

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ALKOL MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN
BİREYLERE BAKIM VERENLERİN EŞ BAĞIMLILIK VE
BAĞLANMA TARZLARI AÇISINDAN KRONİK RUHSAL
HASTALIĞI OLAN BİREYLERE BAKIM VERENLER
İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

Dr.Esra GÖKÇEOĞLU

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

ESKİŞEHİR
2024

T.C.
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ALKOL MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN
BİREYLERE BAKIM VERENLERİN EŞ BAĞIMLILIK VE
BAĞLANMA TARZLARI AÇISINDAN KRONİK RUHSAL
HASTALIĞI OLAN BİREYLERE BAKIM VERENLER
İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Esra GÖKÇEOĞLU

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
TIPTA UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof.Dr.Gülcan GÜLEÇ

ESKİŞEHİR
2024

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakóltesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Alkol Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylere Bakım Verenlerin Eş Bağımlılık ve Bağlanma Tarzları Açısından Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenler ile Karşılaştırılması” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 22.11.2022 tarihinde 67 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Esra GÖKÇEOĞLU

Tarih:

İmza:

TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI

T.C.

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA,

Dr. Esra Gökçeoğlu'na ait “Alkol Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylere Bakım Verenlerin Eş Bağımlılık ve Bağlanma Tarzları Açısından Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenler ile Karşılaştırılması” adlı çalışma jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Tarih:

Jüri Başkanı

Prof. Dr. Gülcan GÜLEÇ

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Üye

Prof. Dr. Ferdi KÖŞGER

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Üye

Doç. Dr. İmran Gökçen YILMAZ KARAMAN

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu'nun/...../.....

Tarih ve/.... Sayılı Kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Atilla Özcan ÖZDEMİR

Dekan

TEŞEKKÜR

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapmış olduğum uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam süresince bilgi ve deneyimleriyle bana yön veren başta tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Gülcan GÜLEÇ'e, değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Gökay AKSARAY'a, Sayın Prof. Dr. Çınar YENİLMEZ'e, Sayın Prof. Dr. Ferdi KÖŞGER'e, Sayın Doç. Dr. İ. Gökçen YILMAZ KARAMAN'a, terapist kimliği kazanma sürecimde sonsuz emekleri olan değerli hocam Sayın Doç. Dr. Ali Ercan ALTINÖZ'e, bu süreçte bana destek olan başta Dr. Leman Deniz TARLACIK ve Dr. Başak GÜZEL'e, birlikte çalışmaktan keyif aldığım Dr. Zeynep Betül ERZURUM'a, Dr. Furkan DEMİRCAN'a, Dr. İremnur ERSAN'a ve tüm asistan doktor arkadaşlarıma, uzaklarda da olsa desteklerini her an hissettiğim Zeynep YÖNDER'e ve İrem ABÇA'ya, hayatım boyunca her zaman yanımda olan canım abim Latif Tarık AĞRIDAĞ'a, anne ve babama, hayatımdaki varlığından dolayı şanslı hissettiğim, sevgisi ve desteğiyle tüm endişelerimi göğsünde yumuşatan sevgili eşim Reha GÖKÇEOĞLU'na tezime katılmayı kabul eden tüm katılımcılara sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım

ÖZET

Gokceoglu, E. Alkol Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylere Bakım Verenlerin Eş Bağımlılık ve Bağlanma Tarzları Açısından Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenler ile Karşılaştırılması. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi, Eskişehir 2024. Yıllar içinde aile bireylerinin bakım verici rolü giderek önem kazanmıştır. Ailede alkol ve madde kullanım bozukluğu (AMKB), şizofreni ve bipolar affektif bozukluk (BAB) tanılarına sahip bireyin olması tüm aile bireylerini etkilerken; bakım verenler de hasta bireyin tedavi sürecini etkiler. AMKB yakınlarına yönelik eş bağımlılık ile ilişkili çalışmalar olmasına rağmen diğer ruhsal bozukluklara yönelik bakım veren çalışmaları yetersizdir. Bu çalışmanın amacı, AMKB bakım verenlerin eş bağımlılık, bağlanma tarzları, özgecilik düzeyleri ve kişilik özelliklerinin KRH bakım verenler ile karşılaştırılmasıdır. Bu amaçla, ESOĞÜ Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvuran, AMKB bakım verenleri ile şizofreni, BAB kronik ruhsal hastalığı olanların bakım verenleri ve bunlarla yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiş kontrol grubu değerlendirilmiştir. Çalışmaya her gruptan 70'er kişi dahil edilmiştir. Hasta gruplarına herhangi bir dönemde en az 6 ay bakım verme şartı aranmıştır. Tüm gruplara Eş Bağımlılık Belirleme Ölçeği (EşBBÖ), Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II), Özgecilik Ölçeği, Beş Faktör Kişilik Ölçeği (BFKÖ) uygulanmıştır. AMKB bakım veren grubunda KRH bakım veren grubuna göre EşBBÖ toplam puanı, BFKÖ duygusal dengesizlik alt ölçeği puanları yüksek bulunmuştur. KRH bakım veren grubunda AMKB bakım veren grubuna göre BFKÖ yumuşak başlılık kişilik alt ölçeği puanları daha yüksek saptanmıştır. Gruplar arasında özgecilik ölçeği ve YİYE-II ölçeği puanlarında farklılık saptanmamıştır. Sonuçlarımız AMKB bakım veren grupta yazın ile uyumlu olarak eş bağımlılığın, KRH bakım veren grupta ise yumuşak başlılık/uyumluluk kişilik özelliklerinin bakım verme ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür. Farklı tanı gruplarında bakım verenlerin özelliklerine yönelik çalışmaların yapılması, hasta ve bakım verenin hastalıkla ilgili zorluklarla başa çıkabilmesine katkıda bulunması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: eş bağımlılık, bağlanma tarzı, ruhsal hastalık

ABSTRACT

Gokceoglu, E. Comparison of Caregivers of Individuals with Alcohol Substance Use Disorder and Caregivers of Individuals with Chronic Mental Illness in Terms of Codependency and Attachment Styles. Eskisehir Osmangazi University Department of Psychiatry Dissertation Thesis, Eskişehir 2024. Over the years, the caregiving role of family members has become increasingly important. While having a family member diagnosed with alcohol and substance use disorder (ASUD), schizophrenia and bipolar affective disorder (BAD) affects all family members, caregivers also affect the treatment process of the sick individual. Although there are studies related to codependency for relatives of ASUD, there are insufficient studies on caregivers regarding other mental disorders. The aim of this study is to compare the codependency, attachment styles, altruism levels and personality characteristics of ASUD caregivers with those of CMI caregivers. For this purpose, caregivers of ASUD and caregivers of patients with schizophrenia and BAD chronic mental illness who applied to ESOGU Faculty of Medicine, Department of Mental Health and Diseases, and a control group matched with them in terms of age, gender and education level were evaluated. 70 people from each group were included in the study. It was required to provide care to patient groups for at least 6 months at any given period. Codependency Assessment Tool (CODAT), Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R), Altruism Scale, Five Factor Personality Inventory (FFPI) were applied to all groups. CODAT total score and FFPI emotional instability subscale scores were found to be higher in the ASUD caregiver group than in the CMI caregiver group. FFPI agreeableness personality subscale scores were found to be higher in the CMI caregiver group than in the ASUD caregiver group. No difference was found in the altruism scale and ECR-R scores between the groups. Our results suggest that, in line with the literature, codependency in the ASUD caregiver group and agreeableness personality traits in the CMI caregiver group may be related to caregiving. Conducting studies on the characteristics of caregivers in different diagnosis groups is important in terms of contributing to the patient and caregiver's ability to cope with the difficulties associated with the disease.

Key Words: codependency, attachment style, mental illness

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL VE ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
TABLOLAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu	5
2.2. Kronik Ruhsal Hastalıklar	9
2.2.1. Şizofreni	9
2.2.2. Bipolar Affektif Bozukluk	12
2.3. Bakım Verme Kavramı	16
2.4. Eş bağımlılık	18
2.5. Özgecilik	23
2.6. Bağlanma Kuramı ve Bakım Verenlerde Bağlanma Stilleri	25
2.7. Beş Faktör Kişilik Modeli	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	33
3.1. Araştırmanın Örneklemi	33
3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri	33
3.2. Araştırmada Kullanılan Değerlendirme Araçları	34
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu	34
3.2.2. Eş Bağımlılık Belirleme Ölçeği	34
3.2.3. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Ölçeği	35
3.2.4. Beş Faktör Kişilik Ölçeği	36

3.2.5. Özgecılık Ölçeği	37
3.3. İstatistiksel Analiz	37
4. BULGULAR	38
4.1. Çalışma Gruplarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	43
4.2. Çalışma Gruplarının Yakınlık Durumuna Göre Karşılaştırılması	48
5. TARTIŞMA	51
5.1. Çalışma Gruplarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	58
5.2. Çalışma Gruplarının Yakınlık Durumuna Göre Karşılaştırılması	60
5.3. Kısıtlılıklar	61
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	63
KAYNAKLAR	65
EKLER	
EK 1: Sosyodemografik Veri Formu	
EK 2: Eş Bağımlılık Belirleme Ölçeği	
EK 3: Yakın İlişkilerde Yaşam Envanteri-II	
EK 4: Beş Faktörlü Kişilik Ölçeği	
EK 5: Özgecılık Ölçeği	

