bilgisi, çevrenin hastanın tanısını bilme durumu, stigma varlığı, ailede madde kullanan başka birinin olup olmadığı, psikiyatrik tedavi gören başka birinin varlığı, ailede bakım gerektiren başka birinin varlığı gibi bilgileri saptamaya yarayacak soruları içermiştir. Ayrıca bakım vericilerin algıladığı sosyal destek düzeyini belirlemek için “..... (yakınınıza) bakım verirken diğer aile bireylerinden, akraba veya arkadaşlarınızdan gördüğünüz desteğe 0 (hiç destek yok) ile 10 (tam destek var) arasında kaç puan verirsiniz?” sorusu sorulmuş, verdikleri yanıt ile değerlendirilmiştir.

Zarit Bakım Yüğü Ölçeği (ZBYÖ): Zarit ve arkadaşları tarafından (1980) geliştirilen ölçek, bakım gereksinimi olan bireye ya da yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmektir. Ülkemizde İnci ve Erdem (2008) yaşlıya, Özlü ve ark. (2009) şizofreni hastasına bakım verenlerde Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmışlardır. Ölçek 22 maddeden oluşmaktadır. Öncül maddeleri toplam 22 maddeden meydana gelmektedir. Bakım verme sürecinin Bakım verenin yaşamına etkisini belirlemektedir. Zarit Bakım Yüğü Ölçeği Likert tipe (asla, nadiren, ara sıra, oldukça sık, neredeyse her zaman) sahip bir ölçme aracıdır. Ölçekten en az 22, en fazla 110 puan alınabilmektedir. Bakım vericilerin kendisi veya araştırmacı tarafından sorularak doldurulan ölçekten elde edilen puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu ifade etmektedir (67,98). Özlü ve ark. (2009) yaptıkları çalışmada üç maddenin faktör yükü -.50'nin altında olduğu için ölçek 19 madde şeklinde uyarlanmış ve Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısını 0.83 olarak bildirmişlerdir. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa değeri Tablo 3.1'de gösterilmiştir.

Duygu Dışavurumu Ölçeği (EE): Berksun tarafından 1992 yılında geliştirilmiştir. Hasta yakınının kendisi tarafından doğru-yanlış cevap formatında doldurulan bir ölçektir. Ölçekte 3, 8, 14, 28, 30, 36, 39 ve 41 nolu maddeler “yanlış” cevabı işaretlendiğinde bir puan alırken diğerleri “doğru” cevap işaretlendiğinde bir puan almaktadır (87). Ölçek eleştirel-düşmancıl oluş (3, 6, 8,

10, 13, 14, 17, 19, 20, 24, 25, 26, 28, 30, 33, 34, 35, 36, 37 numaralı maddeler) ve aşırı ilgi-koruyucu-kollayıcı oluş (4, 5, 7, 9, 12, 15, 16, 18, 21, 22, 23, 27, 31, 32, 38, 39, 40, 41 numaralı maddeler) alt boyutlarından oluşmaktadır. Dört maddenin faktör değeri 0.30'un altında bulunarak alt puan değerlendirmesine alınmamıştır. Buna göre EE toplam puanı 41 madde üzerinden belirlenirken alt ölçek değerlendirmesi ise 37 madde üzerinden yapılmaktadır. Elde edilen puanların kesim noktası yoktur, puanlar yükseldikçe duygu dışavurum düzeyinin yükseldiği anlaşılmaktadır (99). Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa değeri Tablo 3.1'de gösterilmiştir.

3.5 Araştırma Verilerinin Toplanması

Araştırma Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıklar Hastanesi AMATEM'nde 1 Temmuz –31 Aralık 2021 tarihleri arasında kliniğe yatan hastalar arasından araştırmanın kriterlerini karşılayanlar tespit edilmiştir. Yatış dosyalarında bulunan Yoksunluk Belirtileri Formu'na göre (burun akması, göz yaşarması, bulantı/kusma, kas ağrısı, terleme, vb.) madde yoksunluğunda olmadıkları saptandıktan sonra hastalarla klinik görüşme odasında yüz yüze görüşülmüştür. Her bir hastaya araştırmanın içeriği hakkında bilgi verilmiş, araştırmaya gönüllü katılmak isteyen hastaların yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır. Araştırmacı, veri toplama formunu hastalarla bireysel, yüz yüze görüşerek, hastaların verdiği yanıtlara göre doldurmuştur. Bir hasta ile görüşme yaklaşık 15 dakika sürmüştür.

Birincil bakım vericisi olduğu teyidi hem hastadan hem de bakım vericiden alınan bakım vericilerle görüşmeler ise iki yolla yapılmıştır. Bakım vericilerin 42'si ile hasta yatışı esnasında klinik toplantı odasında yüz yüze, 13'ü ile telefon aracılığıyla görüşülmüştür. Her bir bakım vericiye araştırmanın içeriği hakkında bilgi verilmiştir. Yüz yüze görüşülen bakım vericilerin yazılı aydınlatılmış onamları alınmıştır. Telefonla görüşülen bakım vericilerin aydınlatılmış onam formu okunmuş ve sözel onamları alınmıştır. Bir bakım verici ile görüşme yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür.

3.6 Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analiz için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22 programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini test etmek için çarpıklık ve basıklık değerleri incelenmiş ve ± 1.5 arasında elde edilenlere parametrik analizler yapılmıştır (100). Genel ve alt ölçeklerinin

çarpıklık ve basıklık değerlerinin-0.675 ile +0.812 arasında değişmesi normal dağıldığını göstermiştir. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin kategorik verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, sürekli verilerin ve ölçeklerin değerlendirilmesinde ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Remisyon süresini ve bakım yükünü etkileyen değişkenleri belirlemek için pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Erken remisyon ve relaps grubunun hem kendi duygu dışavurum puanlarında hem de bakım vericilerinin duygu dışavurum puanlarında fark olup olmadığı Student t testi ile değerlendirilmiştir. Ayrıca değişkenlerin remisyon süresini ve bakım yükünü ne derece yordadığını belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < .05$ olarak kabul edilmiştir.

Tablo 3.1. Araştırmada kullanılan ölçeklerin Cronbach Alfa, Çarpıklık ve Basıklık değerleri

Değişkenler	Cronbach Alfa	Çarpıklık	Basıklık
Duygu Dışavurumu Derecesi Ölçeği (LEE) toplam puan	.92	.812	-.127
Zarit Bakım Yüğü Ölçeği (ZBYÖ) toplam puan	.89	-.675	-.643
Duygu Dışavurumu Ölçeği (EE) toplam puan	.73	.620	.008
Eleştirel-Düşmancıl Oluş (ED) alt ölçek puanı	.74	.641	-.395
Aşırı ilgi-Koruyucu-Kollayıcı Oluş (AİKK) alt ölçek puanı	.72	.152	.563

3.7 Araştırmanın Etik Boyutu

Bu araştırmada kullanılan ölçeklerden Duygu Dışavurum Derecesi Ölçeği'ni ve Duygu Dışavurum Ölçeği'ni kullanabilmek için Berksun'dan, Zarit Bakım Yüğü Ölçeği'ni kullanabilmek için İnci'den izin alınmıştır (EK-3). Araştırma Bolu Abant İzzet Baysal üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (27.04.2021 tarihli 20121/93 karar numarası). Kurum izni, Bolu Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü tarafından verilmiştir. Bu araştırma insanlar üzerindeki tıbbi araştırmalarla gerçekleştirilen tüm prosedürler, kurumsal ve/veya ulusal araştırma komitesinin etik standartlarına, 1964 Helsinki deklarasyonuna ve etik standartlara uygun olarak yapılmıştır.

4. BULGULAR

Araştırmaya katılan 55 madde kullanım bozukluğu tanılı hasta ve 55 birinci dereceden bakım vericisine ait bulgulara yer verilmiştir. Öncelikle hastaların, daha sonra bakım vericilerin tanımlayıcı özellikleri belirtilmiştir. Akabinde hastaların remisyon süresini ve bakım vericilerin bakım yükünü etkileyen faktörlere ilişkin bulgular açıklanmıştır.

4.1 Hastaların Özelliklerine Yönelik Bulgular

Araştırmaya katılan madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların sosyodeografik özellikleriyle ilgili bulgular Tablo 4.1’de gösterilmiştir. Hastaların yaşlarının 18-50 yıl arasında değiştiği ve ortalamasının 28.67 ± 6.40 yıl olduğu belirlenmiştir. Hastaların kardeş sayısı 0-7 arasında değişmekte olup ortalaması 2.20 ± 1.67 olarak saptanmıştır. Ailede kaçınıcı çocuk olduğuna bakıldığında 1-7 arasında değiştiği ve ortalamasının 2.20 ± 1.39 olduğu görülmüştür. Büyük bir çoğunluğu (%87.3) erkektir, %12.7’si kadındır. Hastaların %52.7’sinin ortaokul, %34.5’inin lise, %7.3’ünün üniversite, %3.6’sının ilkokul mezunu ve %1.6’sının ise okuryazar olduğu belirlenmiştir. Çoğunluğu (%67.3) bekar, %21.8’i evli ve %10.9’u boşanmış veya dul bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların %72.2’sinin çocuğunun olmadığı, %14.5’inin iki çocuğa, %9.1’inin bir ve %3.7’sinin üç-beş çocuğa sahip oldukları saptanmıştır. Hastaların %61.8’i çalışmamakta, %23.6’sı tam zamanlı ve düzenli çalışmakta, %14.5’i zaman zaman çalışmaktadır. Hastalara meslekleri sorulduğunda %23.6’sı işçi, %10.9’u teknisyen, %10.9’u garson, %10.9’u şoför, %7.3’ü esnaf, %7.3’ü ev hanımı, %5.5’i marangoz, %3.6’sı güvenlik görevlisi, %3.6’sı satış danışmanı, %3.6’sı kuaför, %1.8’i memur, %1.8’i mühendis, %1.8’i paramedik ve %7.4’ü diğer (kasiyer, aşçı, emlakçı vb.) şeklinde cevap vermişlerdir. Hastaların %76.4’ü annesi-babası ile, %10.9’u eşi ve çocukları ile, %7.3’ü diğer aile bireylerinden biriyle, %3.6’sı eşi ile ve %1.8’i çocuğu ile birlikte yaşamaktadır.

Tablo 4.1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	Ortalama	Ss* (Minimum-Maksimum)
Yaş (yıl)	28.67	6.40 (18-50 yıl)
Kardeş sayısı	2.20	1.67 (0-7)
Kaçıncı çocuk	2.20	1.39 (1-7)
	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	48	87.3
Kadın	7	12.7
Eğitim durumu		
Okuryazar	1	1.8
İlkokul	2	3.6
Ortaokul	29	52.7
Lise	19	34.5
Üniversite	4	7.3
Medeni durum		
Bekar	37	67.3
Evli	12	21.8
Boşanmış veya dul	6	10.9
Çocuk sayısı		
0	40	72.7
1	5	9.1
2	8	14.5
3 - 5	2	3.7
Çalışma durumu		
Çalışmıyor	34	61.8
Zaman zaman çalışıyor	8	14.5
Tam zamanlı ve düzenli çalışıyor	13	23.6
Mesleği		
İşçi	13	23.6
Teknisyen	6	10.9
Garson	6	10.9
Şoför	6	10.9
Esnaf	4	7.3
Ev hanımı	4	7.3
Marangoz	3	5.5
Güvenlik görevlisi	2	3.6
Satış danışmanı	2	3.6
Kuaför	2	3.6
Memur	1	1.8
Mühendis	1	1.8
Paramedik	1	1.8
Diğer (kasiyer, aşçı, emlakçı vb.)	4	7.4

Birlikte yaşadığı kişi		
Annesi-babası ile	42	76.4
Eşi ve çocukları ile	6	10.9
Eşi ile	2	3.6
Diğer aile bireylerinden biriyle	4	7.3
Çocuğu ile	1	1.8

*Standart Sapma

Araştırmaya katılan madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların klinik ve yasal durumuyla ilgili özellikleri Tablo 4.2’de gösterilmiştir. Hastaların %52.7’si eroin, %41.8’i metamfetamin ve %5.5’i bonzai kullanmaktadır. Tanı süresi 2-14 yıl arasında değişmektedir ve ortalaması 5.73 ± 3.00 ’dır. Yatış sayısı 1-13 arasında değişmektedir ve ortalaması 2.22 ± 2.14 ’tür. Maddenin bırakıldığı en uzun süre 1-36 ay aralığındadır ve ortalaması 7.21 ± 7.65 aydır. Hastanın hastaneden çıkış sonrası erken remisyon süresi 2-90 gün arasında değişmekte olup ortalamasının 53.36 ± 37.90 gün olduğu görülmektedir. Hastaneden çıkış sonrasında madde kullanım durumları araştırıldığında hastaların %58.2’sinin relapsta, %41.8’inin erken remisyonunda olduğu bulunmuştur. Duygu Dışavurum Derecesi Ölçeği (LEE) toplam puanı 6-43 puan arasında değişmektedir ve ortalaması 20.00 ± 9.33 olarak hesaplanmıştır. Hastalara herhangi bir kronik fiziksel hastalıkları bulunup bulunmadığı sorulduğunda %94.5’i hayır bulunmamaktadır, %5.5’i evet bulunmaktadır (gastrit, sedef, guatr hastalığı) olarak yanıtlamışlardır. Yasal durumları incelendiğinde hastaların %45.5’inin madde bulundurmaktan yasal durumu olduğu, %38.2’sinin herhangi bir yasal durumu olmadığı, %5.5’inin madde bulundurmak ve hırsızlık, %5.5’inin madde bulundurmak ve yaralama, %3.6’sının yaralama ve %1.8’inin madde satmaktan yasal durumu olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.Hastaların klinik ve yasal durumuyla ilgili özellikleri

Değişkenler	Ortalama	Ss* (Minimum-Maksimum)
Madde kullanım bozukluğu tanısı süresi (yıl)	5.73	3.00 (2-14 yıl)
Kaçıncı yatışı olduğu	2.22	2.14 (1-13)
Maddenin bırakıldığı en uzun süre (ay)	7.21	7.65 (1-36) ay
Hastaneden çıkış sonrası erken remisyon süresi (gün)	53.36	37.90 (2-90) gün
Duygu Dışavurumu Derecesi Ölçeği (LEE) Toplam Puan	20.00	9.33 (6-43)
	Sayı	Yüzde
Kullanılan madde		
Eroin	29	52.7
Metamfetamin	23	41.85

Bonzai	3	5.5
Hastaneden çıkış sonrası madde kullanım durumları		
Relaps	32	58.2
Erken remisyon	23	41.8

*Standart Sapma

Tablo 4.2.Hastaların klinik ve yasal durumuyla ilgili özellikleri (devamı)

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Kronik fiziksel hastalık varlığı		
Hayır	52	94.5
Evet (gastrit, sedef, guatr hastalığı)	3	5.5
Yasal durumu		
Hayır	21	38.2
Madde bulundurmak	25	45.5
Madde satmak	1	1.8
Madde bulundurmak ve hırsızlık	3	5.5
Yaralama	2	3.6
Madde bulundurmak ve yaralama	3	5.5

4.2 Bakım Vericilerin Özelliklerine Yönelik Bulgular

Araştırmaya katılan madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri Tablo 4.3'te gösterilmiştir. Bakım vericilerin yaşları 19-67 yıl arasında değişmekte olup ortalaması 47.64 ± 11.72 olarak hesaplanmıştır. Bakım vericilerin %56.4'ü kadınlardan, %43.6'sı erkeklerden oluşmaktadır. Bakım vericilerin %41.8'i ilkokul, %21.8'i ortaokul, %21.8'i lise, %9.1'i üniversite mezunudur ve %5.5'i okuryazardır. Bakım vericilerin medeni durumlarına bakıldığında %80'i evli, %14.5'i boşanmış veya dul, %5.5'i bekdir. Bakım vericilerin %38.2'sinin 2 çocuğu, %21.8'inin 3 çocuğu, %16.4'ünün dört-beş çocuğu, %14.5'inin 1 çocuğu olduğu ve %9.1'inin çocuğu olmadığı saptanmıştır. Bakım vericilerin %45.5'i çalışmakta, %41.8'i çalışmamaktadır, %12.7'si ise emeklidir. Bakım vericilere meslekleri sorulduğunda %36.4'ü ev hanımı, %20'si işçi, %10.9'u esnaf, %7.3'ü memur, %7.3'ü diğer (kuaför, terzi, bakıcı vb.), %5.5'i şoför, %3.6'sı marangoz, %3.6'sı kapıcı, %1.8'i öğrenci, %1.8'i işletmeci ve %1.8'i sekreter şeklinde yanıtlamıştır. Bakım vericilerin %61.8'inin gelir durumu 5000 TL'nin altında, %20'sinin gelir durumu 5000 TL'nin üzerindedir, %18.2'sinin gelir durumu ise 5000 TL'dir. Aylık gelirleri 2500-20000 TL arasında değişmekte olup ortalamasının 4661.27 ± 2939.54 TL olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.3.Bakım vericilerin sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	Ortalama	Ss* (Minimum-Maksimum)
Yaş (yıl)	47.64	11.72 (19-67 yıl)
Aylık Gelir (TL)	4661.27	2939.54 (2500-20000)
	Sayı	Yüzde
Cinsiyet		
Kadın	31	56.4
Erkek	24	43.6
Eğitim durumu		
Okuryazar	3	5.5
İlkokul	23	41.8
Ortaokul	12	21.8
Lise	12	21.8
Üniversite	5	9.1
Medeni durum		
Evli	44	80.0
Bekar	3	5.5
Boşanmış veya dul	8	14.5
Çocuk sayısı		
0	5	9.1
1	8	14.5
2	21	38.2
3	12	21.8
4- 5	9	16.4
Gelir Durumu (aylık)		
5000 altı	34	61.8
5000	10	18.2
5000 üstü	11	20.0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	25	45.5
Çalışmıyor	23	41.8
Emekli	7	12.7
Mesleği		
Ev hanımı	20	36.4
İşçi	11	20.0
Esnaf	6	10.9
Memur	4	7.3
Şoför	3	5.5
Marangoz	2	3.6
Kapıcı	2	3.6
Öğrenci	1	1.8
İşletmeci	1	1.8

Sekreter	1	1.8
Diğer (kuaför, terzi, bakıcı vb.)	4	7.3

*Standart Sapma

Araştırmaya katılan hastaların bakım vericilerinin sağlık durumuyla ilgili özellikleri Tablo 4.4'te gösterilmiştir. Bakım vericiler kendi yaşlıtlarına göre sağlık durumlarını değerlendirdiğinde %38.2'si orta, %34.5'i iyi, %12.7'si kötü, %10.9'u çok iyi, %3.6'sı ise çok kötü olarak tariflemiştir. Bakım vericilerin %67.3'ünde herhangi bir fiziksel hastalık bulunmamaktadır, %12.7'sinde hipertansiyon, %9.1'inde diğer (Migren, Çölyak, Bel Fıtığı, Üveit hastalığı), %7.3'ünde Diyabetes Mellitus ve %3.6'sında Astım hastalığı bulunmaktadır. Bakım vericilerin %89.1'inin herhangi bir psikiyatrik hastalığı bulunmamaktadır, %7.3'ünde depresyon ve %3.6'sında anksiyete bozukluğu bulunmaktadır. Bakım vericilerin %92.7'si herhangi bir psikiyatrik tedavi almamakta, %7.3'ü ayaktan ilaç tedavisi almaktadır. Ailede madde kullananların olup olmadığı araştırıldığında %94.5'inde olmadığı, %3.6'sında babanın ve %1.8'inde kardeşin kullandığı ifade edilmiştir. Yine ailede psikiyatrik tedavi gören biri olup olmadığı incelendiğinde %96.4'ünde olmadığı, %1.8'inde annenin ve %1.8'inde kardeşin psikiyatrik bozukluğu olduğu ifade edilmiştir.