SİMGELER VE KISALTMALAR

AMKB	Alkol Madde Kullanım Bozukluğu
ASUD	Alcohol and Substance Use Disorder
BAB	Bipolar Affektif Bozukluk
BAD	Bipolar Affective Disorder
BFKM	Beş Faktör Kişilik Modeli
BFKÖ	Beş Faktör Kişilik Ölçeği
CMI	Chronic Mental İllness
CODAT	Codependency Assessment Tool
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECR-R	Experiences in Close Relationships-Revised
ESOGÜ	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
EşBBÖ	Eş Bağımlılık Belirleme Ölçeği
FFPI	Five Factor Personality Inventory
ICD	International Statistical Classification of Diseases
KRH	Kronik Ruhsal Hastalık
YİYE-II	Yakın İlişkilerde Yaşam Envanteri

TABLÖLAR

Sayfa

4.1 Çalışma Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırması.	40
4.2 Çalışma Gruplarının Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasında İstatistiksel Olarak Anlamlı Farklılık Gösteren Değişkenler.	42
4.3 AMKB bakım veren grubunun istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren ölçek puanlarının cinsiyetlere göre karşılaştırması.	43
4.4 Kontrol grubunun istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren ölçek puanlarının cinsiyetlere göre karşılaştırması.	45
4.5 Tüm gruptaki erkek cinsiyetteki bireylerin istatistiksel anlamlı farklılık gösteren ölçek puanlarının karşılaştırılması.	47
4.6 AMKB bakım veren grubunun istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren ölçek puanlarının karşılaştırılması.	48

1. GİRİŞ

Madde kullanım bozuklukları en yaygın görülen ve yeti yitimine neden olan sağlık sorunlarından biridir (1). Uzunlamasına çalışmalardan elde edilen yaşam boyu yaygınlık tahminleri %40 civarındadır (2–4). Alkol ve madde kullanım bozuklukları (AMKB) ile ortaya çıkan zararlar, sadece kullanıcı ile sınırlı sağlık sorunlarından ibaret değildir. Sağlığa verdiği zararların yanı sıra çoğu zaman kişinin ailesine, içinde bulunduğu çevreye ve toplumun tamamına yansıyan hukuki, sosyal, ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir (1).

Kronik ruhsal hastalıklar (KRH), kişiler arası ilişkilerde ve ekonomik yönlerden kayıpların olduğu, bilişsel yetilerde kaybın görüldüğü, toplum ve aile içinde sorumlulukların yerine tam olarak getirilemediği, hasta bireylerin devamlı desteğe ve ailelerinin bakım vermesine ihtiyaç duyduğu hastalıklardır (5). Başta şizofreni, bipolar affektif bozukluk olmak üzere kronik ruhsal hastalıklar bir ya da daha fazla alanda işlevsellikte ciddi kayıplara yol açabilirler (6). Dünyada 450 milyon kişiye varan sayıda kronik ruhsal hastalığa sahip birey vardır (7). Kronik ruhsal hastalıkların olumsuz etkileri, yalnızca hasta olan kişi ile sınırlı olmayıp aile üyeleri ve kişinin üyesi olduğu toplumda da ortaya çıkar. Düşük ve orta gelirli ülkelerde hasta kişilerin bakım ve sorumluluğu, büyük ölçüde aile fertleri veya akrabalar tarafından yapılır (8–11). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin öngörülemeyen ve ani davranış ve tutumlarda bulunabilme ihtimalleri nedeniyle devamlı yakın gözetim altında bulundurulmaları gerektiği için hem hasta bireylerin hem de bu kişilere bakım verenlerin yaşamlarını sınırlandırmaktadır (12).

Bakım veren kavramı; hastalık tanısı alan kişinin hastalık süreci hakkında bilgi sahibi olan, kişiye bu konuda bilgi vermek, sosyal, mali işlerini yürütmek, fiziksel ve ruhsal sağlığı konusunda yardım etmek gibi görevleri üstlenen kişiler için kullanılmaktadır (13). Yıllar içinde toplumu kapsayan bakım politikası ile birlikte bakım sorumluluğunun kurumsal düzeyden birincil bakım sorumluluğuna geçişi, bu sorumluluğun aileye doğru kaymasına ve bakım verenin hasta bireyle daha fazla süre geçirmesine neden olmakta ve aile bireylerinin bakım verici rolünün giderek önem kazanmasına yol açmaktadır (14).

Bakım verenin bakım vermeye odaklı yaşam tarzının gerginlik, kas ağrısı, fiziksel yorgunluk, uykusuzluk ve tükenmişlik hissi gibi sorunlara neden olduğu saptanmıştır (15). Bakım verenin bahsi geçen fiziksel ve ruhsal problemleri, hasta bireye verilen bakımı olumsuz yönde etkileyerek bir kısır döngüye yol açar. Ancak bu verilere rağmen, 2012 yılında bakım verenler arasında yapılan bir çalışmada, tüm bakım yüküne rağmen çalışmaya dahil edilen 140 kişinin %78'i bakım vermekten memnun olduklarını, bakım verenler arasında 2002 yılında yapılan başka bir çalışmada dahil edilen 210 kişinin %73'ü bakım vermenin en az bir olumlu yönünü bildirmişlerdir (16,17). Dolayısıyla tüm bu sorunlara karşın bakım vermeyi sürdürme, bakım vermekten memnuniyetini dile getirme tutumları bakım verenin özelliklerinin incelenmesi konusunu gündeme getirmektedir.

Bakım veren bireylerin özelliklerini incelediğimizde karşımıza çıkan kavramlardan biri olan eş bağımlılık, bireyin kendi dışındakilere fazla odaklanması, duygularını açıkça ifade etme becerisindeki eksiklik ve hissetmek istediği duyguları kişiler arası ilişkiler aracılığıyla sağlama çabalarıyla ilişkili bir ilişki paternidir (18). Eş bağımlılık kavramı, başta yalnızca alkol kullanım bozukluğu tanısı olan kişilerin yakınlarına özgü bir kavram olarak ortaya atılsa da daha sonra bu tanım genişletilmiştir. Kronik fiziksel ya da ruhsal hastalık veya bağımlılık nedeniyle stresli bir ev ortamı nedeniyle işlevsiz aile bireylerini tanımlamak için kullanılmaya başlanmıştır (19). Aile içinde kronik ruhsal hastalığı olan bireyin olması eş bağımlılıkla ilişkili bulunmuştur (20).

Bir diğer özellik olan özgecilik, karşılık beklemeden başkası ya da başkalarının faydası için yapılan davranış olarak tanımlanmaktadır (21). Bir davranışın özgeci olarak tanımlanması için bütünüyle gönüllü olarak sadece diğer kişi ve/veya kişilerin sıkıntısını gidermek veya azaltmak amacıyla ortaya konulması gerekmektedir (22). Bir dizi çalışma, hastadaki belirtilerin ve hastalık öncesi kişiliğin, bakım vermeyle ilişkili stres ve gerginlikleri belirleyen etmenler olduğunu ileri sürmektedir. Son araştırmalar, ilişki değişkenlerinin de bakım vermenin getirdiği zorluklara tahammül etme yeteneğinde önemli bir rol oynadığını öne sürmektedir (23). Başkalarına yardım etme yeteneği, kişinin kendi bağlanma figürleri tarafından sağlanan iyi bakıma tanık olmasının ve bundan faydalanmasının bir sonucudur; bu hem kişinin güvenlik duygusunu artırır hem de iyi bakım vermeyi sağlar (24). Güvenli bağlanma stiline

sahip olan bireyler, kronik hastalıklar da dahil olmak üzere stres etkenlerine daha iyi uyum sağlamaktadırlar (25). Özgeci davranışların altında yatan mekanizma da, kişinin kendi zihinsel temsillerinin güvenli bağlanmayı sağlayacak tutumlardan oluşması halinde, başkasının ihtiyaçlarını öngörme ve harekete geçme konusunda duyarlı olabilme yeteneğidir. Yani güvenli bağlanma biçimi, kişinin kendisiyle ilişkisiz bir durum olması halinde dahi, özgeci davranışta bulunmasını kolaylaştırır (26). Güvensiz bağlanma biçimine sahip kişiler, kendi sıkıntılarına daha fazla odaklanma eğilimdedirler, özgeci davranışta bulunma konusunda daha başarısızdırlar (27). Bakım veren bireyin de bağlanma biçimine göre, tanı ile başa çıkma ve bakım verme kalitesi de değişmektedir (28–30). Bir çalışmada, güvenli bağlanma biçiminin bakım vermeyi yordadığı bulunmuştur (31). Daha çok güvenli bağlanma stili, hassas ve iş birliğine dayalı bakım verme ve daha fazla duygusal açıdan bakım verme ile ilişkiliyken; güvensiz bağlanma stili ise, bakım vermeyi daha az üstlenme ve zayıf bakım verme ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca güvensiz bağlanma biçimine sahip olanlar bakım vermeye uyum sağlamakta daha fazla zorluk yaşarlar (32). Bir çalışmada, kaygılı bağlanma biçimine sahip kişilerin emosyonel odaklı başa çıkma stillerini daha çok kullandıklarını, kaçınan bağlanma biçimindeki kişilerin kaygılı ve güvenli bağlanma biçimine sahip bireylere nazaran daha az yardım arama ve destek almaya dair girişimde bulunduklarını; problemlerden uzaklaşmayı seçtiklerini bildirilmiştir (33).

Pek çok teorisyenin kişiliğin ölçülmesi ve değerlendirilmesi açısından farklı görüşleri vardır. Beş faktörlü kişilik modeli (BFKM), kişilik değerlendirmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Beş faktör kişilik modelinde ‘özellik’ açısından tanımlamalar yapılmaktadır. Kişilerin hem kendileri hem de diğerlerine ait ‘sıfat’larla betimlemelerine dayanmaktadır (34). Bu beş özellik, Beş Faktör Kişilik Modeli’nin sorumluluk/özdenetim, deneyime açıklık, yumuşak başlılık/uyumluluk dışa dönüklük, duygusal dengesizlik olan beş alt boyutunu kapsamaktadır (35). BFKM, kişilik özelliklerini ve insanlar arasındaki karşılıklı davranış etkileşimlerini inceleyen (36), eldeki verileri basitçe açıklayan, yaşlar ve kültürler arası güvenilirliği (37,38) olan bir modeldir (39). Duygusal dengesizlik alt boyutunda genel olarak kaygılı, güvenmeyen, kolayca alınabilen, öfkeli olan kişilerin duygusal dengesizlik düzeyleri yüksek olarak değerlendirilmektedir (40,41). Sosyal etkinliklere katılmaya meyilli olma, enerjisi yüksek olma, sıcakkanlılık, konuşkanlık gibi kişilik özellikleri dışa

dönüklük alt boyutuna aittir. Değişiklere açık olma ve uyum sağlama, meraklı, ilgili olma, yaratıcılık şeklinde kişilik özellikleri ise deneyime açıklık alt boyuna aittir (40). Sorumluluk alt boyutu, kurallara saygılı, başarıya ulaşmak için çok çalışan, titiz, düzenli ve disiplinli bireyleri yansıtmaktadır. Bu kişilerin yaptıkları işte ısrarcı olmaları ve başarıya dair yönelimlerinin olmasının duygusal tükenmeden korudukları ileri sürülmektedir (42). Yumuşak/başlılık uyumluluk kişilik özelliği, kişilerin olaylara ve durumlara kolay uyum sağlaması ile ilişkilidir. Bakım verenler üzerine yapılan çalışmalarda bu kişilik özelliği yüksek saptanmıştır (43,44).

Yapılan bir çalışmada, bakım verenler kendi kırılgan ve eksik yönlerini bilmenin bakım vermeyi kolaylaştırabileceğini, başa çıkmakla ilgili bilgi sahibi olabileceklerini ifade etmişlerdir (45). Bundan dolayı bakım verenlerin ilişkilerinde ne tür hisler yaşadıklarını, nasıl tutumlar geliştirdiklerini incelemenin tedavinin adımlarından biri olabileceği bildirilmiştir (46).

Bu çalışmada, Alkol Madde Kullanım Bozukluğu ve Kronik Ruhsal Hastalık tanıli bireylere bakım verenlerin eş bağımlılık, bağlanma tarzları, özgecilik düzeyleri ve kişilik özelliklerinin birbirleriyle ve bakım vermeyen bireylerle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Çalışmanın hipotezleri aşağıda sıralanmıştır:

- 1) AMKB tanısına sahip bireylere bakım verenlerin eş bağımlılık düzeyleri, KRH tanısına sahip bireylere bakım verenlere göre daha yüksektir.
- 2) KRH tanısına sahip bireylere bakım verenlerin özgecilik düzeyleri, AMKB tanısına sahip bireylere bakım verenlere göre daha yüksektir.
- 3) AMKB tanısına sahip bireylere bakım verenlerdeki güvensiz bağlanma stili, KRH tanısına sahip bireylere bakım verenlere göre daha yüksektir.
- 4) AMKB tanısına sahip bireylere bakım verenlerdeki BFKÖ duygusal dengesizlik alt boyutu, KRH tanısına sahip bireylere bakım verenlere göre daha yüksektir.
- 5) KRH tanısına sahip bireylere bakım verenlerdeki BFKÖ özdenetim/sorumluluk ve BFKÖ yumuşak başlılık/uyumluluk alt boyutu, AMKB tanısına sahip bireylere bakım verenlere göre daha yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu

Bağımlılık, beynin yapısını etkileyen ve mental işlevlerde değişiklikler oluşturan beyin hastalığıdır (47). Madde kullanım bozuklukları en yaygın görülen ve yeti yitimine neden olan sağlık sorunlarından biridir (1). Uzunlamasına çalışmalardan elde edilen yaşam boyu yaygınlık tahminleri %40 civarındadır (2–4). Alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ortaya çıkan zararlar, sadece kullanıcı ile sınırlı sağlık sorunlarından ibaret değildir. Sağlığa verdiği zararların yanı sıra çoğu zaman kişinin ailesine, içinde bulunduğu çevreye ve toplumun tamamına yansıyan hukuki, sosyal, ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir (1). Ancak başta aile hekimliği gibi birinci basamak sağlık hizmetinde olduğu üzere, hekimlerin çoğu tarafından kişilerin yarısından azına tanı konulabilmekte ve tedavi için oldukça az oranda yönlendirilme yapılmaktadır. Toplum tarafından damgalanma kaygısı, adli sorunlar, kişilerin bağımlılığını kabul etmemesi, kişilerden alınan bilgilerin kısıtlı ve güvenilir olmaması tanı konulmasını ve tedaviyi güçleştirir. Hekimlerin bu kişilere olumsuz yaklaşımları, tedavi konusundaki yetersiz bilgi birikimi de bir başka güçlük unsurudur (48). Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından geliştirilen Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-DSM)'nin ilk iki sürümünde (1952 ve 1968) alkol bağımlılığı kişilik bozuklukları alt başlığında tanımlanmıştır. AMKB için ilk kapsamlı sınıflama DSM-3'te yer alır. Burada kötüye kullanım ve bağımlılık kavramları birbirinden ayrılmıştır. DSM-3-R'de (1987) AMKB tanımlamaları genişletilerek rekürren madde kullanımının neden olduğu tüm sorunlar dahil edilmeye çalışılmış, ‘‘madde kötüye kullanımı’’ tanısı ise bağımlılık kriterlerini tam sağlamayan bireyler için rezidüel bir tanı olarak önerilmiştir. DSM-4 (1994)'te bağımlılık tanısı için kriterlerin azaltıldığı; yoksunluk ve/veya tolerans bulgularının tanı için gerekli olduğu görülür. Bağımlılığa neden olmasına rağmen yoksunluk semptomları zorlukla ayırt edilebilen ya da belirgin olmayan amfetaminler, halusinojenler, uçucular, kokain, esrar kullanımında fizyolojik belirtilerin aranmasının bağımlılık tanısı koymayı sınırlandırdığı belirtilmiştir. Diğer açıdan kötüye kullanım tanısı, kişilerde sosyal ve/veya mesleki problemlere yol açan, bağımlılığın daha hafif ve öncül versiyonu olarak tanımlanmış ve her iki durumun aynı zaman aralığında birlikte bulunmayacağı da belirtilmiştir. DSM-4-TR (2000)'de de

benzer şekilde kötüye kullanım ve bağımlılık iki farklı başlık altında tanımlanmaya devam edilmiştir. Aynı tablo Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-ICD)-10'da kötüye kullanım yerine "zararlı kullanım" şeklinde tanımlanmıştır (49). DSM-5'te AMKB'na yönelik değişikliklerden en önemlisi, daha önceki DSM versiyonlarında iki ayrı tanı olarak yer verilen 'madde bağımlılığı' ve 'madde kötüye kullanım bozukluğu' tanılarındaki kriterler birleştirilerek 11 kriterden oluşan 'madde kullanım bozukluğu' tanısının tanımlanmış olmasıdır. Böylece kullanılan maddeye yönelik tek bir tanı konulması yoluyla kişideki probleminin boyutunu saptamak amaçlanmıştır. Tanı kriterlerinin sayısına göre, 6 ve üzeri ağır, 4-5 orta, 2-3 hafif şiddette madde kullanım bozukluğunu göstermektedir (50). DSM-V'te kafein kullanım bozukluğu yer almazken, kafein yoksunluğuna yer verilmiştir. Yine DSM-V'te ilk defa esrar yoksunluğundan bahsedilmiştir (51,52). Fensiklidin ile zehirlenme durumunda algı patolojisinin eşlik etme kriteri çıkartılmıştır. DSM-V'te ayrıca 'madde ile ilişkili olmayan bozukluklar' isminde yeni bir kategori tanımlanmıştır. Bu sınıflandırma başlığı şimdilik sadece kumar oynama bozukluğunu tanımlamaktadır (52).

DSM-5-TR'e göre Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri (53):

"A. Son on iki aylık zaman sürecinde, belirtilerden en az ikisiyle ortaya çıkan, bireyde klinik açıdan yoğun bir sıkıntıya ve işlevsellikte düşmeyle kendini gösteren problemlili madde kullanım döngüsü:

- 1. Çoğu sefer arzu edilenden daha uzun süreli ve daha çok miktarda madde kullanmış olma.*
- 2. Kullanmayı bırakmak ya da denetim altına alabilmek için devamlı istek ve olumsuz sonuçlanan girişimler.*
- 3. Maddeye ulaşma, kullanmak veya ortaya çıkan etkilerinden kurtulabilmek için çok fazla zaman harcaması.*
- 4. Maddeyi kullanmaya yönelik aşırı bir istek(aşerme).*
- 5. Okul, iş, ev gibi alanlardaki konumunun getirdiği temel yükümlülükleri yapamaması ile kendini gösteren, tekrarlayan madde kullanımı.*
- 6. Madde kullanımının yol açtığı, yineleyici şekilde toplumsal ve kişisel ilişkilerde sorunlar ortaya çıkmasına rağmen madde kullanımı sürdürmeye devam etme.*

7. Madde kullanımı nedeniyle iş yaşamı, eğlence dinlenmeye yönelik faaliyetler veya toplumsal faaliyetlerin bırakılması veya daha az vakit ayrılması

8. Tekrarlayan, tehlike teşkil edecek şekilde madde kullanım.

9. Yüksek olasılıkla maddenin yol açtığı veya alevlendirdiği sürekli veya tekrarlayan, fiziksel veya ruhsal sorunların olduğunun bilinmesine rağmen madde kullanımı sürdürme.