Tablo 4.4.Bakım verenlerin sağlık durumuyla ilgili özellikleri

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Kendi yaşlıtlarına göre sağlık durumunu değerlendirdiğinde		
Çok kötü	2	3.6
Kötü	7	12.7
Orta	21	38.2
İyi	19	34.5
Çok iyi	6	10.9
Fiziksel hastalık		
Hayır	37	67.3
Hipertansiyon	7	12.7
Diyabetes Mellitus	4	7.3
Astım	2	3.6
Diğer (Migren, Çölyak, Bel Fıtığı, Üveit hastalığı)	5	9.1
Psikiyatrik bozukluk		
Hayır	49	89.1
Depresyon	4	7.3
Anksiyete bozukluğu	2	3.6
Psikiyatrik tedavi		
Hayır	51	92.7
Ayaktan ilaç tedavisi	4	7.3

Ailede madde kullanan başka birinin varlığı		
Yok	52	94.5
Baba	2	3.6
Kardeş	1	1.8
Ailede psikiyatrik tedavi gören başka birinin varlığı		
Yok	53	96.4
Anne	1	1.8
Kardeş	1	1.8

Araştırmaya katılan hastaların bakım vericilerinin diğer özellikleri Tablo 4.5'te gösterilmiştir. Bakım vericilerin %72.7'si hastanın ebeveyni, %12.7'si eşi, %12.7'si kardeşi ve %1.8'i çocuğudur. Bakım vericilerin madde kullanım bozukluğu olan bireyle birlikte yaşama süresi 2-37 yıl arasında değişmekte ve ortalaması 24.73 ± 7.14 yıldır. Bakım veren olma süresi 2-10 yıl aralığında ve ortalaması 4.31 ± 2.28 yıldır. Günde hasta ile vakit geçirme süresi 3-12 saat aralığında değişmektedir ve ortalaması 5.76 ± 2.05 saattir. Bakım vericilerin madde kullanım bozukluğu hakkında bilgi düzeyi değerlendirildiğinde %36.4'ünün yeterli, %30.9'unun ne yeterli ne yetersiz, %12.7'sinin yetersiz, %10.9'unun hiç bilgisi olmadığı, %9.1'inin ise bilgisinin tamamıyla yeterli olduğu bulunmuştur. Bakım vericilerin %69.1'inin çevresi ailede madde kullanım bozukluğu olan birey olduğunu bilmemekte, %30.9'unun ise çevresi bilmektedir. Bakım vericilerin %70.9'u çevresi tarafından dışlandığını hissettiğini ifade etmiştir. Bakım vericilerin algıladıkları sosyal destek düzeyi puan ortalaması 3.91 ± 4.24 (0-10) ve %47.3'ünün sıfır, %25.5'inin on puan verdiği bulunmuştur. Bakım vericilerin ailelerinde bakım gerektiren diğer aile üyesinin olup olmadığına bakıldığında %87.3'ünde bakım gerektiren aile üyesinin olmadığı, %7.3'ünde çocuk, %3.6'sında yaşlı ve %1.8'inde ise engelli birey olduğu görülmüştür.

Tablo 4.5.Bakım vericilerin diğer özellikleri

Değişkenler	Ortalama	Ss* (Minimum-Maksimum)
Birlikte yaşama süresi (yıl)	24.73	7.14 (2-37)
Bakım veren olma süresi (yıl)	4.31	2.28 (2-10)
Günde hasta ile vakit geçirme süresi (saat)	5.76	2.05 (3-12)
Algılanan sosyal destek düzeyi	3.91	4.24 (0-10)
	Sayı	Yüzde
Hastaya yakınlık derecesi		
Çocuğum	40	72.7
Eşim	7	12.7
Kardeşim	7	12.7
Annem	1	1.8

Madde kullanım bozukluğu hakkında bilgi düzeyi	5	9.1
Tamamıyla yeterli	20	36.4
Yeterli	17	30.9
Ne yeterli ne yetersiz	7	12.7
Yetersiz	6	10.9
Hiç yok		

*Standart Sapma

Tablo 4.5. Bakım vericilerin diğer özellikleri (devamı)

Değişkenler	Sayı	Yüzde
Çevredekilerin tanıyı bilme durumu		
Bilmiyor	38	69.1
Biliyor	17	30.9
Dışlandığını hissetme durumu		
Hayır	39	70.9
Evet	16	29.1
Algılanan sosyal destek düzeyi		
0	26	47.3
1-9	15	27.2
10	14	25.5
Bakım gerektiren diğer aile üyesinin varlığı		
Yok	48	87.3
Çocuk	4	7.3
Yaşlı	2	3.6
Engelli birey	1	1.8

Bakım vericilerin madde kullanım bozukluğu hakkındaki görüşleri Tablo 4.6'da gösterilmiştir. Görüşlerini belirlemek için, yakınınızın hastalığını nasıl tanımlarsınız diye sorulduğunda, %23.6'sı “çok kötü bir hastalık”, %16.4'ü “psikolojik, beyinsel bir bozukluk, bağımlılık”, %14.5'i “eski halini yok eden bir hastalık”, %14.5'i “hastalık değil”, %12.7'si “iradesizlik”, %10.9'u “engelleyen, etkileyen, zor bir hastalık”, %3.6'sı “iyileşecek bir hastalık” ve %3.6'sı “toplumsal bir sorun” olarak tanımlamıştır. Bakım vericilerin yakınlarının madde kullanımını neye bağladıkları sorulduğunda %45.5'i “çevresine özellikle arkadaş ortamına”, %16.4'ü “psikolojik sorunlarına, sıkıntılarına”, %9.1'i “duygularını yönetememesine”, %9.1'i “keyif, zevk almasına”, %7.3'ü “ailesel ve toplumsal sorunlara”, %7.3'ü “babasına” bağladığını açıklamıştır, %5.5'i ise “bilmiyorum” şeklinde yanıtlamıştır. Bakım vericilerin yakınlarının tedavideki çabası hakkında ne düşündükleri sorulduğunda %56.4'ü “çok çabalıyor”, %20'si “elinden geldiğince veya destekle çaba gösteriyor”, %20'si “yetersiz ya da bazen çabalıyor”, %3.6'sı ise “çaba göstermiyor” yanıtını vermiştir. Bakım vericilerin yakınlarının tedavisinden beklentileri sorulduğunda %25.5'i “maddeyi kullanmayı bırakması”, %21.8'i “iyileşmesi”, %20'si “bu illetten kurtulması”, %14.5'i

“düzilmesi”, %7.3’ü “normal hayat yaşaması”, %7.3’ü “hayata yeniden başlaması”, %3.6’sı “sorumluluklarını yerine getirmesi” olarak ifade etmiştir.

Tablo 4.6.Bakım vericilerin madde kullanım bozukluğu hakkındaki görüşleri

Değişkenler	Sayı	Yüzde
(Yakınınızın) hastalığını nasıl tanımlarsınız?		
Çok kötü bir hastalık	13	23.6
Psikolojik, beyinsel bir bozukluk, bağımlılık	9	16.4
Eski halini yok eden bir hastalık	8	14.5
Engelleyen, etkileyen, zor bir hastalık	6	10.9
İradesizlik	7	12.7
İyileşecek bir hastalık	2	3.6
Hastalık değil	8	14.5
Toplumsal bir sorun	2	3.6
(Yakınınızın) madde kullanımını neye bağlıyorsunuz?		
Çevresine özellikle arkadaş ortamına	25	45.5
Psikolojik sorunlarına, sıkıntılarına	9	16.4
Duygularına yönetememesine	5	9.1
Keyif, zevk almasına	5	9.1
Ailesel ve toplumsal sorunlara	4	7.3
Babasına	4	7.3
Bilmiyorum	3	5.5
(Yakınınızın) tedavisindeki çabası hakkında ne düşünüyorsunuz?		
Çok çabalıyor	31	56.4
Elinden geldiğince veya destekle çaba gösteriyor	11	20.0
Yetersiz ya da bazen çabalıyor	11	20.0
Çaba göstermiyor	2	3.6
(Yakınınızın) tedavisinden beklentiniz nedir?		
Maddeyi kullanmayı bırakması	14	25.5
İyileşmesi	12	21.8
Bu illetten kurtulması	11	20.0
Düzilmesi	8	14.5
Normal hayat yaşaması	4	7.3
Hayata yeniden başlaması	4	7.3
Sorumluluklarını yerine getirmesi	2	3.6

Bakım vericilerin bakım yükünün, duygu dışavurumunun toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları, standart sapmaları, minimum ve maksimum puanları Tablo 4.7’de gösterilmiştir. Zarit Bakım Yüğü Ölçeği’nden elde edilen toplam puanın ortalaması 72.53 ± 13.71 (41-91), Duygu Dışavurum Ölçeği’nden elde edilen toplam puan ortalaması 21.62 ± 4.25 (14-33), alt ölçeklerinin puan ortalaması Eleştirel- Düşmancıl oluş için 7.40 ± 3.31 (2-15), Aşırı ilgi- Koruyucu-Kollayıcı Oluş için 12.58 ± 1.34 (9-16) olarak tespit edilmiştir.

Tablo 4.7.Bakım vericilerin bakım yükünün, duygu dışavurumunun toplam ve alt boyutlarının puan ortalamaları, standart sapmaları, minimum ve maksimum puanları

Değişkenler	Ortalama±Ss*	Minimum-Maksimum
Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı (ZBYÖ) Toplam Puan	72.53±13.71	41-91
Duygu Dışavurumu Ölçeğı (EE) Toplam Puan	21.62±4.25	14-33
Eleştirel-Düşmancıl Oluş (ED) Alt Ölçek Puanı	7.40±3.31	2-15
Aşırı ilgi-Koruyucu-Kollayıcı Oluş (AİKK) Alt Ölçek Puanı	12.58±1.34	9-16

*Standart Sapma

4.3 Remisyon Süresini ve Bakım Vericilerin Yükünü Etkileyen Faktörler

Hastaların remisyon süreleri ile kendilerinin ve bakım vericilerinin duygu dışavurumu arasındaki ilişki Tablo 4.8’de gösterilmiştir. Remisyon süresi ile kendi duygu dışavurum düzeyleri ($r=-.074$; $p>0.05$) arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ancak remisyon süresi ile primer bakım vericilerinin duygu dışavurum düzeyleri ($r=-.30$; $p<0.05$) arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Remisyon süresi ile eleştirel-düşmancıl oluş alt ölçeğı puanı ($r=-.21$; $p>0.05$) arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Remisyon süresi ile aşırı ilgi-koruyucu- kollayıcı oluş alt ölçeğı puanı ($r=-.38$; $p<0001$) arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Hastaların duygu dışavurum düzeyleri ile bakım vericilerin duygu dışavurum düzeyleri ($r=.42$; $p<0001$) arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Hastaların duygu dışavurum düzeyleri ile bakım vericilerin eleştirel-düşmancıl oluş alt ölçeğı puanı ($r=.45$; $p<0001$) arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Ancak hastaların duygu dışavurumu düzeyleri ile bakım verenlerin aşırı ilgi- koruyucu-kollayıcı oluş alt ölçeğı puanı ($r=.05$; $p>0.05$) arasında anlamlı ilişki görülmemiştir.

Tablo 4.8. Hastaların remisyon süreleri ile kendilerinin ve bakım vericilerinin duygu dışavurumu arasındaki ilişki

Değişkenler	Remisyon süresi (gün)	LEE	EE	ED	AİKK
Remisyon süresi (gün)	1				
Duygu Dışavurumu Derecesi Ölçeği (LEE) Toplam Puan	-.074	1			
Duygu Dışavurumu Ölçeği (EE) Toplam Puan	-.302*	.420**	1		
Eleştirel-Düşmancıl Oluş (ED) Alt Ölçeği	-.211	.452**	.928**	1	
Aşırı ilgi-Koruyucu-Kollayıcı Oluş (AİKK) Alt Ölçeği	-.378**	.047	.503**	.201	1

**p<.0001; *p<.05

Hastaların kendilerinin ve birinci derecede bakım vericilerinin duygu dışavurumunun remisyon ve relaps durumlarına göre karşılaştırılması Tablo 4.9’da gösterilmiştir. Relaps grubundaki 28 hastanın LEE puanı ortalaması 20.89 ± 8.08 , erken remisyon grubundaki 27 hastanın LEE puanı ortalaması 19.07 ± 10.55 olarak saptanmıştır. Uygulanan student t testine göre grupların LEE puanı ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.475$). Bakım vericilerin duygu dışavurumları (EE) açısından ise relaps grubunun puan ortalamasının (22.71 ± 4.46) erken remisyon grubuna (20.48 ± 3.77) göre daha yüksek olduğu görülmüş, ancak istatistiksel anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0.051$). EE alt boyutlarından eleştirel-düşmancıl oluş için iki grup arasında fark bulunamazken ($p=0.201$), aşırı ilgi-koruyucu-kollayıcı oluş alt boyutunda relaps grubunun puan ortalamasının (13.07 ± 1.33) erken remisyon grubuna (12.07 ± 1.17) göre daha yüksek olduğu ve farkında istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0.005$).

Tablo 4.9. Hastaların kendilerinin ve birinci derecede yakınlarının duygu dışavurumunun erken remisyon ve relaps durumlarına göre karşılaştırılması

Değişkenler	Relaps (n=28)	Erken Remisyon (n=27)	t	p
Duygu Dışavurumu Derecesi Ölçeği (LEE) Toplam Puan	20.89±8.08	19.07±10.55	.719	.475
Duygu Dışavurumu Ölçeği (EE) Toplam Puan	22.71±4.46	20.48±3.77	1.999	.051
Eleştirel-Düşmancıl Oluş (ED) Alt Ölçeği	7.96±3.44	6.81±3.12	1.294	.201
Aşırı ilgi-Koruyucu-Kollayıcı Oluş (AİKK) Alt Ölçeği	13.07±1.33	12.07±1.17	2.949	.005

Bakım vericilerin bakım yükü ile bakım veren olma süresi, algılanan sosyal destek düzeyi, kendilerinin ve hastaların duygu dışavurumu arasındaki ilişki Tablo 4.10'da gösterilmiştir. Bakım vericilerin bakım yükü düzeyleri ile hastaların duygu dışavurum düzeyleri arasında ($r=.30$; $p<0.05$) pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bakım vericilerin bakım yükü düzeyleri ile hastaların remisyon süresi arasında ise ($r=-.17$; $p>0.05$) anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bakım vericilerin bakım yükü düzeyleri ile bakım verenlerin duygu dışavurum düzeyleri arasında ($r=.52$; $p<0.0001$) pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Bakım vericilerin bakım yükü düzeyleri ile eleştirel-düşmancıl oluş alt ölçeği düzeyleri ($r=.48$; $p<0.0001$) arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. Bakım vericilerin bakım yükü düzeyleri ile aşırı ilgi-koruyucu- kollayıcı oluş alt ölçeği düzeyleri ($r=.35$; $p<0.0001$) arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Bakım vericilerin bakım yükü düzeyleri ile bakım vericilerin algıladığı sosyal destek düzeyleri ($r=-.31$; $p<0.5$) arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Bakım vericilerin bakım yükü düzeyleri ile bakım vericilerin bakım veren olma süreleri ($r=.28$; $p<0.5$) arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 4.10. Bakım vericilerin bakım yükü ile bakım veren olma süresi, algılanan sosyal destek düzeyi, kendilerinin ve hastaların duygu dışavurumu arasındaki ilişki

Değişkenler	Bakım yükü r
Duygu Dışavurumu Derecesi Ölçeği (LEE) Toplam Puan	.298*
Remisyon süresi (gün)	-.165
Duygu Dışavurumu Ölçeği (EE) Toplam Puan	.523**
Eleştirel-Düşmancıl Oluş (ED) Alt Ölçeği	.481**
Aşırı ilgi-Koruyucu-Kollayıcı Oluş (AİKK) Alt Ölçeği	.346**
Algılanan Sosyal Destek	-.305*
Bakım Veren Olma Süresi (Yıl)	.283*

**p<.0001; *p<.05

Hastaların ve bakım vericilerin duygu dışavurum düzeylerinin bağımlı değişken olan remisyon süresine etkisini belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Öncelikle çoklu doğrusal regresyon analizi kriteri olan normallik, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki doğrusallık varsayımını sağladığı, bağımsız değişkenler arasında çoklu ortak doğrusallık (Multicollinearity) olmadığı, Varyans Büyütme Faktörü (Variance Inflation Factor-VIF) değerinin 10'dan küçük olduğu, Tolerans değerinin 0.2'den büyük olduğu kontrol edilmiştir (101).

Tablo 4.11'de gösterildiği üzere analize alınan bağımsız değişkenlerin remisyon süresine etkisini test etmek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre modelin ($F=3.284$, $p=0.03$) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Regresyon katsayılarının anlamlılığını gösteren t istatistik değerleri; hastaların duygu dışavurumunun düzeyinin ($t=.050$, $p=0.960$) ve bakım vericilerin eleştirel-düşmancıl oluş duygu dışavurumunun ($t=-.983$, $p=0.330$) anlamlı olmadığını ancak bakım vericilerin aşırı ilgi-koruyucu-kollayıcı oluş duygu dışavurumunun ($t=-2.925$, $p=0.005$) anlamlı düzeyde etkilediği bulunmuştur. Modelde bakım vericilerin aşırı ilgi-koruyucu-kollayıcı oluş duygu dışavurumu ($\beta = -.35$) anlamlı ölçüde remisyon süresini yordamıştır ($R=.40$, $R^2 = .16$, Düzeltilmiş $R^2 = .11$). Bulunan bu sonuç; birinci derecede bakım vericilerin aşırı ilgi-koruyucu-kollayıcı oluş duygu dışavurumunun madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların remisyon süresindeki değişimin %11'ini açıklandığını göstermiştir.

Tablo 4.11. Remisyon süresinin yordayıcılarını belirlemeye yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucu

Değişkenler	Standardize Edilmemiş Katsayı	Standart Hata	Standardize β Katsayısı	t	p	İkili r	Kısmi r	Tolerans	VIF
Sabit	189.027	46.566		4.059	.000				
LEE	.029	.584	.007	.050	.960	-.074	.007	.794	1.260
AİKK	-9.859	3.697	-.349	-2.667	.010	-.378	-.342	.957	1.044
ED	-1.648	1.677	-.144	-.983	.330	-.211	-.126	.764	1.310
F(3,51)=3.284, p ¹ =0.028, R=.402, R ² =.162, Düzeltilmiş R ² =.113, p ² <0.05									

LEE: Duygu Dışavurumu Derecesi Ölçeği

AİKK: Aşırı ilgi-Koruyucu-Kollayıcı Oluş Alt Ölçeği

ED: Eleştirel-Düşmancıl Oluş Alt Ölçeği

F: Modelin anlamlılığının sınıandığı test değeri

P¹: Modelin anlamlılığının sınıandığı testin p değeri

R: Bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken arasındaki kolektif korelasyon katsayısı

R²: Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin ne kadarını açıkladığı (% olarak)

Hastaların ve bakım vericilerin duygu dışavurum düzeyleri, bakım veren olma süresi, algılanan sosyal destek bağımsız değişkenlerinin bağımlı değişken olan bakım yüküne etkisini belirlemek için çoklu doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Öncelikle çoklu doğrusal regresyon analizi kriteri olan normallik, bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki doğrusallık varsayımını sağladığı, bağımsız değişkenler arasında çoklu ortak doğrusallık (Multicollinearity) olmadığı, Varyans Büyütme Faktörü (Variance Inflation Factor-VIF) değerinin 10'dan küçük olduğu, Tolerans değerinin 0.2'den büyük olduğu kontrol edilmiştir (101).

Tablo 4.12'de gösterildiği üzere analize alınan bağımsız değişkenlerin bakım yüküne etkisini test etmek amacıyla yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre modelin (F=8.012, p<0.0001) istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Regresyon katsayılarının anlamlılığını gösteren t istatistik değerleri; bakım vericilerin duygu dışavurum düzeyi (t=3.577, p=0.001) ve algıladıkları sosyal destek düzeyi (t=-2.954, p=0.005) için anlamlı düzeydeyken diğer değişkenler için anlamsız bulunmuştur. Modelde bakım vericilerin duygu dışavurum düzeyi ($\beta = .47$) algıladıkları sosyal destek düzeyi ($\beta = -.33$) anlamlı ölçüde bakım yükü düzeyini yordamıştır (R=.63, R² = .39, Düzeltilmiş R² = .34). Bulunan bu sonuç; madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların birinci derecede bakım vericilerin yükündeki değişimin %34'ünün kendi duygu dışavurumları ve algıladıkları sosyal destek düzeyleriyle açıklandığını göstermiştir.

Tablo 4.12.Bakım vericilerin bakım yükünün yordayıcılarını belirlemeye yönelik yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

Değişkenler	Standardize Edilmemiş Katsayı	Standart Hata	Standardize β Katsayısı	t	p	İkili r	Kısmi r	Tolerans	VIF
Sabit	39.617	7.932		4.995	.000				
EE	1.506	.421	.467	3.577	.001	.523	.451	.715	1.398
LEE	.172	.180	.117	.954	.345	.298	.134	.811	1.234
Bakım Veren Olma Süresi (Yıl)	.248	.738	.041	.336	.739	.283	.047	.807	1.238
Algılanan Sosyal Destek	-1.059	.359	-.328	-2.954	.005	-.305	-.385	.990	1.011
F(4,50)=8.012, $p^1<0.0001$, R=.625, $R^2=.391$, Düzeltilmiş $R^2=.342$, $p^2<0.05$									

EE: Duygu Dışavurumu Ölçeği

LEE: Duygu Dışavurumu Derecesi Ölçeği

F: Modelin anlamlılığının sınıandığı test değeri

P^1 : Modelin anlamlılığının sınıandığı testin p değeri

R: Bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken arasındaki kolektif korelasyon katsayısı

R^2 : Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenin ne kadarını açıkladığı (% olarak)

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, Madde Kullanım Bozukluğu (MKB) tanısıyla yatarak tedavi gören hastaların remisyon süreleriyle, hastaların ve birinci derecedeki bakım vericilerinin duygu dışavurumu arasındaki ilişki ve bakım vericilerin bakım yükünü etkileyen faktörlere yönelik elde edilen bulgular üç bölümde literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

5.1 Hastaların Özellikleri

Bu çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 28.67 ± 6.40 (18-50) yıl olarak saptanmıştır. Ankara’da bir AMATEM servisinde tedavi gören MKB hastalarının da yaş ortalaması 27.1 olarak bildirilmiştir (102). Özel Lara Anadolu Hastanesi Psikiyatri Servisi’nde, yatarak tedavi gören DSM-5’e göre alkol ve madde bağımlılığı kriterlerini karşılayan hastaların dosyaları taranarak eroin ve esrar kullanımının 35 yaş altında daha sık görüldüğü tespit edilmiştir (103). Konya (2019)’da bir AMATEM kliniğinde son bir yılda takip edilen 18 yaş üstü 75 erkek hastaya eroin bağımlılığı tanısı (DSM IV-TR) konmuştur. Bu çalışmada hastaların yaş ortalaması 27.24 ± 4.65 yıl olarak belirlenmiştir (104). Kayseri’de (2007-2015) AMATEM servisinde yapılan başka bir çalışmada 1222 hasta alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısıyla takip edilen hastaların sağlık kayıtları geriye dönük incelenmiştir. Çalışma sonucunda hastaların yaş ortalaması 27.50 ± 12.68 olarak hesaplanmıştır (105). Antalya’da yapılan başka bir çalışmada (DSM-IV-TR) opiyat (eroin) bağımlılığı olan hastaların yaş ortalamaları 22.0 ± 4.6 olarak belirtilmiştir (36). Çalışmamızda ve benzer popülasyonda yapılan çalışmalarda madde kullanım bozukluğu tanısı konan bireylerin tutarlı olarak genç yetişkinlik döneminde olduğu görülmektedir. Bu yaş dönemindeki bireylerin meslek edinme, evlilik, askerlik gibi önemli yaşam olaylarının olması, yeni şeyler denemeye/öğrenmeye meraklı olması, arkadaş/akran paylaşımlarından etkilenmesi gibi çeşitli özellikleri yanı sıra maddeye ulaşmanın kolaylaşması da madde kullanımının genç yaşlara inmesine yol açmaktadır. Yatarak tedavi gören 550 madde bağımlısı ile son yıllarda yapılan bir çalışmada ilk kez madde kullanmaya başlama yaş ortalamasının 16 yaş olduğu, 20 yaş civarında ise ağır uyuşturucuların kullanılmaya başlanıldığı saptanmıştır (47). AMATEM servislerinde yatarak tedavi gören çalışmamızda ve yukarıda açıklanan diğer

Çalışmalarda belirlenen 22-35 arasındaki yaşlar, hastaların tedavi sürecinde olduğu yaşları yansıtmaktadır.

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgulara göre madde kullanım bozukluğu, kadınlara (%12.7) göre erkeklerde (%87.3) nemli oranda daha fazladır. Son yıllarda yayımlanan bir çalışmada da hastaların ağırlıklı olarak (%89.5) erkek olduğu bildirilmiştir (102). Bursa’da AMATEM servisinde yatarak tedavi görmüş hastaların dosyaları tarandığında %94.5’inin erkek olduğu saptanmıştır (106). Ankara’da AMATEM’de 302 hastanın katıldığı bir çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun (%93.7) erkek olduğu bildirilmiştir (39). Toplumsal alanda yapılan çalışmalar erkekler arasında madde kullanımının kadınlara oranla daha yaygın olduğunu ayrıca erkeklerin daha küçük yaşta madde kullanımına başladığını göstermektedir. Erkeklerin maddeye başlama nedeni genellikle evre ve ortam baskısıyla olmaktadır. Kadınlara ise uzun süre boyunca aile kontrolü altında olmaları nedeniyle maddeyle daha geç yaşlarda tanışmaktadırlar. (54). Hem yatarak tedavi gören hem de genel toplumda daha geniş örneklemede yapılan çalışmalar, çalışmamızın bulgusunu destekler nitelikteyse de kadınlarda da madde kullanım bozukluğu oranının arttığının gözden kaçırılmaması gerektiği kanaatindeyiz.

Eğitim, madde kullanım bozukluğunun risk faktörleri arasında en çok vurgulanan hususlardan biridir. Konuyla ilgili temel alınan kitaplarda eğitim düzeyi ile madde kullanım bozukluğu arasında negatif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (23). Çalışmamızda da hastaların %52.7’sinin ortaokul, %34.5’inin lise mezunu olduğu bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, son yıllarda İstanbul’da bir ruh sağlığı ve hastalığı hastanesinde takip edilen 80 hastanın %60 (n=48)’i ilkokul mezunudur (107). Kayseri’de yapılan çalışmada ise AMATEM kliniğinde takip edilen hastaların %54.5’i ilköğretim muzunudur (105). Bir yıllık süre içerisinde bir bölge hastanesinin AMATEM kliniğinde yatırılarak tedavi edilen 258 hastanın yatış dosyalarının geriye dönük taranması yoluyla yapılan başka bir çalışmada hastaların yarıya yakınının (%47.7) ilköğretim düzeyinde eğitim gördükleri tespit edilmiştir (108). İzmir’de bir niversite hastanesinin AMATEM servisinde yatarak tedavi gören 64 bağımlı hastanın %28.1’inin lise, %26.6’sının ilkokul, %24.3’ünün ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır (109).

Gaziantep’te yapılan bir çalışmada 126 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Hastaların %89.7’sinin eğitim süresi dokuz yıl ve altındadır

(110). Antalya da 84 hasta ile gerçekleştirilen çalışmada katılımcıların %73.8'i dokuz yıl ve altı eğitim süresine sahiptir (36). Görüldüğü gibi çalışmalar, tutarlı olarak madde kullanım bozukluğu olan hastaların eğitim düzeyinin düşük olduğunu desteklemektedir. Hatta klinik gözlemlerimizde olduğu gibi okul terkinin de mevcut olduğu belirtilmektedir (106). Okulu terk eden birey uyuşturucu maddelerin kullanıldığı ortamlara daha kolay ulaşmakta, okul faaliyetleri yerine zamanını daha çok madde bulmaya, kullanmaya ayırmakta, ebeveynin kontrolünden çıkmakta, eğitilmiş olmanın avantajlarından (sosyoekonomik düzeyin yüksek olması, sağlıklı yaşam koşulları vb.) yararlanamamaktadır. Diğer bir ifadeyle, eğitim düzeyinin düşük olması madde kullanımını, madde kullanımı formal eğitimi sürdürmeyi etkilemekte ve bir kısır döngü oluşturmaktadır.

Çalışmamızda hastaların %67.3'ünün bekar ve %76.4'ünün anne-babası ile yaşadığı belirlenmiştir. Yusufoglu ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında hastaların %73.8'inin bekar ve %93.8'inin de ailesiyle yaşadığı saptanmıştır (107). Başka bir çalışmada ise hastaların %47.7'sinin bekar ve %87.1'inin aileyle yaşadığı tespit edilmiştir (106). Akdeniz Üniversitesi AMBAUM'nde hastaların %85.7'sinin bekar olduğu ve %75'inin çekirdek aile içinde yaşadığı bulunmuştur (36). Bekar ve ailesiyle yaşayanların oranı çalışmalarda farklılık gösterse de tutarlı olan evlilere göre bekarların yüksek olması ve daha çok aileleriyle yaşadıklarıdır. Hastaların madde kullanımı nedeniyle çalışmamaları, düzenli gelirlerinin olmaması, mevcut olan gelirlerini de madde temini için kullanmalarından dolayı evli oranının düşük olduğu; ailelerin her koşulda kendilerine sahip çıkacağı düşüncesi veya sahip çıkması, temel ihtiyaçlarını aile desteğiyle sağlamaları bu sonuçların ortaya çıkmasına yol açıyor olabilir.

Benzer açıklamalar madde kullanan bireylerin çalışma durumu için de geçerlidir (111). Çalışmamızda da hastaların %61.8'inin çalışmadığı görülmüştür. Ülkemizde AMATEM Kliniği'nde yapılan bir çalışmada hastaların %56.6'sının (102), başka bir çalışmada hastaların %51.2'sinin (36), geniş örnekleme yapılan bir çalışmada hastaların %36.7'sinin (105) işsiz olduğu saptanmıştır. AMATEM Kliniği'nde yapılan bu çalışmalara göre çalışmamızda elde ettiğimiz oran daha yüksektir. Bu sonuç, çalışmamızın sadece madde kullanım bozukluğu olan hastaların katılımıyla gerçekleştirilmesinden kaynaklanabilir. Nitekim, alkol dışı madde kullananlarda işsizlik oranının alkol kullananlara göre daha yüksek olduğu

bildirilmiştir (102). Bursa’da madde kullanım bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada katılımcıların %65’inin işsiz olduğu belirtilmiştir (112). Hastaların madde yoksunluğunun ya da madde kullanımının ortaya çıkardığı fizyolojik ve psikolojik etkiler, bunun yanında madde bulmaya harcanan zaman nedeniyle çalışmadıkları bilinmektedir. Yapılan bir çalışmada madde kullanıcılarının büyük çoğunluğu, madde kullanımının çalışmaya engel olduğunu, madde kullandıkları zaman çalışmadıklarını ifade ettikleri bildirilmiştir (112). Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin mesleklere göre dağılımı incelendiğinde hastaların %39.5’inin iş makinesi operatörü, şoför, garson, güvenlik görevlisi gibi hizmet sektörü çalışanı, %27.6’sının elektrikçi, kuaför, tesisatçı gibi zanaatkarlık ve teknik ustalık gerektiren işlerde, %14.5’inin ise acil tıp teknisyeni, muhasebecilik gibi profesyonel meslek sahibi olduğu tespit edilmiştir (102). Çalışmamızda da hastaların büyük bir kısmının hizmet sektöründe benzer işlerde çalıştığı görülmektedir.