10. Aşağıdakilerden birini karşılayacak şekilde toleransın ortaya çıkması

a) Beklenen etkiyi sağlayabilmek için artan miktarda madde kullanma ihtiyacı

b) Miktarın değişmemesine karşın beklenen etkinin azalması

12. Aşağıdakilerden birini karşılayacak şekilde yoksunluk ortaya çıkması

a) Kullanılan maddeye özgü yoksunluk ölçütlerinin sağlanması

b) Yoksunluğun belirtilerinden kaçınmak için benzer etki gösteren madde kullanımı”

AMKB en maliyetli sağlık sorunlarından. Maddi kayıplar; tedavi giderleri, yeti yitimi ve işlevsellik kaybı, madde kullanımı ile ilişkili suç işleme ve trafik kazalarını kapsamaktadır (54). Sıklıkla acil servise başvurma nedenleri; fiziksel travma, intihar girişimi, psikoz semptomları, yoksunluk bulguları ve madde kullanımının neden olduğu tıbbi durumlardır (55). Tüm dünyada yılda 3 milyon ölüm alkol kullanımından kaynaklanmakla birlikte, bu sayı tüm ölümlerin %5.3’üdür. Hastalık, sakatlık, ölüm sonucu kaybedilen yaşam yılı cinsinden ölçüm olan DAILYs (disability-adjusted life years) ile genel hastalık yükünün %5.1’i alkole atfedilmektedir. Yirmi-otuz dokuz yaş arası kişilerde toplam ölümlerin yaklaşık %13.5’i alkol ile ilişkilidir (56). Amerika Birleşik Devletleri’nde yılda 47.500 ölüm, zaman içinde çok fazla alkol kullanmanın sağlık üzerindeki uzun vadeli sonuçlarına bağlanmaktadır. Yoğun alkol kullanımı nedeniyle olan ölümlerin %76’sı erkek ve 35-64 yaş arasındadır (57). Bütün dünyada 15 yaş ve üzerindeki kişilerin yarısından fazlası (%57.0-3.1 milyar) alkol tüketmektedir. Tahminen 46 milyon kadın ve 237 milyon erkek alkol kullanım bozukluğu tanısı almıştır. Ağır düzeyde kullanım oranı ise bütün dünyada %16,0 bulunmuştur (58). DSÖ’nün ülkemizde yaptığı araştırmada tüm yaşam boyunca alkol kullanmama oranı %79.6, son bir yılda %2.7 ve alkol bağımlılığı oranı ise %0.8 olarak bildirilmiştir. Ağır düzeyde kullanım yaygınlığı ise

%1.1'dir (kadınlarda-%0.5, erkeklerde-%1.9) (59). İki bin on sekizde Türkiye'de 42000 kişiyi kapsayan bir araştırmada alkol içeren içecek kullanımının tüm yaşam boyu oranı %22.1, son 12 ayda kullanım oranı %12.6 olduğu saptanmıştır. Erkeklerde yaşam boyu kullanma oranı kadınların yaşam boyu kullanımdan 3 kat fazladır (%10.7-%34.3) (60). İki bin yirmi üç yılında yayınlanan Avrupa Uyuşturucu Raporu, yasa dışı uyuşturucu kullanımının etkisinin artık toplumumuzda neredeyse her yerde görüldüğünü, psikoaktif özelliğe sahip hemen hemen her şeyin madde olarak kullanılma potansiyeli bulunduğunu ifade etmektedir (61). Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC)'nin 2022 yılındaki raporunda tüm dünyada 15-64 yaş arasında son 12 ay içinde 284 milyon kişinin uyuşturucu madde aldığı, çoğunlukla erkek cinsiyetinde olduğu, tahmin edilen yaygınlığın %5 oranında olduğu belirtilmiştir. Tüm dünyada en fazla kullanımı olan maddenin esrar olduğu, 2010 yılındaki orana göre esrar kullanımında %26 oranında artış olduğu bildirilmiştir (62). İki bin yirmi üç Avrupa Uyuşturucu Raporu'na göre esrarın Türkiye'deki yaygınlığı 15-34 yaş arası %1.8, 15-64 yaş arasında %33.4'tür (61). Eroin kullananların sayısı 2022 yılında 2 kat artmış olup 61 milyon kişi tarafından kullanılmıştır. Amfetamin kullanımında ise bariz bir farklılık gözlenmeyip 34 milyon kişi tarafından kullanılmıştır. Ekstazi ve kokain kullanımı sayıları sırayla 21 milyon ve 20 milyon olmakla birlikte önceki yıllara nazaran kullanım oranlarının azaldığı gözlemlenmiştir (62). İki bin on sekizde ülkemizde yapılan araştırma sonuçlarına göre tüm yaşamı boyunca en az bir kez madde kullanımı oranı %3.1 bulunmuştur. Erkeklerde bu oran %6.1, kadınlarda %0.3'tür (60). Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi raporunda, Türkiye'de aşırı doz alımı nedeniyle 2020 yılında 314 kişi yaşamını yitirdiğini ve bunları takriben %80.0'inin 25-45 yaş arası erişkinler olduğunu, metamfetamin kullanımı geçtiğimiz yıllara göre artma eğiliminde olduğu bildirilmiştir (63).

2.2. Kronik Ruhsal Hastalıklar

Kronik ruhsal hastalıklar, kişilerarası ilişkilerde ve ekonomik yönlerden kayıpların olduğu, bilişsel yetilerde kaybın görüldüğü, toplum ve aile içinde sorumlulukların yerine tam olarak getirilemediği, hasta bireylerin devamlı desteğe ve ailelerinin bakım vermesine ihtiyaç duyduğu hastalıklardır (5). Başta şizofreni, bipolar affektif bozukluk (BAB) olmak üzere kronik ruhsal hastalıklar, doğası gereği tekrarlama eğilimindedir, bir ya da daha fazla alanda işlevsellikte ciddi bozulmaya yol açabilirler (6). Dünyada 450 milyon kişiye yakın sayıda kronik ruhsal hastalığa sahip birey vardır (7). KRH üretkenliği azaltmakla birlikte yüksek oranlarda bedensel hastalık komorbiditesi ve mortalite ile ilişkilidir (64). Bu durum, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ortalama yaşam süresinin azalmasına katkıda bulunur (65). Bedensel hastalıklar, hastalığın kendi seyri, ilaç tedavisi ve bu kişilerde hastalık boyunca daha da artan yaşam tarzındaki kendine bakımda azalma gibi risk faktörleriyle ilişkili olabilir (66). Tedavide kullanılan antidepresanlar, antipsikotikler, lityum ve antikonvulzif ilaçlar da çoklu bedensel hastalıkların gidişi üzerinde olumsuz etkiye sahiptir (67,68). Kronik ruhsal hastalıkların olumsuz etkileri, yalnızca hasta olan kişi ile sınırlı olmayıp aile üyeleri ve kişinin üyesi olduğu toplumda da ortaya çıkar. Düşük ve orta gelirli ülkelerde hasta kişilerin bakım ve sorumluluğu, büyük ölçüde aile fertleri veya akrabalar tarafından yapılır (8–11). Kronik ruhsal hastalıkta hasta bireylerin öngörülemez ve ani davranış ve tutumlarda bulunabilme ihtimalleri nedeniyle devamlı yakın gözetim altında bulundurulmaları gerektiği için hem hasta bireylerin hem de bu kişilere bakım verenlerin yaşamlarını sınırlandırmaktadır (12).

2.2.1. Şizofreni

Psikotik bozuklukların yaygınlığı ifade edilirken uzun yıllar boyunca yalnızca şizofreni üzerinde durulmuş ve şizofreni yaygınlığı %1 olarak bildirilmiştir. Ancak son yıllarda çalışmalar şizofreni yaygınlığının toplumların farklılıklarına göre geniş bir aralıkta seyrettiğini saptamıştır (69).

Şizofreni tanı kriterleri DSM-5-TR'de şu şekilde belirtilmiştir (53):

‘‘A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (veya daha fazlasından) her biri, bir aylık (veya başarı şekilde tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kısmında bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1. *Sanrılar.*
2. *Varsanılar.*
3. *Darmadağınık konuşma (örn. sıkça konudan sapma veya anlaşılmayan şekilde konuşma).*
4. *İleri derecede dağınık davranış veya katatoni davranışı.*
5. *Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma veya kalkışamama)*

B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kısmında, iş, kişiler arası ilişkiler veya kendine bakım gibi, bir veya birden çok alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önceki düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk veya ergenlikte başlamışsa, kişiler arası, okulda veya iş ile ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

C. Bu bozukluğun devam eden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (veya başarı şekilde tedavi edilmişse daha kısa) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır, ön ve artakalan belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön veya artakalan evreleri boyunca, yalnızca silik belirtilerle veya bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan veya daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağandışı inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

D. Şizoaftif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon veya bipolar bozukluk dışlanır, ya 1) açık evre belirtileriyle aynı anda majör depresyon veya mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum belirtileri var olsa bile bunlar hastalık döneminin toplam süresinin az bir kısmında bulunmuştur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılan bir madde veya ilaç) ya da başka bir hastalığın fizyolojik etkilerine bağlanamaz.

F. Otizm spektrum bozuklukları veya çocukluktan itibaren var olan bir iletişim bozukluğu var ise, şizofreni tanısı konulabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar veya varsanılar da en az bir aylık (veya başarı şekilde tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ek olarak şizofreni tanısı da konur.”