Kullanılan madde türü incelendiğinde, çalışmamızda eroin (%52.7) ve metamfetamin (%41.8) kullanımının daha yaygın olduğu bulunmuştur. Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada, hastaların %69.7’sinin eroin kullanımı olduğu (102), diğerinde hastaların %53.3’ünün eroin, %5.6’sının esrar, %3.6’sının uçucu, ecstasy, kokain vb. diğer maddeler, %22.8’inin ise mixt madde kullanımı olduğu bulunmuştur (39). Son yıllarda yapılan bir çalışmada da madde kullanım bozukluğu tanısı alan hastaların %83.6’sının eroin kullandığı, metamfetamin, kannabinoidler, sentetik kannabinoidler ve uçucuların diğer kullanılan maddeler olduğu saptanmıştır (113). Metamfetamin ve vaka sayısının 2014 yılından bu yana artış gösterdiği TUBİM’in 2017 raporunda da belirtilmiştir (114). Çalışmamızdan farklı olarak çoğul madde kullanımının yüksek olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur. İzmir’de bir Bağımlılık Tedavi Birimi’ne başvuran 325 hasta kayıt bilgileri (1993-2003 tarihler arası), geriye dönük olarak taranarak yapılan bir çalışmada, hastaların %30.8’inin çoğul madde, %26.4’ünün esrar, %15.9’unun uçucu madde, %15.9’unun eroin, %4’ünün morfin ve türevleri, %6.4’ünün benzodiazepin, %1.2’sinin hallüsinojen, %0.9’unun kokain, %0.3’ünün amfetamin, %0.3’ünün fensiklidin ve ketamin, %0.3’ünün ise diğer opioid türevi maddeler kullandıkları görülmüştür (115). Yapılan bir çalışmada (2019) da çoğul madde kullanımının (sentetik kannabis ve metamfetamin) yüksek (%74) olduğu bildirilmiştir (106). Macit (2020) ise en çok kullanılan ve en çok üretilen yasa dışı

uyuşturucu maddenin esrar olduğunu belirtmektedir (116). Bir çalışmada Esenyurt İlçesi Danışmanlık Merkezi'ne başvuran 194 madde bağımlısı bireyin ilk kullandıkları madde türlerine bakılmıştır. Esrar kullanımının %70.1 oranı ile öne çıktığı görülmüştür. Esrar kullanımını %14.4 oranı ile opiyat, %8.8 oranı ile uçu maddeler, %4.6 oranı ile ecstasy ve %2.1 ile bonzai kullanımı takip etmiştir. Madde kullanım bozukluğu alanında yapılan birçok çalışmada esrarın bir geçiş maddesi olduğu saptanmıştır (117). Esrar kullanan bireylerin sosyoekonomik olarak diğer madde kullanıcılarına göre daha az zarar görmesi, esrar yoksunluğunun fizyolojik belirtilerinin diğer maddelere kıyasla daha hafif olması nedeniyle tedavi başvurularının düşük olduğu bilinmektedir. Çalışmanın yapıldığı popülasyona göre en çok kullanılan madde türünün farklı olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda hastaların yasal durumları incelendiğinde çoğunluğunun (%61.9) madde ile bağlantılı yasal durumlarının mevcut olduğu görülmüştür. Bir Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi'nde 2016-2018 yılları arasında alkol ve madde bozukluğu tanılı bireylerin suç davranışı oranları ve etkileyen faktörlerin tespit edilmesi amacıyla yaptıkları çalışmada katılımcıların %84.5'inin suç işlediği, %33'ünün bu suçlardan tutuklandığı tespit edilmiştir (113). Başka bir çalışmada bireylerin yarısından fazlasının (%57.9) devam etmekte olan adli bir sürecinin olduğu, yaklaşık 1/3'ünün cezaevi yaşantısının olduğu (102), diğer çalışmada %37.3'ünde denetimli serbestlik, %26.5'inde cezaevi öyküsü olduğu (Mutlu ve Öztürk Sarıkaya, 2019), önceki yıllarda yapılan bir çalışmada da hastaların %53.6'sında adli olay öyküsü olduğu saptanmıştır (36). Literatürde yer alan çalışmaların, çalışmamızın bulgusunu desteklediği görülmektedir. Madde kullanımının suça veya suçun madde kullanımına yol açtığı, suç ile madde kullanımı arasında çift yönlü bir ilişki bulunduğu öne sürülmektedir. Kişi tarafından kullanılan maddeler, vücutta hormonal ve fizyolojik değişimler, heyecan, duyguların yoğunluğunda artma, yoğun enerji artışı davranış ve bilincin kontrol mekanizmasında zayıflamaya yol açarak bireyi suça yöneltebilmektedir. Bu duruma ek olarak ekonomik anlamda kişinin bağımlı olduğu maddeyi temin etmek için hırsızlık, gasp (şiddet ve tehdit yoluyla zorla yapılan hırsızlık) gibi çeşitli suçlara yönelttiği de bildirilmektedir (113).

Çalışmamızda hastaların AMATEM kliniğine yatış sayısı ortalaması 2.22 ± 2.14 (1-13)'tür. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2018 yılında madde kullanımı nedeniyle tedavi sistemine başvuranların %59.5'inin tedaviye birden

çok kez başvurduğu saptanmıştır (102). Ülkemizde de 2019 yılında tedavi görenlerin %60.4'ünün daha önce yatarak tedavi gördüğü belirlenmiştir (40). Özel psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların yarıya yakınının (%41.2) daha önce madde kullanım bozukluğu tedavisi aldığı bulunmuştur (103). Ankara'da AMATEM servisinde tedavi gören hastaların %28.6'sının daha önce 2 kez, %14.3'ünün 5 ve üzeri kez yatarak tedavi gördüğü saptanmıştır (102). Benzer diğer çalışmada 434 hastanın %43.3'ünün daha önce yatarak tedavi gördüğü, %85.3'ünde bir yıl içerisinde toplam bir yatış, %14.1'inde iki yatış, %0.7'sinde üç yatış tespit edildiği bildirilmiştir (106). Yapılan bir çalışmada katılımcıların herhangi bir sağlık kuruluşunda kaç kez tedavi gördüğü incelendiğinde %25.7'sinin bir kez, %16.4'ünün iki kez, %5.7'sinin üç kez ve %18.6'sının 4 ve üzeri kez bağımlılık tedavisi gördüğü belirlenmiştir (112). Madde kullanım bozukluğunun kronik ve tekrarlayıcı doğası sebebiyle çoğunlukla birden çok kez tedavi ihtiyacı ortaya çıkmaktadır (118). Madde bağımlılığı tedavisindeki gelişmelere rağmen çalışmamızda ve diğer çalışmalarda hastaların tekrarlı yatışlarının yüksek olduğu görülmektedir.

Madde kullanım bozukluğunun tedavisinde relapsın (nüks) önlenmesi, remisyonun sağlanması temel amaçtır. Bizim çalışmamızda hastaların taburculuk sonrası üçüncü aydaki takiplerinde; relaps oranının %58.2, remisyon süresinin 2 ile 90 gün arasında değiştiği ve ortalamasının 53.36 ± 37.90 gün olduğu saptanmıştır. Madde kullanımı olan bireyin, ailenin ve toplumun yaşadığı sorun da çoğunlukla relapstır (119). Madde kullanım bozukluğu tedavisinin ardından taburcu olan hastaların büyük bir kısmı taburculuk sonrası 3 ile 12 ay içinde, daha büyük bir kısmı ise 1 ile 3 ay içinde madde kullanımına tekrar başlamaktadır (120). Sakarya'da AMATEM polikliniğe başvuran MKB tanı kriterlerini karşılayan hastalar takibe alınarak ilk görüşmeden 6 ay sonra ulaşıldığında madde kullanım durumları sorgulanmış, %27.5'inin tam remisyonunda olduğu, %16.7'sinin kısmi remisyonunda olduğu ve %35.3'ünün ise relaps dönemine girdiği saptanmış, 21 (%20.6) kişiye ise ulaşılamadığı belirtilmiştir (121). İzmir'de AMATEM servisinde Nisan 2011-Mart 2012 arasında yatarak tedavi gören, 64 bağımlı hasta ile yapılan bir çalışmada hastaların ilk 3 aydaki relaps oranı %21, ilk altı ay içinde relaps yaşayanların oranı %55 ve %81'inin ilk bir yıl içinde relaps yaşadığı görülmüştür (109). Ardışık bir şekilde kliniğe yatışı yapılan 78 erkek eroin bağımlısı hastadan 52'si ile taburcu olmalarından on iki ay sonra yüz yüze

görüülerek yapılan bir çalışmada hastaların %44.23'ünün relaps yaşadığı tespit edilmiştir (122). İstanbul'da bir bölge hastanesinin AMATEM polikliniğine ve Bağımlılık Danışma ve Eğitim Merkezine (BADEM) başvuran 80 erkek hasta ile yapılan bir çalışmada BADEM'de hastaların %76.7'si remisyonda kabul edilirken %23.3'ünde relaps görülmüştür. AMATEM'de ise hastaların %40.5'inin 3 ay remisyonda olduğu, %59.5'inin relaps yaşadığı saptanmıştır (107). Bursa'da AMATEM servisinde yatarak tedavi gören 434 hastanın taburculuk sonrası %79.5'inin 1-3 ay, %16.1'inin 4-6 ay, %2.3'ünün 7-9 ay ve %2.1'inin 10-12 ay ayık kaldığı belirlenmiştir (106). AMATEM polikliniğine başvuran eroin bağımlıları ile yapılan çalışmada son yıl içindeki ortalama relaps sayısının (2.03 ± 1.34) yüksek olduğu bulunmuştur (104). Brezilya'da yapılan bir çalışmada ergenlerin birinci aydaki relaps oranı %65 düzeylerinde iken üçüncü aydaki nüks oranları %86 düzeyinde tespit edilmiştir (123). Norveçte yapılan bir çalışmada ilk üç aydaki relaps oranı %37 olarak bulunmuştur (124). Birçok çalışmada relapsların genellikle detoksifikasyon süreci sonrasındaki ilk altı ay içinde olduğu bulunmuştur (104). Mevcut alışma sonuçları, bulgumuzu desteklemektedir. Relaps yüksekliği ve remisyon süresinin kısa olması hala önemli bir sorun olmaya devam etmektedir.

5.2 Bakım Vericilerin Özellikleri

Araştırmamıza katılan madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların bakım vericilerinin yaş ortalamasının 47.64 ± 11.72 olduğu, %56.4'ünün kadınlardan oluştuğu, %80'inin evli, %14.5'inin boşanmış veya dul olduğu, %45.5'inin çalıştığı belirlenmiştir. Ayrıca bakım vericilerin %72.7'si tedavi gören kişinin çocukları olduğunu ifade etmiştir. Özer'in (2020) alışmasında bakım vericilerin yaş ortalamasının 47.03 ± 8.49 olduğu, bakım vericilerin %63.5'inin kadın olduğu, %61.5'inin evli ve %37.2'sinin boşanmış veya ayrı yaşıyor olduğu, %26.9'unun çalıştığı ve %44.2'sinin bakım verilenin annesi, %36.5'inin babası, %19.2'sinin ise eşi olduğu bulunmuştur (21). Çalışmamızın belirtilen çalışmayla büyük ölçüde uyumlu olduğu görülmüştür. Bazı bakım vericilerin yakınlarının madde kullanmalarının boşanma nedenleri arasında büyük yer kapladığını ifade etmiştir. Bursa'da AMATEM servisinde hastaların geçmiş kayıtları incelenerek yapılan bir çalışmada da hastaların bakım vericilerinin anne babaları olduğu ve ebeveynlerin özellikleri incelendiğinde olguların %13.8'inin annesinin okur yazar olmadığı, %70.7'sinin annesinin eğitim süresinin bir ile beş yıl arasında olduğu, yine

olguların %4.6'sının babasının okur-yazar olmadığı ve %69.8'inin babasının eğitim süresinin bir ile beş yıl arasında olduğu tespit edilmiştir (106). Çalışmamızda ise bakım vericilerin %5.5'inin okur-yazar olduğu, %41.8'inin ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Madde kullanım bozukluğunu da içinde barındıran riskli davranışlar ve aile etkeninin incelendiği bir çalışmada ailenin eğitim seviyesinin artmasının ergende riskli davranış oranını azalttığı ileri sürülmüştür (125). Literatürde ailenin eğitim seviyesinin düşmesiyle 13-16 yaşlarındaki gençlerde alkol kullanım sorunlarının çok fazla olduğu tespit edilmiştir (126,127). Madde kullanım bozukluğu olan hastaların anne-babasının eğitim düzeyinin düşük olduğu görülmektedir. Çalışmamızda bakım vericilerin ekonomik düzeyleri incelendiğinde büyük çoğunluğunun ekonomik düzeyinin düşük seviyede olduğu gözlenmiştir. Ailede kişi başına düşen gelirin düşük olduğu diğer çalışmalarda da bildirilmiştir (21,39,106). Madde kullanım bozukluğu olan hastalar madde temini için harcadıkları para miktarının ailelerin gelir seviyesini aştığını ifade etmiştir. Gelir gider arasındaki bu dengesizlik ve hasta ifadeleri, aile dışı çevresel maddi kaynakların kullanıldığını ya da suça yöneldiklerini (hırsızlık, madde alıp satmak vs.) düşündürmektedir.

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin yakınlarının kronik bir stres altında olduğu, madde kullanım bozukluğu olan birey yakını olmayanlarla kıyaslandığında daha fazla fiziksel ve psikiyatrik belirtiler gözleendiği ileri sürülmüştür (128). Kronik psikiyatrik tanılı hastalara bakım verenlerin %40–70'inde depresyon ve anksiyete seviyelerinin yüksek olduğu saptanmıştır (129,130). Araştırmamıza katılan bakım vericilerin büyük çoğunluğu fiziksel ya da psikiyatrik tanılarının olmadığını, herhangi bir tedavi almadıklarını belirtmiştir. Bunun yanında yakınının madde kullanım bozukluğu nedeniyle “gerek fiziksel gerek psikolojik olarak aşırı yıprandıklarını, sinirsel sıkıntılar yaşadıklarını fakat bu durum için hastaneye başvurmadıklarını” belirtmişlerdir. Bu durum, bakım vericilerin fiziksel ve psikiyatrik bozukluk oranının düşük olmasını açıklayabilir. Yine de çalışmamıza katılan bakım vericilerin çoğu kendi yaşlıtlarına göre sağlık durumunu orta veya iyi olarak bildirmiştir. Bakım vericilerin risk altında olduğu göz önüne alındığında, psikiyatri hemşirelerinin madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların ailesinin sağlığını sürdürmesinde rol alması gerekir.

Çalışmamızda bakım vericilerin madde kullanım bozukluğu hakkında bilgi düzeyleri ve görüşleri de sorulmuştur. Üçte birinin yeterince bilgisi olduğu, benzer

oranda “ne yeterli ne yetersiz” yanıtı verdikleri, sadece %9.1’inin tamamen yeterli bilgisi olduğu öğrenilmiştir. Bakım vericilerin büyük bir kısmının yakınlarının durumunu hastalık olarak tanımladığı, ancak sadece %16.4’ünün doğru kabul edilebilecek “psikolojik, beyinsel, bağımlılık” ifadelerini kullandığı görülmüştür. Bir kısmının (%14.5) ise hastalık olmadığı görüşünü taşıdığı anlaşılmıştır. Bu oranın göz ardı edilemeyecek kadar yüksek olduğu düşünülmüştür. Hastalık kavramının rahatsız edici bir ifade olması, toplum tarafından etiketlenme kaygısı, bakım vericilerin eğitim düzeyinin düşük olması madde kullanım bozukluğunun bir hastalık olarak görülmesinin inkarına yol açmış olabilir. Başka bir çalışmada hasta yakınlarının alkol ve madde kullanmayı büyük ölçüde “kişilik sorunu ve ahlak zayıflığı” olarak değerlendirdiği bununla birlikte bir hastalık olarak gördükleri ifade edilmiştir (131). Çalışmamızda katılımcıların %12.7’sinin “iradesizlik” olarak tanımlaması ve çoğunun hastalık olduğunu ifade etmesi ile bu çalışmanın bulgusunun benzer olduğu görülmektedir. Hasta yakınlarının madde kullanım bozukluğu hakkında görüşlerini inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Çalışmamızda hasta yakınlarının görüşlerinin incelenmesinin değerli olduğu söylenebilir. Madde kullanımının sebebini “çevresine özellikle arkadaş ortamına” atfetme oranı yüksektir (%45.5). Bu bilgi literatürle uyumludur (31,33,34,35). Bakım vericilerin çoğunun, madde kullanım bozukluğu nedeniyle tedavi gören yakınının çabası hakkında olumlu düşündüğü ve tedavi hakkında beklentilerinin gerçekçi olduğu görülmüştür.

Bazı aileler çocuğunun uyuşturucu kullanmasını utanç olarak görmektedir. Toplum içinde madde kullanan aile üyelerinden söz etmekten kaçınırlar. Utanç aile üyelerinin etrafını bir duvar gibi sarmaktadır. Bu durumda aile yakını uyuşturucu sorununu herkesten saklamaya çalışır ve sessiz kalmayı tercih eder (54,131). Kimi zaman aileler damgalanma korkusuyla bunun bir hastalık olduğunu tamamen reddedebilir (131). Çalışmamızda bakım vericilerin %69.1’inin çevresindekilerden tanıyı gizledikleri saptanmıştır. Dışlandığını hissetme durumları sorulduğunda %70.9’u hayır yanıtını vermiştir. Madde kullanım bozukluğu olan bireylere yönelik damgalama çoğunlukla kişilik zayıflığı, suç eğilimi, kişilik bozukluğu gibi olumsuz yargılar şeklinde görülmektedir. Damgalanmanın olumsuz sonuçları çok fazla olmakla birlikte ortaya çıkan sonuçlar yıkıcı niteliktedir. Madde kullanım bozukluğu olan bireyler bu nedenle iş bulma sorunu yaşamakta, toplumdaki statüsünü kaybetmekte,

toplumun diğeri bireyleri tarafından reddedilmekte ve toplum tarafından dışlanmaktadır. Bu durum kişinin benliğinde yaralanmaya yol açmaktadır (131). Ankara’da AMATEM’de maddeyi bırakmak amacıyla tedavi gören 9 hastayla yapılan nitel çalışmada hastalar, madde kullanımının ardından çevrelerindeki kişilerin kendilerinden uzak durmaya başladığını, kendileriyle görüşmek istemediklerini ve bu durumun kendilerini tekrar maddeye yönelttiğini belirtmişlerdir (35). Damgalanma madde kullanım bozukluğu olan bireyle birlikte bireyin ailesini de ciddi derecede etkilemektedir (131). Madde kullanım bozukluğuna yönelik damgalamanın ön sıralarda yer aldığı (132), bu durumun hastalığın kabulü, tedavi olma, toplum içinde uyumlu yaşama (131) gibi ek sorunlara yol açtığı belirtilmektedir. Bu durum bakım vericilerin sosyal desteğini de etkileyebilmektedir.

Sosyal destek, bireyin yaşamını olumlu açıdan değiştiren hissedebileceği, fark edebileceği veya kabul edebileceği bakım ya da yardım olarak ifade edilmektedir (133). Algılanan sosyal destek ise bireyin aldığına inandığı destektir (134). Başka bir ifadeyle bireyin aldığı sosyal desteğe yönelik öznel değerlendirmesidir (135). Bireyin desteğin varlığı hakkındaki algısıdır ve fiili destekten daha önemlidir (136). Çalışmamızda bakım vericilerin algıladıkları sosyal desteğe 0 (hiç destek yok) – 10 (tam destek var) arasında puan vermelerini istedik ve ortalamasını 3.91 ± 4.24 olarak bulduk. Ayrıca %47.3’ünün sıfır puan vermelerini dikkat çekici olarak değerlendirdik. Literatürde sosyal desteğin sıklıkla Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanılarak değerlendirildiği görülmektedir. Özer (2020) madde kullanımı olan bireylerin bakım vericilerinin ÇBASDÖ’ye göre algıladıkları sosyal destek düzeyinin orta seviyede (42.10 ± 12.03) olduğunu bildirmiştir (21). Bizim çalışmamıza göre sosyal desteğin daha yüksek algılandığı görülmektedir. Her iki çalışmada madde kullanımı olan bireylerin bakım vericileriyle yapılmış olsa da Özer’in çalışmasında danışma merkezine başvuran madde kullanım bozukluğu tanısı net olmayan bireylerle çalışmanın yapılmış olması nedeniyle fark ortaya çıkmış olabilir. Bipolar bozukluk hastasının bakım vericileriyle yapılan bir çalışmada, bakımda destek alma durumu sorularak evet-hayır biçiminde yanıtlanması istendiğinde, çoğunun (%69.8) bu süreçte destek aldığını ifade ettiği bildirilmiştir (137). Kronik fiziksel hastalığı olan hastaların bakım vericileriyle yapılan çalışmalarda da çok boyutlu algılanan sosyal destek düzeyinin daha yüksek

olduğu görülmektedir. Demans tanılı hastaların bakım vericilerinde ÇBASDÖ puanı ortalaması 55.00 ± 22 olarak belirlenmiştir (138). İnmeli hastaya bakım veren 216 bakım verici ile yapılan ve ÇBASDÖ'nin kullanıldığı bir çalışmada bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin 55.16 ± 15.26 olduğu bulunmuştur (82). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinde ÇBASDÖ toplam puan ortalaması 60.8 ± 3 olduğu saptanmıştır (139). Dahiliye kliniklerinde kronik hastalığa sahip hastanın bakımını üstlenen 150 bakım verici ile yapılan ve ÇBASDÖ'nin kullanıldığı bir çalışmada algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek (63.15 ± 15.27) olduğu bulunmuştur (140). Diğer çalışmalarda algılanan sosyal destek düzeyinin orta ve yüksek seviyede bizim çalışmamızda ise düşük seviyede olduğu görülmektedir. Destek olmanın önemli bir görev addedildiği kültürümüzde madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bakım vericilerinin yargılanma, etiketlenme korkusuyla yakınlarının durumunu çevresinden gizlemesi ve çevrenin yardım edeceğini düşünmemesi algılanan sosyal destek düzeyinin düşük olmasında etkili olabilir. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bakım vericilerinin yaşadıkları sorunlar göz önüne alındığında bakım vericilerin gerek yakınlarından gerekse profesyonellerden alabilecekleri sosyal destek önemli hale gelmektedir (141).

Zarit Bakım Yüğü Ölçeği'ni kullandığımız çalışmamızda bakım vericilerin bakım yükünün yüksek (72.53 ± 13.71) düzeyde olduğu bulunmuştur. Aynı ölçek kullanılarak danışmanlık merkezine başvuran madde kullanıcılarının bakım vericilerinin bakım yükünün de yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (21). Enjeksiyonlu ve enjeksiyonsuz madde kullanan bireylerin yakınlarının bakım veren yüklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada her iki grupta da bakım veren yükünün orta ya da şiddetli düzeyde olduğu tespit edilmiştir (142). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerle yapılan bir çalışmanın bakım vericilerinde şiddetli derecede bakım veren yükü saptanmıştır (75). Literatürde madde kullanım bozukluğu ve bakım yüküyle ilgili çalışmaların sayısının az olduğu görülmektedir. Çoğunlukla ailenin, bireyin madde kullanımına başlama sürecindeki etkisi incelendiğinden hastalık noktasında yaşadıkları zorluklar ve yük üzerine çok fazla eğilim gösterilmediği belirtilmiştir (143). Ülkemizde kronik psikiyatrik bozukluklarda bakım verici yükünü inceleyen sistematik derlemede 23 araştırmadan 15'inin şizofreni hastasının bakım vericileriyle yapıldığı ortaya konmuştur. Diğer sekiz çalışmanın arasında da madde kullanım bozukluğu tanılı

hastalarla yapılmış çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca bakım vericilerin yükünün orta ve şiddetli düzeyde olduğu sonucu bildirilmiştir (22). Literatürde şizofreni, bipolar bozukluk gibi kronik hastalık tanısı olan hastaların bakım vericileriyle yapılan sayısız çalışma bakım yükünün orta düzeyde olduğunu göstermektedir (144-149). Son yıllarda psikiyatrik bozukluğu olan, ülkemizde bir devlet ve bir üniversite hastanesinde yatarak tedavi gören hastaların bakım vericileriyle yapılan çalışmada da bakım yükü orta düzeyde (41.23 ± 14.67) saptanmıştır (150). Çeşitli kronik fiziksel hastalığı olan hastalara bakım veren 250 bakım vericiyle Bakım Verme Yüğü Ölçeği kullanılarak yapılan bir çalışmada bakım vericilerin bakımı, orta düzeyde yük olarak algıladığı saptanmıştır (151). Madde kullanım bozukluğu olan hastalara bakım verenlerin bakım yükü şiddetinin, başka kronik hastalıklara sahip hastalara bakım verenlerin yükünden çok daha yüksek olduğu görülmektedir. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin büyük çoğunluğu aileyle birlikte yaşamaktadır ve bakım vericileri aileleridir. Bakım vericiler madde kullanım bozukluğu olan yakınlarına desteklerini sürdürürken aynı zamanda yakınlarının fiziksel, duygusal, sosyal, finansal ve adli sıkıntılarından oldukça etkilenmekte ve bu yükü yakınlarıyla birlikte taşımaktadırlar. Bu durum da madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bakım vericilerinin yaşamlarında problemlere ve zorluklara yol açmaktadır.

5.3 Remisyon Süresi ve Bakımveren Yüğü

Çalışmamızda madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların remisyon süreleri ile kendilerinin (Hipotez 1.1) ve birinci derecede yakınlarının (Hipotez 1.2) duygu dışavurum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu öngörmüştük ancak 1.1 Hipotez desteklenmezken 1.2. Hipotez desteklenmiştir. İran'da 80 madde kullanım bozukluğu tanılı hasta ile yapılan bir çalışmada relaps sıklığı ile hoşgörü/beklenti, olumsuz tutum, duygusal tepki ve ifade edilen duygu toplam puanı arasında anlamlı pozitif ilişkiler saptanmış, hastaların algısına göre ailenin duygu dışavurumunun artması relaps sıklığını artırmıştır (152). Sakarya'da AMATEM polikliniğe başvuran MKB tanı kriterlerini DSM-5'e göre karşılayan hasta ve primer bakım vericisiyle yapılan bir çalışmada hastaların bakımverenlerinin duygu dışavurum düzeyi yüksekliğinin relaps grubunda tam remisyon grubuna kıyasla anlamlı derecede yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (121). Çalışmamızda da relaps grubundaki hastaların bakım vericilerinin duygu dışavurumlarının erken remisyon grubuna göre daha yüksek

olması, özellikle de aşırı ilgi-koruyucu-kollayıcı oluş alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farkın ($p=0.005$) bulunmasıyla benzerlik göstermektedir. Ayrıca regresyon analizinde birinci derecede bakım vericilerin aşırı ilgi-koruyucu-kollayıcı oluş duygu dışavurumunun hastaların remisyon süresindeki değişimin %11'ini açıkladığı görülmüştür. Madde kullanım bozukluğu tanısı alan heteroseksüel erkekler ve bu erkeklerin eşleriyle yapılan bir çalışmada ise algılanan yüksek eleştirelliğin remisyonunda kalma süresini kısalttığı tespit edilmiştir (89). Çalışmamızda ise bakım verenlerin eleştirel olarak duygularını dışavurmalarının remisyon süresini yordamadığı saptanmıştır. Hasta bakım verenlerinin duygu dışavurumunun relaps riskini artırdığı görülmektedir ancak hastaların kendi duygu dışavurumunun remisyon süresine veya relaps sıklığına etkisine dair bir çalışmaya rastlanmamıştır. Diğer taraftan, madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların ve birinci derecede yakınlarının duygu dışavurum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğuna (Hipotez 1.3) yönelik hipotezimizin doğrulanmış olduğunu düşündüğümüzde, bağımlılığı önlemek ve tedavi etmek için tedavi merkezlerinde detoks yapmanın yeterli olmadığını, bireylerin duygu yönetiminin ve aile içi ilişkilerin önemli olabileceğini söyleyebiliriz.

Yapılan bir çalışmada aile içi sorunlu ilişkiler ve ebeveynle sağlıklı iletişim kuramamanın madde kullanım bozukluğuna geçiş sürecindeki en etkili iki ana sebep olduğu saptanmıştır (153). Mousali ve ark. (2021) bekar olma, kişisel istek, zevk ve keyif, uyuşturucu bulunabilirliği, yakın bağımlı akrabaların ve bağımlı arkadaşların yanı sıra aile içi anlaşmazlıkların madde kullanımının nüksetmesinin önemli yordayıcılarından olduğunu bildirmiştir (154). Aile içi anlaşmazlığı olmayanlara göre madde kullanımı nüksetme riskinin olanlardan 4.58 kat daha fazla olduğunu saptamıştır. Başka bir çalışmada evde olumlu bir atmosferin ve aile ortamında iyi bir duygusal ilişkinin uyuşturucu kullanımının tekrarını önlemede önemli faktörler olduğu bildirilmiştir (155). İran'da Marand tedavi merkezine başvuran bağımlıların görüşlerini inceleyen çalışmada da aile içi anlaşmazlıklar ile bağımlılığa dönüş arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bundan dolayı, uyuşturucu kullanmayı bırakan ve aile içi anlaşmazlık yaşayanların, tartışma üzerine uyuşturucu kullanmayı bırakanlara göre daha fazla bağımlılığa dönme eğiliminde oldukları sonucuna varılabileceği biçiminde yorumlamışlardır (156). Yazarın katılımcılarla görüşmesine ve klinik gözlemlerine göre hastalar yakınlarının kendilerine olan tutumlarının maddeye

yeniden başlama durumlarını etkilediğini söylerken bunun yalnızca küçük bir etken olduğunu ifade etmişlerdir. Büyük çoğunluğu madde kullanımı için bahane aradıklarını, yakınlarının kendilerine olan tutumlarını bahane göstererek ev ortamından uzaklaştıklarını ve tekrardan madde ortamına girerek maddeye yeniden başladıklarını belirtmişlerdir. Bir kısmı ise ailelerinin kendilerine olan desteklerinin çok faydalı olduğunu ve bu durumun kendilerini tekrar maddeye başlamama açısından motive ettiğini belirtmiştir. Kikhavandi ve arkadaşları (2015) aile içi çatışmaların artmasıyla birlikte akranların bireyler için değerinin arttığını ve akranlardan gelen sosyal baskıların yeniden madde kullanma eğilimine yol açabildiğini belirtmektedir (157). Sosyal destek, insanları uyuşturucu kullanımı da dahil olmak üzere sosyopsikolojik sorunlara ve zararlara karşı dirençli hale getirebilen bir aile ve sosyal faktördür (158). Diğer taraftan aile içinde iletişimin bozulmasının, bireyin ailesine yönelik algısının ve aile içi iletişimde tanıklık ettiği olayların bireyleri madde kullanmaya iten potansiyel bir risk faktörü olduğu önceki çalışmalarda da vurgulanmaktadır (159,160). Aile üyelerinin birbirlerine olan tutum ve davranışları madde kullanımı için risk teşkil etmektedir (161,162, 163).

Çalışmamızda hastaların bakım vericilerinin bakım yükü ile kendilerinin (Hipotez 1.4) ve madde kullanım bozukluğu tanılı hastanın (Hipotez 1.5) duygu dışavurum düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu öngörmüştük. Her iki hipotezin de desteklendiğini belirledik. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bakım vericilerinin duygu dışavurumunu ve etkisini inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Bir çalışmada duygu dışavurumun tükenmişlikle ilişkili olmadığı, aşırı ilgi-koruyucu-kollayıcı tutum ile umutsuzluk arasında pozitif, eleştirel-düşmanlık tutum ile uyku, yeme semptomları, öfke ve düşmanlık arasında negatif yönde ilişki olduğu saptanmıştır (18). Bakım vericilerin eleştirel duygu dışavurumu ile depresyon arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmiştir (14). Bakım yükü ve duygu dışavurumu ilişkisi daha çok şizofreni hastalarında çalışılmıştır. Son yıllarda Nuralita ve arkadaşları (2019) şizofreni hastalarının bakım verenlerinin bakım yükünün orta seviyede olduğunu ve bakım veren yükü ile duygu dışavurum yükü arasında anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmişlerdir (164). Şizofreni hastalarına bakım verenlerin yaşadığı yük ve ilişkili faktörlerin araştırıldığı bir çalışmada bakım verenlerin bakım yükünün yüksek olduğu bu durumun da duygu dışavurum düzeyini artırdığı öne sürülmüştür (165). Cotton ve arkadaşları (2021) ilk dönem

psikozu ve borderline kişilik bozukluğu özellikleri olan gençlerin bakım vericilerinde bakım yükü ve duygu dışavurum deneyimlerini karşılaştırdığında, borderline kişilik bozukluğu hastalarının bakım vericilerinin daha fazla olumsuz deneyim yaşadığını ve bu olumsuz deneyimlerle birlikte duygu dışavurumlarının da yüksek olduğunu bildirmiştir (166). Sonuçlarımızın literatürle uyumlu olduğu, bakım vericinin duygu dışavurum düzeyinin ve hem aşırı-ılgili hem de eleştirel tutumun bakım yükünü artırmada etkisinin olabileceği görülmektedir. Ek olarak çalışmamız, madde kullanım bozukluğu tanılı hastanın duygu dışavurum düzeyinin de bakım yükünde etkisi olabileceğini göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların birinci derecede bakım vericilerinin bakım yükü ile hastanın remisyon süresi arasında ilişki olacağını ön görmüştük (Hipotez 1.6) ancak sonuçlar hipotezin desteklenmediğini göstermiştir. Remisyon süresi uzadıkça bakım yükünün azalacağını düşünmüştük ancak bakım yükünü azaltmada fark yaratacak kadar remisyon süresi uzun olmadığı diğer ifadeyle çalışmamızda izlem süresi kısa olduğu için ilişki ortaya çıkmamış olabilir. Çalışmamızda hastaların birinci derecede yakınlarının bakım yükü ile algıladıkları sosyal destek düzeyi (Hipotez 1.7) ve bakım veren olma süresi (Hipotez 1.8) arasında anlamlı bir ilişki olduğunu öngörmüştük. Her iki hipotezin de desteklendiğini belirledik. Özer'in (2020) madde kullanıcılarının yakınlarında bakım veren yükü, algılanan sosyal destek ve kalitesi başlıklı 156 yetişkin bakım vericilerle yaptığı çalışmada bakım veren yükü ile algılanan sosyal destek arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (21). Bir meta-analiz çalışmasında sosyal desteğin öznel yük ile ilişkili olduğu ve sosyal desteğin artmasının öznel yükü azalttığı öne sürülmüştür (167). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların bakımverenleriyle yapılan bir çalışmada sosyal desteğin bakım veren yükünü azaltan önemli bir faktör olduğu saptanmıştır (168, 169). Madde kullanım bozukluğu ya da şizofreni, bipolar bozukluk vb. kronik ruhsal bozukluğu tanısı konan bireylerin yakınlarında algılanan sosyal desteğin yetersiz olmasının öznel bakım yükünü artırdığı bulunmuştur (170,171). Ayrıca 216 inmeli hastaya bakım veren bireyler ile yapılan bir çalışmada bakım yükü ile sosyal destek arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür (82). Sonuç olarak çalışmalar, çalışmamızın bulgusunu destekler niteliktedir ve algılanan sosyal destek düzeyinin bakım veren yükünü etkileyen önemli bir faktör olduğu söylenebilir. Bakım verme süresinin de bakım yükünü etkilediği diğer

Çalışmalarda da gösterilmiştir. Bir çalışmada bakım verilen süre ile bakım verme yükü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (21). Bakım verme süresi arttıkça zorluk algısı da artmaktadır (172). Ruhsal bir hastalık tanısı almış bireylerin bakım vericileriyle yapılan bir çalışmada bakım verme süresi ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (173). şizofreni tanısı almış hastaların bakım vericileriyle yapılan bir çalışmada bakım verme yılı arttıkça bakım veren yükünün arttığı saptanmıştır (174,175). Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu veya otizm spektrum bozukluğu olan ve olmayan erişkin madde kullanım bozukluğu olgularında bakım verenlerin yk ve duygu dışavurumunu araştıran bir çalışmada madde kullanım bozukluğu olan hastaların bakım vericilerinin hastayla temas süresinin uzun olmasının stresi dolayısıyla da bakım yükü ve duygu dışavurumunu artırdığı sonucu bildirilmiştir (176). Bakım vericilerin bakım verme süreleri uzadığa yaşadıkları yükün arttığı görülmektedir. Çalışmamızda regresyon analizi sonucunda madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların birinci derecede bakım vericilerinin bakım yükündeki değişimin %34'ünün kendi duygu dışavurumları ve algıladıkları sosyal destek düzeyleriyle açıklandığı ortaya konmuştur.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların %87.3'ü erkektir, yaş ortalaması 28.67 ± 6.40 yıldır ve yaş aralığı 18-50 yıl arasında değişmektedir. Hastaların %52.7'si ortaokul mezunudur. Yasal durumları incelendiğinde hastaların %45.5'inin madde bulundurmaktan yasal durumu olduğu saptanmıştır.

Madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların %52.7'si eroin, %41.8'i metamfetamin ve %5.5'i bonzai kullanmaktadır. Tanı süresi 2-14 yıl arasında değişmektedir ve ortalaması 5.73 ± 3.00 'dır. Yatış sayısı 1-13 arasında değişmektedir ve ortalaması 2.22 ± 2.14 'tür.

Hastaların hastaneden çıkış sonrası remisyon süresi 2-90 gün arasında değişmekte olup ortalaması 53.36 ± 37.90 gündür ve %58.2'sinin relapsta olduğu bulunmuştur.

Bakım vericilerin %56.4'ü kadınlardan oluşmaktadır ve %41.8'i ilkokul mezunudur.

Bakım vericilerin %72.7'si hastanın ebeveyni, %12.7'si eşi, %12.7'si kardeşi ve %1.8'i çocuğudur. Bakım veren olma süresi 2-10 yıl aralığında ve ortalaması 4.31 ± 2.28 yıldır.

Bakım vericilerin %70.9'u çevresi tarafından dışlandığını hissetmektedir. Bakım vericiler algıladıkları sosyal destek düzeyini %47.3 ile sıfır olarak bildirmiştir. Algılanan sosyal destek düzeyi 0-10 arasında değişmektedir ve ortalaması 3.91 ± 4.24 'tür.

Bakım vericilere yakınlarının madde kullanımını neye bağladıkları sorulduğunda %45.5'i "çevresine, özellikle arkadaş ortamına" bağladığını açıklamıştır.

Hastaların remisyon süresi ile kendi duygu dışavurum düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Ancak remisyon süresi ile primer bakım vericilerinin duygu dışavurum düzeyleri arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Aşırı ilgi-koruyucu-kollayıcı oluş alt ölçeğinin hastaların remisyon süresindeki değişimin %11'ini açıkladığı belirlenmiştir.

Hastaların duygu dışavurum düzeyleri ile bakım verenlerin duygu dışavurumu düzeyleri arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Bakım vericilerin bakım yükü düzeyleri ile hastaların duygu dışavurum düzeyleri arasında pozitif yönlü düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Bakım vericilerin bakım yükü düzeyleri ile hastaların remisyon süresi arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Bakım vericilerin bakım yükü düzeyleri ile bakım verenlerin duygu dışavurum düzeyleri arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

Bakım vericilerin bakım yükü düzeyleri ile bakım vericilerin algıladığı sosyal destek düzeyleri arasında negatif yönlü düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Bakım vericilerin yükündeki değişimin %34'ünün kendi duygu dışavurumları ve algıladıkları sosyal destek düzeyleriyle açıklandığı belirlenmiştir.

6.2 Öneriler

Madde kullanım bozukluğu tedavisinde remisyon süresinin uzun olması ve relapsların önlenmesi temel amacına ulaşmak için etkileyen faktörlerin araştırılmaya devam edilmesi önerilir.

Konuyla ilgili prospektif çalışmaların uzun süreli izlemleri içermesi, çok merkezli yapılması hatta AMATEM kliniklerinin rutininde takiplerin periyodik olarak standart ölçüm araçlarıyla yapılması önemli bilgiler elde edilmesini sağlayabilir. İlerde yapılacak çalışmalarda daha fazla örnekleme ulaşılması ya da daha uzun süreli çalışma yapılması önerilmektedir.

Madde kullanım bozukluğu olan hastaların remisyon dönemleri ya da yaşadıkları depresme süreçlerinin ayrıntılı olarak ortaya konması tedavi stratejilerinin belirlenmesi depresme süreçlerinin önlenmesi noktasında önemli bir yol gösterici olacaktır.

Hemşirelerin madde kullanım bozukluğu olan bireylerin motivasyonunu sağlama ve ihtiyaçlarını karşılamanın yanında onların yaşamlarını yapıcı bir şekilde sürdürmelerine, amaç ve planlarını gerçekleştirmelerine yardımcı olmaları önerilebilir.

Madde kullanım bozukluğu yalnızca bireyi değil ailesini de birçok yönden etkileyen bir hastalıktır. Bu bağlamda madde kullanım bozukluğu tedavisinde birey ailesiyle birlikte ele alınmalı, hemşirelik sürecinin her basamağında aile

sürece dahil edilmelidir. Bakım vericilerin spesifik olarak ihtiyaçlarının belirlenerek, bakımının planlanması ve duygu yönetiminin sağlanması bakım yükünü azaltmada etkili olabilir.

Madde kullanım sıklığının artması toplumu da olumsuz yönde etkilemektedir. Bu konuda riskli grupların belirlenmesi, bu gruplara eğitim ve danışmanlık verilmesi önemlidir. Gençlerin, genç yetişkinlerin, ailesinin, çevresinin eğitimi ve sosyal hayatlarını düzenlemeyi hedefleyen önleyici tedavi programları ön planda olmalıdır.

7.KAYNAKLAR

Bu tez çalışmasında Vancouver atıf sistemi kullanılmıştır.

1. Asi Karakaş S, Ersöğütçü F. Madde bağımlılığı ve hemşirelik. HSP. 2016;3(2):133-9.
2. Şimşek N. Madde kullanım bozukluğu olan birey ve ailesinin hemşirelik bakımı. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2010;1(2):96-9.
3. Schuckit MA. Goals of Treatment. In Galanter M, Kleber HD, editörler. Textbook of Substance Abuse Treatment. Washington D.C.: American Psychiatric Press;1994.
4. Yılmaz A, Can Y, Bozkurt M, Evren C. Alkol ve madde bağımlılığında remisyon ve depresme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.2014;6(3):243-56.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington D.C.: American Psychiatric Association;2013.
6. Ögel K. Bağımlılık ve Tedavisi Temel Kitabı. İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık; 2018.
7. National Institute on Drug Abuse. [Internet]. [cited 2022 Feb 11]. Available from: <https://nida.nih.gov/>
8. Smyth BP, Barry J, Keenan E, Ducey K. Lapse and relapse following inpatient treatment of opiate dependence. Ir Med J. 2010;103(6):176-9.
9. Berksun OE. Şizofrenide Aile Faktörü: Expressed Emotion (EE) Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Denemesi. Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Ankara;1992.
10. Kuşçu MK, Duman ZÇ, Akman M, Üçok A. Şizofreni tanılı hastaların bakım vericilerinde duygu ifadesi düzeyleri, umut ve kendini suçlama ifadeleri arasındaki ilişki. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi, 2005;13(4):249-54.
11. Tüzer V, Zincir S, Başterzi AD, Aydemir Ç, Kısa C, Göka E. Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri. 2003;6: 198-203.
12. Arslantaş H, Adana F. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını ve duygu dışavurumunu etkileyen etkenler. Anadolu Psikiyatri Derg.2012; 13:8-15.
13. O'Farell TJ, Hooley J, Fals-Stewart W, Cutter HS. Expressed emotion and relapse in alcoholic patients. J Consult Clin Psychol.1998;66(5):744-752.
14. Lee CH, Wang TJ, Tang HP, Liu YH, Bell J. Familial expressed emotion among heroin addicts in methadone maintenance treatment: does it matter? Addict Behav.2015;45:39-44.
15. Turner SM. Comments on Expressed Emotion and the development of new treatments for substance abuse. Behavior Therapy. 1998;29(4):647-54.
16. Armeli S, Dehart T, Tennen H, Todd M, Affleck G. Daily interpersonal stress and the stressor-vulnerability model of alcohol use. J Soc Clin Psychol. 2007;26(8):896-921.
17. Miklowitz DJ. Family risk indicators in schizophrenia. Schizophr Bull.1994;20(1):137-49.
18. Şenormancı G, Turan Ç, Şenormancı Ö, Aşkın R. Madde bağımlılığı olan hastaların yakınlarında duygu dışavurumu, psikiyatrik belirtiler, tükenmişlik, umutsuzluk ve depresyonun değerlendirilmesi. JCBPR.2019;8(1):33-42.
19. Avşar G, Koç F, Aslan G. Madde bağımlısı hastalarda sosyal destek ve benlik saygısı. ACU Sağlık Bil Derg. 2016;(1):44-9.
20. Ögel K. Bağımlı Aileleri İçin Rehber Kitap. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları;2015.
21. Özer R. Madde Kullanıcılarının Yakınlarında Bakım Veren Yüğü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki.Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. İstanbul; 2020.

22. Yıldırım S, Yalçiner N, Güler C. Kronik ruhsal hastalıklarda bakımveren yükü: Sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*.2017;8(3):165-71.
23. Öztürk YE, Kırloğlu M, Kırar R. Alkol ve madde bağımlılığında risk faktörleri. *Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*. 2015;18(2):97-118.
24. Çam O, Engin E. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul: İstanbul Tıp;2014.
25. Ögel K. Bağımlılık ve Tedavisi Temel Kitabı. İstanbul: Kültür Sanat Yayıncılık;2020.
26. Bayrak B. Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar. In: Oflaz F, Yıldırım N, editörler. *Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları*. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri;2020.
27. Hasin DS, O’Brein CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, et al. DSM-5 Criteria for substance use disorders: Recommendations and rationale. *Am J Psychiatry*.2013;170(8):834-51.
28. NIH (2015) Fact sheet: alcohol use disorder: a comparison between DSM-IV and DSM-5. Bethesda, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. [Internet]. [cited 2022 Feb 11]. Available from: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/alcohol-use-disorder-comparison-between-dsm>.
29. Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri;2018.
30. Derin G, Okudan M, Aşıcıoğlu F. Alkol ve madde kullanım bozukluklarında ailevi risk faktörleri. In: Öztürk E, editör. *Aile Psikopatolojisi*. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021.
31. Ögel K. Madde Kullanımı ve Bağımlılığın Nedenleri, Sigara, Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları;2010.
32. Townsend MC. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi;2016.
33. Gürol D. Madde bağımlılığı açısından riski adolesanlar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Adolesan Sağlığı 2. Sempozyum Dizisi. 2008; 63:65-8.
34. Alikashiçoğlu M. Madde kullanımı risk faktörleri ve koruyucu faktörler. Adolesan Sağlığı Sempozyum Dizisi.2005; 43:73-83.
35. Erükçü Akbaş G, Mutlu E. Madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerin bağımlılık ve tedavi deneyimleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*.2016;27(1):101-22.
36. Nebioğlu M, Yalnız H, Güven FM, Geçici Ö. Opiyat bağımlılarında diğer maddelerin kullanımı ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*.2013;12(1):35-42.
37. Evren C, Ögel K. Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2003;4:30-7.
38. Boztaş MH, Arısoy Ö. Uçucu madde bağımlılığı ve tıbbi sonuçları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*.2010;2(4):516-31.
39. Asan Ö, Tıkır B, Tuncer İ, Göka E. Bir AMATEM birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*.2015;16(1):1-8.

40. NDB Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi. (2020). Türkiye Uyuşturucu Raporu. [cited 2022 Feb 09]. Available from: http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/TU%CC%88RKI%CC%87YE-UYUS%CC%A7TURUCU-RAPORU_26-HAZI%CC%87RAN-FI%CC%87NAL-_1_.pdf
41. United Nations Office on Drugs and Crime(2021). 2021 World Drug Report, Booklet 3: Drug Market Trends: Cannabis, Opioids. [Internet]. [cited 2022 Feb 09]. Available from: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2021_booklet-3.html
42. United Nations Office on Drugs and Crime. (2021a). 2021 World Drug Report, Booklet 4: Drug Market Trends: Cocaine, Amphetamine-Type Stimulants. Internet]. [cited 2022 Feb 09]. Available from: https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr-2021_booklet-4.html
43. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi. Avrupa Uyuşturucu Raporu 2020: Temel Sorunlar Özeti. Lüksemburg: Avrupa Birliği Resmi Yayın Ofisi; 2020.
44. NDB Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi. (2021). Türkiye Uyuşturucu Raporu. [Internet]. [cited 2022 Feb 10]. Available from: <http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/2021-Turkiye-Uyusturucu-Raporu.pdf>
45. Karaca İ. Aile İçi İletişimin Ortaöğretim Öğrencilerinin Madde Bağımlılığına Etkisi (Elazığ ili örneği). Yüksek Lisans Tezi. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Elazığ; 2010.
46. Albayrak S, Balcı S. Gençlerde madde bağımlılığı ve önlenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.2014;11(2):30-7.
47. . (2022). Madde Bağımlılığı Araştırma Sonuçları. [cited 2022 Apr 29]. Available from: <https://moodisthastanesi.com/tr/moodist-madde-bagimliliği-arastirma-raporu-yayinlandi/>
48. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–Text Revision, 4th ed. Washington D.C.: 10. American Psychiatric Association;2000.
49. Saatçioğlu Ö, Yapıcı A, Ciğerli G, Üney R, Çakmak D. Yatarak tedavi gören bağımlı hastalarda nüksün değerlendirilmesi. Bağımlılık Dergisi. 2007;8(3):133- 37.
50. Anton RF. What is craving? Models and implications for treatment. Alcohol Res Health.1999; 23(3):165-73.
51. Bottlender M, Soyka M. Impact of craving on alcohol relapse during, and 12 months following, outpatient treatment. Alcohol Alcohol.2004;39(4): 357-61.
52. Evren C, Evren B, Yancar C, Erkiran M. Temperament and character model of personality profile of alcohol-and drug- dependent inpatients. Comprehensive Psychiatry.2007;48(3):283-88.
53. Kargın M. Maddeyle ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları ve hemşirelik bakımı. In: Akgün Çıtak E, Hıçdurmaz D, editörler. Psikiyatri Hemşireliği Akıl Notları. Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri;2020.
54. Ögel K, Kağan G. 101 Soruda Bağımlılık. İstanbul: Yeşilay Yayınları;2018.
55. Erdoğan Yıldırım Z, Tekinsav Sütcü S. Madde ile ilişkili bozuklukların tedavisinde bilişsel davranışçı grup terapisi etkililiği: Sistematik bir gözden geçirme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.2016;8(Supl 1):108-28.
56. İlden Koçkar A. Madde bağımlılığı ile başa çıkmada psikososyal yöntemler. [Internet]. [cited 2022 Feb 12]. Available from: <https://www.turkiyehukuk.org/madde-bagimliliği-ile-basa-cikmada-psikososyal-yontemler/>
57. Ögel K, Evren C, Karadağ F, Gürol DT. Bağımlılık Profili İndeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi.2012;23(4):264-73.
58. Leahly RL. Bilişsel Terapi ve Uygulamaları (Çev. H. Hacak). İstanbul: Litera Yayıncılık;2004.

59. Ceylan ME, Türkcan A. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. İstanbul; 2003.
60. Evli M, Albayrak E. Madde bağımlılığında hemşirelik. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.2020;7(2):10-4.
61. Evli M. Kabul ve Kararlılık Temelli Danışmanlığın Yaşam Kalitesi ve Sigara Bıraktırma Üzerine Etkisi. Doktora Tezi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Kayseri; 2019.
62. Kargın M, Hiçdurmaz D. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde sosyal işlevsellik, algılanan esenlik ve stresle başa çıkma. Bağımlılık Dergisi.2018;19(2): 35-9.
63. Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik(2011). [Internet]. [cited 2022 Feb 13]. Available from: <https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.html>
64. Baysan Arabacı L, Ayakdaş Dağlı D, Taş G. Madde kullanım bozukluklarında duygu düzenleme güçlüğü ve hemşirelerin rol ve sorumlulukları. Bağımlılık Dergisi.2018; 19(1): 10-6.
65. Türk Dil Kurumu. Güncel Türkçe sözlük. [Internet]. [cited 2022 Feb 15]. Available from: <https://sozluk.gov.tr/>
66. Kol R. Kronik Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ve İyilik Halinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum; 2019.
67. İnci FH, Erdem M. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.2008;11(4):85-95.
68. Türken Gel K, Tokur Kesgin M. İnfomal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin hemşirelerin görüşleri. Anadolu Hem ve Sağ Bil Derg.2017;20(4):267-78.
69. Dinç B, Özmete E. Bakım kuruluşlarına bakım sırasında bekleyen yaşlılara ailede bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. Toplum ve Sosyal Hizmet.2021;32(4):1257-81.
70. Yeşil T, Çetinkaya Uslusoy E, Korkmaz M. Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. GÜSBD.2016;5(4):54-66.
71. Kuşçu MK. Rehabilitasyon süreci ve bakım vericilik: Zedeleyen mi yoksa iyileyen mi? Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi.2000;8(Ek 4):30-4.
72. Orak OS, Sezgin S. Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.2015;6(1):33-9.
73. Gülseren L. Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. Türk Psikiyatri Dergisi.2002;13(2):143-51.
74. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. GERİATRİ.2002;5(4):155-59.
75. Marcon SR, Rubira EA, Espinoza MM, Belasco A, Barbosa DA. Quality of life and stress in caregivers of drug-addicted people. Acta Paul Enferm.2012; 25(Special Issue 2):7-12.
76. Havaçeliği Atlam D. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylere Yapılan Sosyal Damgalamayı Azaltmada Topluma Yönelik Müdahale Modelinin Geliştirilmesi. Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İzmir; 2020.
77. Ögel K. Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. İzmir: Turkuaz Bilişim;2007.
78. Babahanoğlu R, Daşbaş S. Madde kullanımı damgalama mekanizması ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Toplum ve Sosyal Hizmet.2021;32(1):141-72.