Birbirinden farklı ülkelerde yapılan çalışmalar sonucunda şizofreninin nokta yaygınlık ortancasını binde 4,6-4,8 kişi olarak bulunmuştur. Yaşam boyu hastalanma olasılığı ise yüzde 0,7 olarak bildirilmiştir (70,71). Ülkemizde yapılmış

epidemiyolojik kesitsel araştırmalarda bulunan şizofreni yaygınlığı binde 8,9'dur (72). Daha önceden kadınlar ve erkekler arasında yaygınlığı ve sıklığı açısından belirgin bir fark görülmediğı ifade edilirken son yıllardaki çalışmalarında erkeklerde kadınlara göre yaygın olduğı, erkek kadın oranının farklı araştırmalarda 0,9 ile 2.4 (ortanca 1,4) arasında değıştiğı bildirilmektedir (73). Ortalama şizofreni başlangıç yaşı 15-25 yaş aralığındadır (74). Erkeklerde başlangıç yaşı daha erken olmakta ve genellikle kadınlara göre daha kötü gidiş göstermektedir (75). Hastalığın ortaya çıkışının eğitim alma dönemine denk gelmesi nedeniyle şizofreni ve diğerk psikotik bozukluklara sahip kişiler genel toplum ile karşılaştırıldığında, daha düşük eğitim düzeyine sahip olma eğilimdedir (76). Aynı eğilim, medeni durum için de geçerlidir ki, şizofreni hastalarının bekar veya boşanmış olma olasılıkları yüksektir (77). Şizofreni etyolojisinde çevresel ve kalıtsal faktörler etkilidir. Hastaların aile bireylerinde hastalığın görülme olasılığı topluma göre fazladır. İkiz ve evlat edinme araştırmaları kalıtsal faktörlerin hastalığın ortaya çıkmasındaki rolünü ortaya çıkarmaktadır. Birinci derece yakınları şizofreni tanısı alan bireyler topluma göre on kat daha fazla risk altındadır (78). Şizofreni hastalığına sahip anne ve babaların çocukları doğum sonrası evlatlık verildiğinde %10 oranında şizofreni ve diğerk psikotik bozukluklara yakalanma riski taşımaktadır. Bu risk şizofreni hastalığı olan ebeveyn ile birlikte büyüyen çocukların hastalanma oranlarına benzer olduğundan, ailesel geçişin yüksek oranda öğrenme ve diğerk çevresel faktörler yerine, genetik olduğunu düşündürmektedir. 2010'da Danimarka'nın ulusal kayıtları baz alınarak yayınlanan büyük bir çalışmada, anne ve babanın her ikisinin de şizofreni olması durumunda çocuklarda şizofreni görülme olasılığının %27.3 olduğuk, diğerk psikotik bozukların dahil edilmesi ile bu riskin %39.2'ye yükseldiğı belirtilmiştir (79). İkiz çalışmalarında tek yumurta ikizlerinin konkordansı %40-50 iken, çift yumurta ikizlerinde konkordans %6-10'dır. Tek yumurta ikizlerinde hastalık oranının %100 olmaması hastalığın yalnızca genetik faktörlerden değıl, çevresel faktörlerden de etkilendiğini gösterir (80). Ailelerin sosyoekonomik durumun düşük olmasının riski arttırdığına (81) veya sosyoekonomik durum ile hastalık riski arasında bir ilişkisi olmadığına yönelik çalışma da bulunmaktadır (82). Son yıllarda ilgi çeken başka bir etken de annenin gebelikte geçirdiğı influenza virüsü, sitomegalo virüs, herpes simpleks 2 virüsü, toksoplazma gondi enfeksiyonların çocukta şizofreni görülme riskini arttırmasıdır

(83–86). Gebelikte annenin yaşadığı stres ve yaşam olaylarının da etkili olabileceği (87), anne karnında maruz kalınan nikotinin çocukta şizofreni riskini 3 kat arttırdığı (88), annenin esrar kullanımı ile ilişki saptanamazken, özellikle yüksek alkol kullanımının riski arttırdığı bildirilmiştir (89). İlişkilendirme çok güçlü değil ise de zorlu gebelik süreci (preklampsi, kanama, diyabet, kan uyuşmazlığı), gelişim problemleri (küçük baş çevresi, düşük doğum ağırlığı, konjenital bozukluklar) şizofreni riskini arttırmaktadır (90). Erken çocukluk döneminde bakım verenlerle olan olumsuz yaşantılar gelecek yaşamda şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar açısından risk faktörlerindendir. Hangi neden ile ilişkili olursa olsun özellikle ebeveynlerden ayrılma ile ilgili negatif yaşantılar şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar için riski üç kata kadar arttırmaktadır (91).

2.2.2. Bipolar Affektif Bozukluk

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) raporuna göre dünya çapında en sık yeti yitimine neden olan altıncı sıradaki hastalık nedeni bipolar affektif bozukluktur. Raporlar, hastaların beklenen yaşam sürelerinin BAB nedeni ile 9.2 yıl azaldığını göstermektedir (92).

DSM-5-TR'e göre Bipolar Affektif Bozukluk tanı kriterleri (53):

Bipolar 1 bozukluğunun tanısını koymak için bir mani döneminin aşağıdaki tanı ölçütlerine uygun olması gerekmektedir. Mani dönemi öncesinde veya sonrasında hipomani veya majör depresyon dönemleri gözlenebilir.

‘A. Coşkulu, taşkın veya irritabl, olağandışı ve devamlı bir duygudurumun ve içsel güçte, olağandışı ve devamlı artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az bir hafta süreyle (veya hastaneye yatış gerekmişse herhangi bir süre), hemen hemen her gün, günün büyük bir çoğunluğunda var olması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte veya etkinlikte artış olduğu süre boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (veya daha fazlası) irritabl bir duygudurum varsa dördü belirgin şekilde vardır ve bunlar olağan davranışlardan büyük ölçüde değişiktir:

- 1. Artan benlik saygısı veya büyülenmeci düşünceler.*
- 2. Uyku ihtiyacında azalma (sadece üç saatlik bir uyku ile dinlenmiş hissederek).*
- 3. Her zamankinden daha fazla konuşma veya konuşmayı durduramama.*

4. *Düşüncelerde uçuşma veya fikirlerin birbiriyle yarıştığına dair öznel yaşantı.*
5. *Dikkat dağınıklığı.*
6. *Amaca yönelik etkinliklerde artış veya ajitasyon (bir amaca yönelik olmayan davranışlar)*
7. *Kötü sonuçlanabilecek aktivitelere aşırı ilgi, katılım, risk alma (örn. para harcamada artış, dikkatsizce cinsel aktivitelerde artış veya gereksiz iş yatırımları).*

C. Duygudurum bozukluğu kişinin işlevsellik düzeyini belirgin şekilde düşürür veya kişinin kendisine veya çevresine zarar vermemesi için yatırarak tedavi etme gerekliliği veya psikotik belirtiler vardır.

D. Bu bozukluğun nedeni bir madde veya ilaç kullanımı veya başka bir sağlık durumuyla ilişkilendirilemez.

Bipolar 1 bozukluk tanısının konulabilmesi için yaşam boyu en az bir mani döneminin yaşanmış olması gereklidir.

Hipomanik Dönem:

A. Coşkulu, taşkın veya irritabl, olağandışı ve devamlı bir duygudurumun ve içsel güçte, olağandışı ve devamlı artışın olduğu ayrı bir dönemin, en az dört ardışık gün süreyle, hemen hemen her gün, günün büyük bir çoğunluğunda var olması.

B. Duygudurum bozukluğunun olduğu ve içsel güçte veya etkinlikte artış olduğu süre boyunca, aşağıdaki belirtilerden üçü (veya daha fazlası) irritabl bir duygudurum varsa dördü belirgin şekilde vardır ve bunlar olağan davranışlardan büyük ölçüde değişiktir:

1. *Artan benlik saygısı veya büyülenmeci düşünceler.*
2. *Uyku ihtiyacında azalma (sadece üç saatlik bir uyku ile dinlenmiş hissederek).*
3. *Her zamankinden daha fazla konuşma veya konuşmayı durduramama.*
4. *Düşüncelerde uçuşma veya fikirlerin birbiriyle yarıştığına dair öznel yaşantı.*
5. *Dikkat dağınıklığı.*
6. *Amaca yönelik etkinliklerde artış veya ajitasyon*

7. *Kötü sonuçlanabilecek aktivitelere aşırı ilgi, katılım, risk alma (örn. para harcamada artış, dikkatsizce cinsel aktivitelerde artış veya gereksiz iş yatırımları).*

C. Hastanın işlevselliğiyle uyumsuz bir değişiklik söz konusudur, belirgin işlevsellik bozulması.

D. Duygudurum ve işlev değişiklikleri başkaları tarafından da fark edilebilir düzeydedir.

E. Bu dönem, toplumsal veya işle ilgili işlevsellikte belirgin düşmeye neden olabilecek kadar veya kişinin başkalarına zarar vermemesi için hastaneye yatış gerektirecek kadar ağır değildir. Psikotik özellikler var ise, bu dönem mani dönemi olarak kabul edilir.

F. Bu bozukluğun nedeni bir madde veya ilaç kullanımı veya başka bir sağlık durumuyla ilişkilendirilemez.

Bipolar 2 bozukluğunda hipomani dönemleri sık görülür, fakat bipolar 1 bozukluk tanısı konulabilmesi için hipomani dönemlerinin olması şart değildir.

Majör Depresif Dönem:

A. Aynı iki haftalık dönem boyunca aşağıdaki belirtilerden en az beşi vardır ve daha önceki işlevsellikte değişiklik olmuştur; bu belirtilerden en az biri ya çökkün duygudurum ya da ilgide azalma veya zevk alamamadır.