79. Wilkens C, Foote JP. “Bad parents”, “Codependents” and Other Stimatizing Myths About Substance Use Disorder in the Family. In Avery JD, Avery JJ, editörler. The Stigma of Addiction: A Essential Guide. Berlin: Springer;2019.
80. Arslantaş H. Psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde yük ve baş etme stratejileri. Türkiye Klinikleri J Psychiatr Nurs-Special Topic.2018;4(1):39-47.
81. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Yılmaz Özpolat A. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.2011;3(3):513-52.
82. Kars Fertelli T, Özkan Tuncay F. İnmeli bireylere bakım verenlerde bakım yükü, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. JAREN.2019;5(2):107-15.
83. Brown GW, Monck EM, Carstairs GM, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic illness. British Journal of Preventive & Social Medicine.1962;16(2): 55-68.
84. Barrowclough C, Hooley JM. Attributions and expressed emotion: A review. Clinical Psychology Review. 2003; 23(6): 849-80.
85. Sellwood W, Tarrier N, Quinn J, Barrowclough C. The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed Emotion. Psychol Med.2003;33(1): 91-6.
86. Brown GW, Birley JLT, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. Br J Psychiatry. 1972;121(562): 241-58.
87. Berksun OE. Şizofrenide Aile Faktörü: Expressed Emotion (EE) Ölçek Geliştirme ve Uyarlama Denemesi. Uzmanlık Tezi. Ankara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Ankara;1992.
88. Kuipers L. Expressed Emotion: a review. Br J Soc and Clin Psychol.1979; 18: 237-43.
89. Fals-Stewart, O’Farrell TJ, Hooley JM. Relapse among married or cohabiting substance-abusing patients: The role of perceived criticism. Behavior Therapy.2001; 32(4):787–801.
90. Fichter MM, Glynn SM, Weyerer S, Liberman RP, Frick U. Family climate and expressed emotion in the course of alcoholism. Fam Process.1997; 36(2):203-221.
91. Arat Z. Hemodiyaliz Hasta ve Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu, Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi ve Etkileyen Faktörler.Yüksek Lisans Tezi. Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara;2006.
92. Cole JD, Kazarian SS. The level of expressed emotion scale: A new measure of expressed emotion. Journal of Clinical Psychology. 1988;(44):392- 97.
93. Kuipers L. Expressed emotion research in Europe. Br J Clin Psychol.1992;31: 429-43.
94. Davies T. Psychosocial factors and relapse of schizophrenia. BMJ Publishing Group.1994; 309: 353-54.
95. Scazufca M, Kuipers E. Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. Br J Psychiat.1996;168: 580-87.
96. Strachan AM, Feingold D, Goldstein MJ, Miklowitz DJ, Nuechterlein KH. Is expressed emotion an index of a transactional process? II. Patient’s coping style. Family Process.1989;28 (2):169-81.
97. Berksun OE. “Dışavurulan duygulanım ölçeği: Ölçek uyarlama üzerine bir pilot çalışma”. Türk Psikoloji Dergisi.1993; 8 (29): 10-5.
98. Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Nöropsikiyatri Arşivi. 2009; 46: 38-42.

99. Karanci AN, İnandılar H. Predictors of components of Expressed Emotion in major caregivers of Turkish patients with sschizophrenia. Soc Psychiatry Epidemiol.2002;37:80-8.
100. Tabachnick BG, Fidell LS. Using multivariate statistics (6th ed.), Boston: Allyn and Bacon;2013.
101. Cevahir E. SPSS ile Nicel Veri Analiz Rehberi. İstanbul: Kıbele Yayınları;2020.
102. Gündüz Türkeş S, Buz S. Alkol/madde kullanım bozukluğu olan bireylerin tedavi süreci ve taburculuk sonrası gereksinimleri üzerine bir araştırma: Ankara AMATEM Örneği. Toplum ve Sosyal Hizmet.2022;33(2):437-62.
103. Demiralay Ş, Keser İ, Güven FM. Özel bir hastanenin psikiyatri servisinde bağımlılık tedavisi alan hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin retrospektif analizi. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2021;(21): 383-93.
104. Gıynaş Ayhan M, Yıldızgören E. Tedavi alan erkek eroin bağımlılarında sosyodemografik ve klinik özellikler. ASUJMS. 2021; 2(2):17-21.
105. Karaağaç H, Esenkaya Usta Z, Usta A, Gümüş Yarmalı M, Gödekmerdan A. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların sosyo-demografik özelliklerinin retrospektif analizi. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2017;30(3):251-57.
106. Mutlu EA, Öztürk Sankaya Ö. Bir Amatem kliniğinde tedavi gören hastaların sosyodemografik verilerinin incelenmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi.2019;22(3):276-85.
107. Yusufoglu Y, Bilici R, Arca M. Vaka danışmanlığının sentetik kannabinoid bağımlılarının remisyon süreleri üzerine etkisi.2022;23(3):302-07.
108. Bilici R, Karakaş Uğurlu G, Tufan E, Güven T, Uğurlu M. Bir bağımlılık merkezinde yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik özellikleri. Fırat Tıp Dergisi. 2012;17(4):223-27
109. Savaşan A, Engin E, Ayakdaş D. Bir AMATEM kliniğinden taburcu olan bağımlı hastaların yaşam tarzı değişiklikleri ve nüks durumları. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2013;4(2):75-9.
110. Bulut M, Savaş HA, Cansel N, Selek S, Kap Ö, Yumru M, Vırit O. Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. Bağımlılık Dergisi. 2006; 7(2): 65-70.
111. Brown R. Associations with substance abuse treatment completion among drug court participants. Substance Use&Misuse. 2010;45(12):1874-91.
112. Ateş K, Tuncay T. Madde bağımlılığı merkezine başvuranların aile ve sosyo-demografik özellikler açısından incelenmesi Bursa GADEM örneği. Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi. 2020; (16): 62-81.
113. Toker Uğurlu T,Tekkanat Ç, Koç H, Ateşçi FF. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde suç davranışının retrospektif incelenmesi. Pamukkale Tıp Dergisi. 2020; 13(3):739-47.
- 114.<http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/Arsiv/TUBIM/Documents/TURKIYE%20UYUSTURUCU%20RAPORU%202017.pdf>.
115. Doğanavşargil GÖ, Önen Sertöz Ö, Coşkunol H, Şen G. EÜTF psikiyatri anabilim dalı bağımlılık tedavi biriminin hasta verilerinin on yıllık geriye dönük olarak incelenmesi: madde kullanan hastaların sosyodemografik incelenmesi. Journal of Dependence.2004;5(3):115-20.
116. Macit R. Uyuşturucu madde kullanıcıları ve esrar. Journal of Economy Culture and Society. 2020;61:141-51
117. Karagül V, Hocaoglu C. Madde bağımlısı bireylerin sosyodemografik bir analizi: İstanbul Esenyurt örneği. Akademik Hassasiyetler.2020;7(13):473-88.

118. Tripathi R, Singh S, Bhad R. The need, scope, challenges, and potential solutions for enhancing addiction psychiatry training in India. *Indian Journal of Psychiatry*. 2020;62(6):728-31
119. Javed S, Chughtai K, Kiani S. Substance abuse: From abstinence to relapse. *Life & Science*. 2020;1(2):68-71.
120. Willbourne P, Miller W. Treatment of alcoholism: Older and wiser?. In McGovern TF & White W, editörler. *Alcohol Problems in the United States: Twenty Years of Treatment Perspective*. New York: Haworth Press; 2003.
121. Erdoğan Kaya A. Alkol ve Madde Bağımlılığında Duygu Dışavurum ve Kişilik Özellikleri ile Hastalık Seyrinin İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Sakarya Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Sakarya;2019.
122. Evren C, Yılmaz A, Can Y, Bozkurt M, Evren B, Umut G. Severity of impulsivity and aggression at a 12-month follow-up among male heroin dependent patients. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2014;24(2):158-67.
123. Lopes-Rosa R, Kessler FP, Pianca TG, Guimarães L, Ferronato P, Pagnussat E, Moura H, Pechansky F, von Diemen, L. Predictors of early relapse among adolescent crack users. *Journal of addictive diseases*. 2017;36(2):136-43.
124. Andersson HW, Wenaas M, Nordfjærn T. Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users of illicit substances. *Addictive behaviors*. 2019;90: 222-28.
125. Biçer BK, Özcebe H. Adolesanların riskli sağlık davranışlarını önlemek için üç yönlü bakış açısını anlamak: aile, okul ve aile hekimi. *TAF Prev Med Bull*. 2016;(15):478-84.
126. Pape H, Norström T, Rossow I. Adolescent drinking—a touch of social class? *Addiction*. 2017;112:792-800.
127. Sakoman S, Kuzman M, Raboteg-Šarić Z. Risk Factors and characteristics of alcohol-drinking habits among high school students. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*. 1999; 8(2-3 (40-41)), 373-96.
128. Copello A, Templeton L, Krishnan M, Orford J, Velleman R. A treatment package to improve primary care services for relatives of people with alcohol and drug problems. *Addict Res Theory*. 2000; 8(5): 471-84.
129. Sales E. Family burden and quality of life. *Qual Life Res*. 2003; 12(Suppl 1): 33-41.
130. Östman M, Hansson L. Appraisal of caregiving, burden and psychological distress in relatives of psychiatric inpatients. *Eur Psychiatr*. 2004; 19(7): 402-07.
131. Arıkan Z, Genç Y, Etik Ç, Aslan S, Parlak İ. Alkol ve diğer madde bağımlılıklarında hastalar ve yakınlarında etiketleme. *Bağımlılık Dergisi*. 2004; 5(2): 3-7.
132. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry*. 2000; 177: 4-7.
133. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J Health Soc Behav*. 2011; 52(2): 145-61.
134. Thoits PA. Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *J Health Soc Behav*. 1995; (35): 53-79
135. Zamani-Alavijeh F, Dehkordi F R, Shahry P. Perceived social support among students of medical sciences. *Electronic physician*. 2017;9(6); 4479-88.
136. Marifran M, Gibb HJ. Linking health communication with social support. In: M Mattson, J Gibb Hall, editörler. *Health as Communication Nexus: A Service-Learning Approach*. Dubuque, IA: Kendall Hunt Publishing Company; 2011.

137. amlı B, Yılmaz S. Bipolar bozukluk tanısı alan hastaların birincil bakım vericilerinin algıladığı bakım yükü ve etkileyen faktörler. J Psychiatric Nurs 2021;12(1):9-17.
138. Yavaş G.Demanslı Hastalara Bakım Verenlerin Algıladığı Sosyal Desteğın Bakım Yüğüne Etkisi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul;2020.
139. Uyan B. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul;2019.
140. Özkan Tuncay F, Mollaoğlu M, Kars Fertelli T. Kronik hastalığı olan bireye bakım verenlerde bakım yükü ve sosyal destek düzeyi. Literatür Sempozyum. 2015; (8):5-10.
141. Orford J, Velleman R, Natera G, Templeton L, Copello A. Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult illhealth. Social Sci Med. 2013;78:70–7.
142. Nebhinani N, Anil BN, Mattoo SK, Basu D. Family burden in injecting versus noninjecting opioid users. Industrial Psychiatry Journal. 2013;22(2):138-42.
143. Mannelli P. The burden of caring: Drug users & their families. The Indian journal of Medical Research. 2013; 137(4): 636-38.
144. Aylaz R, Yıldız E. The care burden and coping levels of chronic psychiatric patients' caregivers. Perspect Psychiatr Care, 2018; 54 (2): 230-41.
145. Bademli K, Lök N, Kaya Kılıc A. Relationship between caregiving burden and anger level in primary caregivers of individuals with chronic mental illness. Archives of Psychiatric Nursing, 2017; 31: 263-8.
146. Erten E, Alpman N, Özdemir A, Fıstıkcı N. Bipolar I bozukluğu olan hastalarda dönem ve seyir özelliklerinin bakıcı yüküne etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi. 2014; 25: 114–23.
147. Kaya Y, Öz F. Şizofreni hastalarının genel sosyal işlevsellik düzeyi ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2019; 10(1): 28-38.
148. Gupta A, Solanki RK, Koolwal GD, Gehlot S. Psychological well-being and burden in caregivers of patients with schizophrenia. International Journal of Medical Science and Public Health. 2015; 4(1): 70-6.
149. Alexander G, Bebee C-E, Chen K-M, Vignes RD, Dixon B, Escoffery R, et al. Burden of caregivers of adult patients with schizophrenia in a predominantly African Ancestry Population. Qual Life Res. 2015; 25(2): 393-400
150. Sabancıoğulları S, Ertekin Pınar Ş. Kronik psikiyatri hastalarının bakım vericilerinin bakım yükü ve stresle başa çıkma tarzları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020; 23(1): 109-18.
151. Kol R, Yılmaz Karabulutlu E. Kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlerin bakım yükü ve iyilik halinin değerlendirilmesi. Kocaeli Med J. 2021;10(1):119-27.
152. Atadokht A, Hajloo N, Karımı M, Narımanı M. The role of family Expressed Emotion and perceived social support in predicting addiction relapse. Int J High Risk Behav Addict. 2015; 4(1): e21250
153. Tamar Gürol D, Ögel K. 2014. Bağımlılık yapan maddeler. <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/maddeler.pdf>
154. Mousali AA, Bashirian S, Barati M, Mohammadi Y, Moeini B, Moradveisi L, Sharma M. Factors affecting substance use relapse among Iranian addicts. J Educ Health Promot. 2021;10:129.

155. Ashrafi Hafez A, Kazemeini T, Shayan S. The relationship of social support and religious orientation with relapse rates in opioid dependent patients under methadone maintenance therapy. *J Nurs Midwifery Faculty Shaheed Beheshti Univ Med Sci.* 2015;24(84):7238-7238.
156. Haghighi M, Alizadeh F, Rezaei T, Rezakhani Moghaddam H, SodaeeZenoozagh H, Mohammadpoorasl A. Environmental and personal factors associated with addiction relapse in referral patients to Marand treatment centers. *J Community Health Res.* 2018;7:63–73.
157. Kikhavandi S, Menati R, Kassani A, Menati W. Associated factors with addiction relapse in patients of referring to addiction treatment centers in Ilam: A case-control study. *Sci J Ilam Univ Med Sci.* 2015;22:165–73.
158. Karami-Matin B, Barati M, Rahimi S, Zolghadr R, Fattahi M, Mahboubi M. Mental health status: A cross sectional study among male addicts in the West of Iran. *Res J Med Sci.* 2016;10:159–63.
159. Herman SE, Bootsmiller B, Jordan L, Mowbray CT, Brown WG, Deiz N, et al. Immediate outcomes of substance use treatment within a state psychiatric hospital. *The journal of mental health administration.* 1997; (24): 126-38.
160. Shek DT. A longitudinal study of Hong Kong adolescents' and parents' perceptions of family functioning and well-being. *The Journal of Genetic Psychology.* 1998;159(4): 389-403.
161. Miller P. Family structure, personality, drinking, smoking and illicit drug use: a study of UK teenagers. *Drug & Alcohol Dependence* 1997;45(1-2): 121-29.
162. Barrett AE, Turner RJ. Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: examining explanations for the relationship. *Addiction.* 2006; 101(1): 109-20.
163. Kolay Akfert S, Çakıcı E, Çakıcı M. Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2009;10:40-7.
164. Nuralita NS, Camellia V, Loebis B. Relationship between caregiver burden and expressed emotion in families of schizophrenic patients. *Open Access Maced J Med Sci.* 2019 20;7(16):2583-89.
165. Hajebi A, Naserbakht M, Minoletti A. Burden experienced by caregivers of schizophrenia patients and its related factors. *Med J Islam Repub Iran.* 2019;12(33):54.
166. Cotton SM, Betts JK, Eleftheriadis D, Filia K, Seigerman M, Rayner VK, et al. A comparison of experiences of care and expressed emotion among caregivers of young people with first-episode psychosis or borderline personality disorder features. *Aust N Z J Psychiatry.* 2021 Oct 11:48674211050299. doi: 10.1177/00048674211050299.
167. del-Pino-Casado R, Frias-Osuna A, Palomino-Moral P A, Ruzafa-Martinez M, Ramos-Morcillo A J. Social support and subjective burden in caregiver of adults and older adults: A meta-analysis. *PloS one.* 2018; 13(1): e0189874.
168. Soares AJ, Ferreira G, Graça Pereira M. Depression, distress, burden and social support in caregivers of active versus abstinent addicts. *Addiction Research & Theory.* 2016; 24(6):483-89.
169. Rospenda KM, Minich LM, Milner LA, Richman JA. Caregiver burden and alcohol use in a community sample. *Journal of addictive diseases.* 2010; 29(3): 314-24.
170. Biegel DE, Ishler KJ, Katz S, Johnson P. Predictors of burden of family caregivers of women with substance use disorders or co-occurring substance and mental disorders. *Journal of Social Work Practice in the Addictions.* 2007;7(1-2): 25-49.
171. Mital AK, Sabnis SG, Kulkarni VV. Caregiver burden in medical versus psychiatric patients: A cross-sectional comparative study. *Indian Journal of Psychological Medicine.* 2017; 39(6):777.