- 1. Çökkün duygudurum, neredeyse her gün, günün büyük çoğunluğunda vardır ve bu durumu kişinin kendisi ifade eder ya da bu durum başkaları tarafından gözlenir.*
- 2. Hemen hemen tüm etkinliklere karşı ilgide belirgin ölçüde azalma veya bu etkinliklerden zevk alamama durumu, hemen hemen her gün, günün büyük çoğunluğunda vardır (kişinin kendi ifadesiyle veya gözlem ile belirlenir).*
- 3. Kilo verme amacı yokken fazla kilo kaybı veya kilo alma (örn. bir ay içerisinde ağırlığın %5'inden daha fazla olan değişiklik) veya hemen hemen her gün iştahta azalma ya da artma*
- 4. Neredeyse her gün uykusuzluk veya aşırı uyuma*
- 5. Neredeyse her gün psikomotor yavaşlama veya ajitasyon.*

6. Neredeyse her gün enerji azalması, bitkinlik.
7. Neredeyse her gün aşırı veya uygunsuz suçluluk hissi (sanrısallık olabilir), değersizlik duyguları.
8. Neredeyse her gün dikkat ve konsantrasyonda zorluklar, kararsızlık (kişinin kendi ifadesiyle veya gözlem ile belirlenir).
9. Tekrarlayan ölüm düşünceleri, kendini öldürme planı olmaksızın yineleyici intihar düşünceleri veya kendini öldürme planı yapma veya kendini öldürme girişimi

B. Bu belirtiler klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya veya toplumsal, işle ilgili alanlarda veya önemli diğer işlevsellik alanlarında düşmeye neden olur.

C. Bu dönem bir madde veya ilaç kullanımı ya da başka bir sağlık durumuyla ilişkilendirilemez.

Bipolar 1 bozuklukta majör depresyon dönemi sık görülür fakat Bipolar 1 bozukluk tanısı konulması için bu dönemlerin olması şart değildir.

Duygudurum dönemlerinin örüntüsü; bunalıtlı, karma özellikler gösteren, hızlı döngülü, melankoli özellikleri gösteren, atipik özellikleri gösteren, duygudurumla uyumlu veya uyumlu olmayan psikotik özellikler gösteren, katatoni ile giden, peripartum başlayan ve mevsimsel özellikler gösteren şeklinde tanımlanır. ‘‘

BAB yaygınlığı için tüm tipleri dahil edildiğinde %5'e yakın oranlar bildirilmektedir (93). Hastalığın başlangıç yaşı ortalama 20'li yaşların başlarıdır ancak başlangıç yaşı için 50'li yaşlarda ikinci piki görülebilmektedir (94). BAB tip 1'de cinsiyet farkı olmamakla birlikte tip 2'nin kadınlarda erkeklere göre daha fazla görüldüğü bilinmektedir (95). Hastalığın ilk belirtilerinin ortaya çıkışı ile BAB tanısı konulana kadar geçen zaman iki yıldan fazladır. Bu zaman aralığında hastalardan %40'ı farklı tanımlarla tedavi görmektedirler (96). Aile öyküsünde hastalığı taşıyan kişilerin olması risk faktörüdür. Ayrıca aile öyküsünde BAB tanısı olan kişilerde başlangıç yaşı daha erken ve hastalığın seyri daha kötü gidişli olma eğilimindedir. Aile öyküsü olması durumunda BAB tip 2'de hastalığa yakalanma riski %1-5 aralığındayken, tip 1'de bu oran %15'dir (97). Hastalığın erken başlama yaşı, bireylerin kişiler arası ilişkilerini ve yetilerini etkilemekte ve bu nedenden ötürü BAB bekarlarda evli kişilere göre daha yüksek oranlarda görülmektedir. Bununla birlikte yapılan bir araştırmada hastalığın görülme oranının bekar ve evli bireylerde farklı

olmadığı, fakat evliliğini bitirmiş kişilerde anlamlı derecede daha yüksek oranda olduğu da bildirilmektedir (98). BAB etyolojisi tam olarak aydınlatılamamıştır (99). Genetik etmenlerin hastalık üzerindeki etkisini ortaya koymak için ikiz çalışmaları önemli yer tutar. Bu alanda yapılan bir çalışmada genetiğin %93 oranında hastalık üzerinde belirleyiciliği olduğu ileri sürülmüştür (100). Tek yumurta ikizlerinde konkordansın %70'lere kadar varabildiği, popülasyon ile karşılaştırıldığında yedi misli fazla olduğu bildirilmiştir. Hastalığa sahip olanların akrabalarında en fazla saptanan bozukluk unipolar depresyon olarak bilinmektedir (101). Çift yumurta ikizlerinde ise konkordans oranı %16-35 aralığında saptanmıştır (102). Evlat edinme çalışmaları da bu hastalık için genetik etmenlerin önemini ortaya koymaktadır (103). Çevresel etmenler arasında en tutarlı sonuçlar, iklim değişikliklerinin hastalık üzerindeki etkisine dairdir. Mevsimlere göre depresif ve manik ataklar tekrarlayıcı şekilde ortaya çıkabilir. Ayrıca mevsimsel özellikteki ataklara sahip olan hastalarda hastalığın seyrinin daha şiddetli olduğuna yönelik bulgular vardır (104).

2.3. Bakım Veren Kavramı

Bakım veren; hastalık tanısı alan kişinin hastalık süreci hakkında bilgi sahibi olan, kişiye bu konuda bilgi vermek, sosyal, mali işlerini yürütmek, fiziksel ve ruhsal sağlığı konusunda yardım etmek gibi görevleri üstlenen kişidir (13). Yıllar içinde toplumu kapsayan bakım politikası ile birlikte bakım sorumluluğunun kurumsal düzeyden primer bakım sorumluluğuna geçişi, bu sorumluluğun aileye doğru kaymasına ve bakım verenin hasta bireyle daha fazla süre geçirmesine neden olmakta ve aile bireylerinin bakım verici rolünün giderek önem kazanmasına yol açmaktadır (14). Hastalık tanısı alan kişilere bakım veren kişilerle ilgili çalışmalarda; bakım verenin çoğunlukla aile içindeki kişilerden olduğu ve bu kişinin de çoğunlukla hasta kişinin evli değil ise ebeveynlerinin, evli ise eşi olduğu; bunu sırayla kız çocuklarının, gelinlerinin, akraba olan veya olmayan kadın cinsiyette kişiler, son olarak erkek çocukları olduğu ortaya konulmuştur (13).

Bakım verenin bakım vermeye odaklı yaşam tarzının gerginlik, kas ağrısı, fiziksel yorgunluk, uykusuzluk ve tükenmişlik hissi gibi sorunlara neden olduğu saptanmıştır (15). Bakım verenin bahsi geçen fiziksel ve ruhsal problemleri, hasta bireye verilen bakımı olumsuz yönde etkileyerek bir kısır döngüye yol açar. Ancak bu

verilere rağmen, 2012 yılında bakım verenler arasında yapılan bir çalışmada, tüm bakım yüküne rağmen çalışmaya dahil edilen 140 kişinin %78'i bakım vermekten memnun olduklarını, bakım verenler arasında 2002 yılında yapılan başka bir çalışmada dahil edilen 210 kişinin %73'ü bakım vermenin en az bir olumlu yönünü bildirmişlerdir (16,17). Dolayısıyla tüm bu sorunlara karşın bakım vermeyi sürdürme, bakım vermekten memnuniyetini dile getirme tutumları bakım verme özelliklerinin incelenmesi konusunu gündeme getirmektedir.

Yapılan bir çalışmada, bakım verenler kendi kırılğan ve eksik yönlerini bilmenin bakım vermeyi kolaylaştırabileceğini, başa çıkmakla ilgili bilgi sahibi olabileceklerini ifade etmişlerdir (45). Bundan dolayı bakım verenlerin ilişkilerinde ne tür hisler yaşadıklarını, nasıl tutumlar geliştirdiklerini incelemenin tedavinin adımlarından biri olabileceği bildirilmiştir (46).

Kronik ruhsal hastalıklara bakım verenlerin tedavi sürecindeki algı ve tutumları hastayı doğrudan etkilemektedir (105). Çalışmalarda, kronik ruhsal hastalığı olan kişiye bakım verenin hastalıkla ilgili işlev yitimini kompanse edebilmek için bulunduğu telafi davranışlarının; hastayı yakından takip etmenin, aşırı müdahaleci davranmanın sonucunda hastaların tedavilerine yönelik motivasyonlarının düştüğü, ilaç uyumsuzluğunun olduğu bildirilmiştir (13). Ülkemizde KRH tanısı alan kişilere çoğunlukla bakım verdiği bilinen ebeveynlerden sıklıkla anne aşırı müdahaleci, koruyucu tutumda olmakta; baba ise daha suçlayıcı ve eleştiren tutumda olmaktadır. Her iki tutum da hastanın tedavi uyumu üzerinde olumsuz yönde etkilidir (106). Tüm ruhsal hastalıklar içerisinde en fazla yeti yitimine neden olduğu bilinen şizofreni ve BAB gibi kronik ruhsal hastalıkların bakım yükü de, çoğunlukla ailenin üzerindedir. Bakım veren yükü bakım verenin yaşı, hastanın hastalık süresi, önceki tedavilere iyi yanıt alınamaması, belirti şiddeti ve yeti yitimi düzeyi ile bağlantılı bulunmuştur (106). Bakım veren yükü objektif ve subjektif açıdan değerlendirildiğinde, objektif yük olarak tanımlanan mali yükün bir kısmı; birincil bakım verenlerin hasta kişiye bakmak için işinden ayrılması, erken emekli olması (107) nedeniyle olmakla birlikte ülkemizde de ebeveynlerden birinin bakım vermek için çalışmaması sık rastlanılan bir durumdur (106). Ayrıca bakım verenlerde yine objektif yük olarak tanımlanan hipertansiyon, kalp hastalıkları, somatik yakınmalar gibi stres ile tetiklendiği bilinen hastalıklar sıkça görülmektedir (107). Subjektif bakım yükü ise, hastalığın genetik etyolojisi nedeniyle