172. Joyce J, Leese M, Kuipers E, Szmukler G, Harris T, Staples E. Evaluating a model of caregiving for people with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.2003; 38(4), 189-95.
173. Schulze B, Rössler W. Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004–2005. *Current opinion in Psychiatry*.2005; 18(6):684-91.
174. Kadri N, Manoudi F, Berrada S, Moussaoui D. Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*.2004; 49(9): 625-29.
175. İnan FŞ, Duman ZÇ. Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruh sağlığını etkileyen faktörler: sosyodemografik değişkenler ve stresle başa çıkma tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 16(4):205-11.
- 176.Kronenberg LM, et al. Burden and expressed emotion of caregivers in cases of Adult Substance Use Disorder with and Without Attention Deficit/Hyperactivity Disorder or Autism Spectrum Disorder. *Int J Ment Health Addict*. 2016;14:49-63.

8. EKLER

EK-1: HASTALAR İÇİN VERİ TOPLAMA FORMU

TANITICI BİLGİ FORMU

Yaş (lütfen yazınız):

Cinsiyet: 1-Kadın 2-Erkek

Eğitim durumu? 1-Okur-yazar 2-İlkokul 3-Ortaokul 4-Lise 5-Üniversite 6-Lisans
Üstü

Kardeş sayısı:.....

Kaçıncı çocuk:

Medeni durumu: 1-Bekar 2-Evli 3-Dul 4-Boşanmış
5-Diğer.....

Çocuğunuz var mı? 1-Hayır 2-Evet (kaç tane
belirtiniz).....

Mesleğiniz? (lütfen yazınız):.....

Çalışıyor musunuz? 1-Hayır 2-Zaman zaman çalışıyor 3-Kısmi zamanlı
çalışıyor

4-Evet düzenli çalışıyor 5-Emekli

Kimlerle birlikte yaşıyorsunuz? 1-Eşi ile 2-Eşi ve çocukları ile
3-Çocuğu ile

4-Annesi/ babası ile 5-Diğer aile bireyleri ile 6-Yalnız

7-Diğer(belirtiniz).....

Kullandığınız madde? 1-Eroin 2-Bonzai 3-Metamfetamin 4- Kokain 5- Diğer.....

Madde kullanım bozukluğu tanısı konulalı kaç yıl oldu?.....yıl

Ek tıbbi – fiziksel hastalığınız var mı? 1-Hayır 2- Evet (belirtiniz).....

Madde kullanım bozukluğu dışında psikiyatrik hastalığınız var mı? 1-Hayır
2- Evet (belirtiniz).....

Psikiyatri servisine bu kaçıncı yatışınız?yatışı

Madde kullanımını bir defada en uzun bırakma süresiniz nedir?..... ay
veya yıl

Madde kullanımını nedeniyle yasal sorunlar yaşadınız mı? 1-Hayır 2- Evet
(belirtiniz).....

DUYGU DIŞAVURUMU DERECEİ ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: Aşağıda birinin size karşı davranışlarını tanımlayan cümleler
vardır. Lütfen birlikte yaşadığınız, sizin için önemli olan bir insanı düşünerek

cümleleri okuyun ve tanımlanan biçimde davranıp davranmadığını doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

- (D) (Y) 1-Bazen konuşmak istemezsem eğer, beni anlar (zorlamaz).
- (D) (Y) 2-Sinirlendiğimde o beni yatıştırır.
- (D) (Y) 3-Benim kendime ait kontrolümü o yitirdiğimi söyler.
- (D) (Y) 4-Beklentilerini doyuramadığım zamanlarda bile bana hoşgörülü davranır.
- (D) (Y) 5-Ben konuşurken müdahale etmez.
- (D) (Y) 6-Benim sinirlerimi bozmaz.
- (D) (Y) 7-İyi değilim dediğimde benim ilgi çekmek istediğimi söyler.
- (D) (Y) 8-Beklentilerini doyuramadığım için suçluluk duymama neden olur.
- (D) (Y) 9-Bana karşı aşırı bir koruyucu kollayıcılığı yoktur.
- (D) (Y) 10-Kendimi iyi hissetmediğim zamanlar öfkelenir.
- (D) (Y) 11-Hasta veya keyifsiz olduğumda bana karşı anlayışlıdır.
- (D) (Y) 12-Benim olaylara bakış açımı anlayabilir.
- (D) (Y) 13-Her zaman müdahalecidir.
- (D) (Y) 14-Bir şeyler kötüye gitmeye başlayınca korku ve heyecana kapılmaz.
- (D) (Y) 15-Kendimi iyi hissetmediğimde bana dışardan yardım aramam için cesaret verir.
- (D) (Y) 16-Ona birçok sorun yarattığımı düşünmez.
- (D) (Y) 17-Bir şeyleri benimle yapmak konusunda ısrar etmez.
- (D) (Y) 18-İşler sarpa sarınca doğru dürüst düşünemez.
- (D) (Y) 19-Keyifsiz-huzursuz olduğumda bana yardımcı olmaz.
- (D) (Y) 20-Benden umduğunu bulamazsa beni aşağılar.
- (D) (Y) 21-Yanımdan ayrılmamak, sürekli benimle olmak gibi bir düşüncesi yoktur.
- (D) (Y) 22-Yolunda gitmeyen işler için beni suçlar.
- (D) (Y) 23-Benim bir insan olarak değerli olduğumu hissettirir.
- (D) (Y) 24- Keyifsiz-huzursuz ya da kafası karışık olduğunda bu duruma tahammül göstermez.
- (D) (Y) 25-Beni çaresizliğim ve bunalımımınla öylece bir kenarda bırakır.
- (D) (Y) 26-Kötü olduğum zamanlarda benim duygularımı nasıl ele alacağını bilemez.
- (D) (Y) 27-Sorunlarımı ondan öğ almak için yarattığımı söyler.
- (D) (Y) 28-Benim özelliklerimi (özelliklerimin sınırlarını), neyi becerip beceremeyeceğimi bilir.
- (D) (Y) 29-Ne yaptığımı bilmek için beni sık sık kontrol eder.
- (D) (Y) 30-Zor durumlar karşısında soğukkanlılığını ve kendine hakimiyetini koruyabilir.
- (D) (Y) 31-Hasta olduğumda benim kendimi iyi hissetmem için uğraşır.
- (D) (Y) 32-Benim neyi becerip neyi beceremeyeceğim konusunda gerçekçidir.
- (D) (Y) 33-Her zaman işlerime burnunu sokar.
- (D) (Y) 34-Söylediğim şeyleri sonuna kadar dinler.
- (D) (Y) 35-Uzman yardımı aramanın doğru olmayacağını söyler.
- (D) (Y) 36-İşler yolunda gitmediği zaman bana öfkelenir.
- (D) (Y) 37-Hakkımda her şeyi mutlaka öğrenmek ister.
- (D) (Y) 38-O yanımda olduğu zaman huzurlu ve rahat hissetmemi sağlar.
- (D) (Y) 39-İyi olmadığımı söylediğimde beni abartmakla suçlar.
- (D) (Y) 40-Bir şeyler yolunda gitmese bile bana karşı hep sabırlıdır.

- (D) (Y) 41-Gittiğim yeri mutlaka ısrarla öğrenmek ister.
(D) (Y) 42-Bana sebepsiz yere öfkelenir.
(D) (Y) 43-Hasta olduğum zaman ilgili biri olur.
(D) (Y) 44-Desteğine ihtiyaç duyduğum zaman esirgemez.
(D) (Y) 45-Benim özel meselelerime karışır.
(D) (Y) 46-Zor (stres yaratan) bir durumla kolayca başa çıkar.
(D) (Y) 47-Kendimi iyi hissetmiyorsam, durumumu merak eder ve anlamak ister.
(D) (Y) 48-Bir hata yaparsam anlayışla karşılar.
(D) (Y) 49-Hayatıma burnunu sokmaz.
(D) (Y) 50-İyi olmadığım zaman bana tahammülü yoktur.
(D) (Y) 51-Kendimi kötü hissettiğimde bundan dolayı beni suçlamaz.
(D) (Y) 52-Benden çok fazla şey bekler.
(D) (Y) 53-Şahsıma ait çok özel konularda çok soru sormaz.
(D) (Y) 54-İşler yolunda gitmediği zamanlar o işleri daha da kötüleştirir.
(D) (Y) 55-Kendimi iyi hissetmediğim zaman, o bunları benim yarattığımı söyleyerek sık sık beni suçlar.
(D) (Y) 56-Ben bir şeyi beceremeyince zıvanadan çıkar, çok öfkelenir.
(D) (Y) 57-Geliş gidiş saatlerim konusunda onu haberdar etmezsem huzursuz olur.
(D) (Y) 58-İşler iyi gitmediği zamanlar huzursuz olur.
(D) (Y) 59-Kendimi iyi hissetmediğim zamanlarda bana güven verir, destek olur.
(D) (Y) 60-Kendimi iyi hissetmediğimde bile benden aynı gayreti bekler.

EK-2: BAKIM VERİCİLER İÇİN VERİ TOPLAMA FORMU

TANITICI BİLGİ FORMU

Yaşınız (lütfen yazınız):

Cinsiyetiniz: 1-Kadın 2-Erkek

Eğitim durumunuz? 1-Okur-yazar 2-İlkokul 3-Ortaokul 4-Lise

5-Üniversite 6-Lisansüstü
Medeni durumunuz: 1-Bekar 2-Evli 3-Dul 4-Boşanmış
5-Diğer.....
Çocuğunuz var mı? 1-Hayır 2-Evet (kaç tane belirtiniz).....
Mesleğiniz (lütfe yazınız):.....
Çalışıyor musunuz? 1-Hayır 2-Evet 3-Diğer.....
Ekonomik durumunuz (aylık geliriniz): TL
Sağlık durumunuzu kendi yaşitlarınıza göre nasıl değeriendirirsiniz?
1-Çok kötü 2-Kötü 3-Orta 4-İyi 5-Çok iyi
Tedavi gördüğünüz kronik fiziksel bir hastalığınız var mı? 1-Hayır 2-Evet
(belirtiniz).....
Tedavi gördüğünüz psikiyatrik bir hastalığınız var mı? 1-Hayır 2-Evet
(belirtiniz).....
Daha önce profesyonel psikolojik bir yardım aldınız mı? 1-Hayır 2-Evet
(belirtiniz).....
Hasta ile yakınlık dereceniz nedir?
1-Çocuğum 2-Eşim 3-Annem 4-Babam 5-Kardeşim 6-Diğer.....
Ne kadar süredir birlikte yaşıyorsunuz?ay/yıl
Hastanızla 24 saat içinde birlikte geçirdiğiniz ortalama süre kaç saattir?..... saat
Hastanızın hastalığı hakkında bilgi düzeyinizi nasıl değeriendirirsiniz?
1-Tamamıyla yeterli 2-Yeterli 3-Ne yeterli, ne yetersiz
4-Yetersiz 5-Hiç yok
Ne kadar süredir hastanızın tedavisiyle ilgileniyorsunuz?.....ay/yıl
..... (Yakınınızın) hastalığını nasıl tanımlarsınız?
.....
..... (Yakınınızın) madde kullanımını neye bağılıyorsunuz?
.....
..... (Yakınınızın) madde kullanım bozukluğu tedavisindeki çabası hakkında ne düşünüyorsunuz?
.....
..... (Yakınınızın) tedavisinden beklentiniz nedir?
.....
..... (Yakınınıza) bakım verirken diğeri aile bireylerinden, akraba veya arkadaşlarınızdan gördüğünüz desteğe 0 ile 10 arasında kaç puan verirsiniz?
0.....5.....10
Hiç Orta Tamamıyla
(Yakınınızın) madde kullanımı nedeniyle çevrenizde dışlandığınızı hissediyor musunuz?
1-Hayır 2-Evet (belirtiniz).....
Ailenizde bakımınızı gerektiren başka biri (çocuk, yaşlı, hasta gibi) var mı?
1-Yok 2-Var (belirtiniz).....
Ailenizde psikiyatrik tedavi gören başka biri var mı? 1-Yok
2-Var (belirtiniz).....
Alkol/madde kullanımı olan biri var mı? 1-Yok
2-Var (belirtiniz).....

DUYGU DIŞAVURUM ÖLÇEĞİ

Aşağıda hastanızla aranızdaki ilişkinin bazı yönlerini tanımlayan cümleler vardır. Lütfen hastanızı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan durumlar size

uygunsa doğruyu (D), uygun değilse yanlış (Y) işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

No	İfade	Cevap	
1	Onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyor ve öfkeleniyorum	D	Y
2	Onun hasta olduğuna inanmıyorum	D	Y
3	Onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum	D	Y
4	Benim için onun istekleri diğer aile üyelerininkinden daha önemlidir	D	Y
5	Onunla ilgili her şeyi, kendine özel konuları bile öğrenmeye çalışıyorum	D	Y
6	Onun varlığı beni deli ediyor	D	Y
7	Düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye	D	Y
8	Onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum	D	Y
9	Ona sık sık öğüt veriyorum	D	Y
10	Onunla uyuşamıyoruz	D	Y
11	Bıraktım artık ne hali varsa görsün	D	Y
12	Aile içinde onun her şeyiyle ben ilgileniyorum	D	Y
13	Ona kırılıyor, güceniyorum	D	Y
14	Onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim	D	Y
15	Onun üstüne titrerim	D	Y
16	Onunlayken başka şeyle ilgilenemiyorum, ilgim hep onunla oluyor	D	Y
17	Benim hayatımı yaşamama engel oluyor	D	Y
18	Hasta oldu diye dünya başıma yıkılmış gibi geliyor	D	Y
19	Onun yaptığı işleri beğenmiyorum	D	Y
20	Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve bunu ona söylüyorum	D	Y
21	Ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum	D	Y
22	Ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum	D	Y
23	Onun her şeyi ile ben ilgileniyorum	D	Y
24	“Ondan ah bir kurtulsam” diye düşündüğüm oluyor	D	Y
25	Huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyor ve ondan uzak duruyorum	D	Y
26	Kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum	D	Y
27	Hastaneye yatması beni perişan ediyor, ondan ayrılamıyorum	D	Y
28	Biz birbirimize benziyoruz	D	Y
29	Onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum	D	Y
30	Onunla iyi anlaşıyoruz	D	Y
31	Aklım fikrim hep onda başka hiçbir şey düşünemiyorum	D	Y
32	Kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum	D	Y
33	Ondan uzak kalmak istiyorum	D	Y
34	Başıma bir sürü dert açıyor	D	Y
35	O olmasa bütün işler yoluna girecek	D	Y
36	Bir zorlukla karşılaşırsam başa çıkabiliyorum	D	Y
37	Onun her şeyi ile ilgilenmek bana zevk veriyor	D	Y
38	Öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmaya çalışırım	D	Y
39	Huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla sohbet etmeye çalışırım	D	Y
40	Onun hastalığını abarttığını düşünüyorum	D	Y
41	Onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum	D	Y

ZARİT BAKIM YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman,

nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

2. Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

3. Yakınına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

7. Geleceğin yakınına getirebileceklerinden korkuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

12. Yakınına bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

EK-3: ÖLÇEK İZİNLERİ

DUYGU DIŞAVURUM ÖLÇEKLERİ (LEE, EE)



HÜSEYİN FİĞEN 26.02.2021

Alicılar: oeberksun ✓



Oğuz hocam merhaba,
Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Psikiyatri Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans programı
öğrencisiyim. Prof. Dr. Nazmiye Yıldırım danışmanlığında
yürütmekte olduğum tez çalışmamda uyarlamasını yapmış
olduğunuz " Dışavurulan Duygulanım Ölçeği" ni kullanmak
istiyorum. İzininizi talep ediyorum. Saygılarımla.

Hemşire Hüseyin Fiğen
İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma
Hastanesi AMATEM Kliniği



Oguz Berksun 26.02.2021

Alicılar: ben ✓



Tabii ki kullanabilirsiniz. Başarılar.

Sent from Yahoo Mail for iPhone

[Alıntılanan metni göster](#)

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ



FADİME HATİCE İNCİ 25.03.2021

Alicılar: ben ✓



Sayın Fiğen,

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Bakım
Verme Yüğü
Ölçeği'ni" kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti.
teşekkür eder,
çalışmalarınızda başarılar dileriz.
kaynak olarak aşağıdaki makaleyi gösterebilirsiniz.

İnci F.H. , & Erdem M. (2008). Bakım Verme Yüğü
Ölçeğinin Türkçeye
Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. Atatürk
Üniversitesi Hemşirelik
Yüksekokulu Dergisi, 11(4): 85-95

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ
Müyesser ERDEM

Dr. Öğr. Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Halk Sağlığı Hemşireliği ABD.
Denizli/TÜRKİYE

Asst. Prof. Fadime Hatice İNCİ
Pamukkale University,
Faculty of Health Sciences,
Department of Public Health Nursing,
Denizli, Turkey