ebeveynlerin kendilerini suçlu hissetmesi, tedavi uyumsuzluğuna yönelik öfke, hasta evli ve bakım vereni eşi ise ek olarak çocuklarının bakım yükü, kardeşlerde hastalık tanısı almaya yönelik kaygı ve damgalanmaya yönelik korku olarak sayılabilir (106). Bakım yükü açısından risk faktörleri; eleştirici, suçlayıcı ve mükemmelliyetçi tutumlar, aile üyeleri arasındaki çatışmalar, maddi zorluklardan dolayı borç yükü, barınma ile ilgili sorunlar, damgalanma korkusu, tanı sonrası ruhsal travma yaşanmış olmasıdır (108). Koruyucu faktörler ise, aile üyelerinin birbiriyle iletişimin güçlü ve dolaylı değil doğrudan olması, yaşanan sorunların saklanmadan açık şekilde konuşulabilmesi, birbirleriyle vakit geçirme alışkanlıklarının olması, aile içindeki rollerin net olması, duyguların olağan sınırlar içerisinde ifade edilebilir olmasıdır (106). Bakım verenlerin hastalıkla ilgili en çok etkilendiklerini ifade ettikleri konular; hastalığın atak dönemlerindeki intihar düşünceleri ve girişimleri, çevreyi de etkileyen saldırganlık davranışlarıdır (109). Bakım verenler hastayı gözetimde tutmak zorunda hissetmekle birlikte kendilerine vakit ayıramadıklarını, sosyal aktivitelerini kısıtladıklarını bildirmişlerdir (16). Bakım verenlerin aşırı müdahaleci ve koruyucu tutumlarıyla birlikte hastanın tüm ihtiyaçlarını üstlenme, damgalanma riski nedeniyle hasta ve hastalığı saklama eğilimleri ile birlikte hasta bireyin toplumdan soyutlanması; örneğin işlev yitimine rağmen bir işte çalışmaması hastalığın seyrinin kötüleşmesine neden olmaktadır (110).

2.4. Eş Bağımlılık

Eş bağımlılık, bireyin kendi dışındakilere fazla odaklanması, duygularını açıkça ifade etme becerisindeki eksiklik ve hissetmek istediği duyguları kişiler arası ilişkiler aracılığıyla sağlama çabalarıyla ilişkili bir ilişki paternidir. Bu kavram, ilk olarak alkol bağımlılığı olan kişilerle çalışılırken ortaya atılmıştır (18). Bin dokuz yüz ellili yıllarda alkol kullanım bozukluğu tanısı ile takip edilen bireylerden oluşan adsız alkolikler ile ilgili yapılan çalışmalar, tedavide aile üyelerine odaklanılması gerektiği şeklinde farklı bir yaklaşımın önünü açmıştır. Bu yaklaşım, ‘eş bağımlılık’ kavramının ortaya çıkmasını sağlamıştır. Kavramın ortaya çıkışı, alkol kullanım bozukluğu tanısı olan erkeklerin eşlerindeki davranış bozuklukları ve psikolojik sorunlar sonucunda olmuştur (111). Geçmiş yıllarda, bazı araştırmacılara göre, eş bağımlılık hasta bireyde var olan bağımlılık özelliklerinden daha kötü sayılabilecek, ailenin her bir ferdinde var olan tanı konulabilir ve tedavi edilebilir olan birincil patoloji olarak dahi

yorumlanmıştır (112). Bundan yola çıkarak 1986 yılında kendi geçmiş yaşantılarında da istismarın olduğu, işlevselliği düşük olan ailelerde büyüyen iki terapist olan Ken ve Mary Richardson tarafından Adsız Eş Bağımlılar Programı (Codependents Anonymous-CoDA) kurulmuştur. Bu program tıpkı Adsız Alkolikler programında olduğu gibi 12 adımdan oluşacak tedavi programı şekilde düzenlenmiştir (113). Eş bağımlılık, ilk başlarda sadece madde bağımlıların yakınlarında görüldüğü düşünülen bir örüntüyken yapılan çalışmalarla, kişinin bağımlı birinin yakını olmasa da eş bağımlılık paternine sahip olabileceği ileri sürülmüştür (114).

Günümüzde eş bağımlılık kavramı üzerinde uzlaşılmış bir tanım yoktur. Bin dokuz yüz seksen dokuz yılında bu alanda çalışmalar yapan 22 araştırmacı bir araya gelerek bu kavramı şu şekilde tanımlamaya çalışmıştır: *“Eş bağımlılık; güven, benlik değeri ve kimlik kazanmak için kompulsif davranışlara ve diğer kişiler tarafından onaylanmaya acı verecek düzeyde bağımlı olma paternidir.”* (113). Bu alanda çalışmalar yapan psikiyatrist Timmen Cermak tarafından eş bağımlılığın DSM’de yer bulabilmesi ve çalışmalarda kullanılabilmesi için eş bağımlılık kriterleri şu şekilde sıralanmıştır (115):

- A. *Benlik saygısının, olumsuz etkilerine karşın kendilerine ve başkalarına yönelik kontrol davranışlarına odaklanması.*
- B. *Diğerlerinin ihtiyaçlarına odaklanıp sorumluluk alınırken kendi gereksinimlerini inkar etme.*
- C. *Ayrılma ve yakınlaşma durumlarında endişe ve sınır problemleri.*
- D. *Dürtü bozukluğu, kişilik bozukluğu ve bağımlılık sorunları olan kişilerle ilişki kurulması.*
- E. *Aşağıda belirtilen kriterlerin 3 veya daha fazlasının birlikte var olması.*
 1. *Duyguların ifade edilememesi veya ani patlamalar yaşanması.*
 2. *Depresif belirtiler.*
 3. *Aşırı uyarılmışlık tepkileri.*
 4. *Tekrarlayıcı zorlanti davranışları.*
 5. *İnkâr savunma mekanizmasının kullanılması.*
 6. *Uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin kötüye kullanımı.*
 7. *Tekrarlayıcı şekilde ruhsal ve fiziksel istismara maruz kalma.*
 8. *Stres ile tetiklenen bedensel rahatsızlıklar.*

9. *En az 2 yıl süre ile desteğe başvurmadan madde kullanan birey ile yakın ilişkisinin sürdürülmesi.*

Eş bağımlılığın günümüzde halen tanımı üzerine tartışmalar devam ederken Amerika Ulusal Eş Bağımlılar Birliği (National Council on Codependency) şu tanımı yapmıştır: *eş bağımlılık, öğrenilmiş bir davranış olup insan ve/veya nesnelere olan bağımlılıktır.* Eş bağımlıların, kendilik değerinin küçümsenmesi, kendi ihtiyaçlarına ilgisizlik, obsesif (kompulsif) alışkanlıklar, uyuşturucu bağımlılığı ve kendine yabancılaşma ile karakterize bozukluklar ve utanç duygularıyla kendini gösteren olumsuz bir benlik yapısına sahip oldukları ileri sürülmektedir (116,117).

Eş bağımlılıkta belirtilen temel unsur, başka bir kişi ile aşırı düzeyde meşgul olmaktır. Eş bağımlı kişilerin başlıca özellikleri ise, diğerlerinden onay görme ihtiyacına sahip olmak, ilişki içerisinde olduğu kişiden ilgi ve sevgi görmeyi beklemek, bunlarla ilişkili olarak da kendi gereksinimlerini ertelemek ve diğer kişilerin ihtiyaçlarına öncelik vermektir. Bununla birlikte yakın ilişkilerinde güvensizlik duygusu ile birlikte hislerini sürekli kontrol altında tutma gayretinde olan, sorumlulukları gereğinden fazla üstlenen ve bununla ilişkili olarak da aşırı şekilde kendini eleştirme eğiliminde olan kişilerdir. Bu öz eleştiri ile ortaya çıkan yoğun suçluluk duyguları, kendilerinden fedakarlık yapma ve bakım verilen kişi ile ilgilenme çabası ortaya çıkarmaktadır. Utanç, eş bağımlı bireylerin kendi ihtiyaç ve hislerini görmezden gelmelerine yol açabilir. Bununla başa çıkabilmek için çoğunlukla olayları görmezden gelebilir ve beklenmedik anlarda kaygı, öfke duyabilmektedir. Bu öfke de, ilişkilerde kendini çözüme yönelik olmayan davranışlarla gösterebilmektedir. Bu durum eş bağımlı kişilerin bakım verdiği bireylerin yardım almaları önünde de engel oluşturabilmektedir (113). Eş bağımlı kişiler kendilerini bakım verme rolleri ile özdeşleştirerek kendi değerlerini hizmet verdikleri kişiler üzerinden oluşturmakla birlikte bir tür bağımlılık geliştirirler. Bu durum bazen diğer bağımlılıkların bir belirtisi, bir hastalık veya bir sendrom olarak tanımlanabilir (118).

Eş bağımlılığın altında yatan birçok neden vardır. Uzmanlar tarafından eş bağımlılık örüntülerinin bir nesilden diğerine aktarılabilirdiği ve öğrenilmemiş olabileceği şeklinde yorumlar yapılmıştır (113). Bu alanda yapılan çalışmaların vardığı sonuç, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan bireyler tedavi alıp bağımlılıktan kurtulduktan sonra dahi eş bağımlı yakınlarında değişiklik olmadığı

gözlemidir, bu da eş bağımlılık örüntülerinin değiştirilebilmesinin güç ve daha köklü şekilde yerleşmiş olduğunu, nesilden nesile aktarılabilirdiği yorumunu desteklemektedir. Eş bağımlı kişi, sağlıklı aile ortamında sorunlarla başa çıkabilmek adına geliştirdiği başa çıkma mekanizmalarını yetişkin hayatında da sürdürmesi nedeniyle sağlıklı olmayan ilişkiler kurabilmektedir (119). Öte yandan, yaşanan sosyal çevrede pekiştirilebilen öğrenilmiş bir davranış olabileceği de düşünülmektedir. Genellikle ailede alkol kullanım bozukluğu öyküsü, fiziksel istismar ve ruh sağlığı hastalığı öyküsüne sahip kişilerde eş bağımlılığın fazla olabileceği bildirilmiştir (120). Bowen'in aile sistem teorisinde aileden ayrışma sürecinde bireyin duygusal olgunluğu üç gruba ayrılır. Düşük derece olgunlukta, kişinin kendi düşünce, duygu, arzularındansa diğerleriyle ayrılmamış bir benlik ortaya konulur. Bu ayrılmamış benlik, başkalarının kendi haklarında karar verilmesi beklentisini, sorumluluklarının alınmaması sonucunu doğurur. Problemler karşısında duygularını yönetmekte güçlük çekerler. Orta derecede ayrılmamış kişilerde başkaları tarafından onaylanma önceliktir. Diğer kişilerin onlar hakkında ne düşündüğü, ne hissettiğine dayalı bir benlikleri vardır, bu nedenle başkalarına odaklı yaşamları vardır. Sosyal alanlarda zorluk, madde bağımlılıkları, bedensel hastalıklara sahip olabilirler. Yüksek derece olgunlukta ise bireyler kendi sınırlarını, arzuları bilir ve buna dayalı kişisel ilişkilerde bulunurlar. Öz benlikleri gelişmiştir. Bireyselleşme-ayrışma döneminde yaşanan sorunlara sahip aileler ile eş bağımlılığı oluşturan özelliklerin çok benzer olması nedeniyle, bu ailelerin ileride eş bağımlılığın bir tezahürü olabileceği belirtilmektedir (121).

Eş bağımlılar, başa çıkmak için kendi içsel dürtülerine başvurmak yerine, başkalarının davranışlarına uyum sağlar ve bu şekilde tepki verirler. Zamanla bu içsel dürtüler baskılanır, belli belirsiz hale gelir ve kişilik gizlenerek gerçek benliğe erişim azalır (113). Eş bağımlı kişilerin kendilerine ait düşünce, his ve muhakeme kapasitesine sahip olmadıkları, değer yargılarının ilişkide oldukları kişiler tarafından şekillendirildiği ifade edilmektedir. Bu bütünleşmişlik nedeniyle kendi sınırlarını kaybederek kendi benlik özelliklerini göz ardı edip dışsal dünyayı temel alırlar (18). Çocuklar da savunmasızdır ve ihtiyaçlarının karşılanması için bakım verenine bağımlıdır. Sağlıklı şekilde büyüme sürecinde temel ihtiyaçlarla birlikte, dokunsallığa, dikkate, güvene ihtiyaç duyulur. Bebekler bu bağımlılık döneminde yaşamını

sürdürmek için anneye diğer bir deyişle bakım verenine öylesine bağımlıdır ki, anneyi vücutlarından ayrı bir varlık olarak algılamazlar. Bakım verenin her türlü olumlu ya da olumsuz tepkisinden etkilenirler. Çocuğun ruhsal ihtiyaçlarının uygun şekilde karşılanması güvenli, hayati önemi olan bağımsız benliğin oluşmasını sağlar. Bakım verenin bu süreçlerdeki yetersiz ve olumlu olmayan tepkileri bu gelişimi engeller. Bu tepkilerin yetersizliği annenin de tamamlanmamış benliğini yansıtır. Eş bağımlılık bu şekilde nesilden nesile aktarılır (113). Eş bağımlığa neden olabilen faktörler arasında kültürel etmenler de vardır. Bu açıdan bireysel ve toplumcu kültürel unsurlar söz konusudur. Eş bağımlılığın bireyselleşme-ayırışma döneminde yaşanan problemlerle ilgili olduğu düşünüldüğünde toplumcu kültürlerle daha ilişkili olması beklenmektedir. Yapılan çalışmalar buna uygun olarak eş bağımlılık bireyci ve bağımsız kültürlerle negatif korelasyon gösterirken toplumcu ve bağımlı kültürlerle pozitif korelasyon göstermiştir (122). Ayrıca çeşitli kültürlerde eş bağımlılığı araştıran Amerikalı ve Tayvanlı öğrenciler arasında yapılan bir çalışmanın her iki grupta da ailenin işlevselliğinin ve psikososyal düzenin eş bağımlılık üzerinde etkili olduğunu ortaya koyması, kültürel değerlerden çok ailenin yapısının belirleyiciliğini de düşündürmektedir (123).

Bu alanda yapılan araştırmalar kullanım bozukluklarının gelişmesinde ve sürmesinde ailenin rolünün önemli olduğu sonucuna varmıştır (124). İlk başlarda eş bağımlılık kavramı eşlerinde AKB olan kadınların tutumlarındaki ve ruhsal durumlarındaki bozukları tanımlamıştır (111). Eş bağımlı kadın, süreç içerisinde bağımlılık geliştiren kişi ve bağımlılıkla birlikte ortaya çıkan ek sorunları temel ilgi odağı haline getirmeye başlamaktadır. Eş bağımlı eşler kişisel ihtiyaçlarını, yaratıcılıklarını, cinsel ve saldırgan dürtülerini bastırmak zorunda kalabilmektedirler (125). Çok sayıda çalışma, AMKB kişilerin eşlerinin sıklıkla önemli zihinsel ve fiziksel sorunlar, iletişim sorunları, sosyal aktivitede azalma ve evlilik doyumunda azalma yaşadığını ortaya koymuştur (126). Meksika'da yapılan bir araştırma, genel tıbbi bakıma başvuran genç kadınların %25'inin alkol kullanım bozukluğu tanısı olan bir partnerle ilişki içinde olduğunu ve bu kadınların sıklıkla eş bağımlılık belirtileri sergilediğini ortaya çıkarmıştır (127). Eş bağımlıların bağımlı eşlerine yönelik ifadelerine bakıldığında sosyal ilişkilerde, maddi konularda ve çocuk bakımı, iş dışındaki yaşamlarını kapsayan ev içi ücretsiz iş gücüne ait sorumluluk alanlarında

ciddi sorunlar yaşadıklarını ifade ettikleri bildirilmiştir (128). Bununla birlikte, eş bağımlı aile fertleri, düşük özsaygı, duygusal kontrol eksikliği ve pişmanlık hissi nedeniyle sıklıkla sınır koymakta ve ihtiyaçlarını dile getirmekte zorluk yaşamaktadırlar. Bu, AMKB tanısı olan kişilerin bağımlılıklarını sürdürmelerini kolaylaştırmakla birlikte aile fertlerinin kendileri ve sevdikleri için yardım almalarının önünde engel teşkil etmektedir (129). Eş bağımlı eşler, eşlerinin alkol ve madde kullanımlarını, uyumsuz davranış kalıplarını gizleme veya yoğun şekilde destek verme ihtiyacı hissettiklerini ifade etmektedir. Bu ihtiyaç dikkate alındığında eş bağımlılık, çocukluktan başlayarak çeşitli faktörlerin etkilediği çok faktörlü bir problem olarak da tanımlanmaktadır. Bakım verme rolünü üstlenmeye yönelik bu zorlantılı ihtiyaç, alkol veya madde kullanıcılarında uyumsuz tutumları güçlendiren paradoksal bir ilişki yaratabilir. Eş bağımlı kişiler, ilişkilerindeki acılarına rağmen sorunlu aile üyeleriyle güçlü ilişkiler sürdürürler (127). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada, alkol madde kullanımı olan evli bireylerin ailelerindeki eş bağımlılık düzeyi, bekar bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Alkol madde kullanan bireylerden çocuğu olmayanların aile bireylerindeki eş bağımlılık düzeyi ise, çocuğu olanlara göre daha düşük bulunmuştur (19).

2.5. Özgecilik

Türk Dil Kurumu Ruh Bilimleri Sözlüğü'nde(1980), Türkçe'de 'diğerkamlık', İngilizce'de 'altruism' olarak ifade edilen özgecilik; 'bencillik ve ben tutkusu yerine sevginin başkalarına yönelmesi durumu' şeklinde, Eğitim Terimleri Sözlüğü'nde(1974) ise 'fayda sağlama amacı gütmeyen diğerlerinin iyiliği için özveride bulunmayı prensip olarak kabul eden ahlaki görüş ve her bireyin asli sorumluluğunun diğerlerine, topluma adanmış olması düşüncesini temel alan Auguste Comte ve Spencer'in ortaya attığı felsefi görüş' şeklinde tanımlamıştır (130). Karşılık beklemeden başkası ya da başkalarının faydası için yapılan davranış olarak tanımlanmaktadır (21). Toplumdaki diğer kişiler tarafından yüceltilme, saygı görme, onaylanma, ilgi odağı olma gibi hedeflerle yapılan olumlu sosyal davranış ile herhangi bir çıkar (başkalarına fayda sağlamanın verdiği olumlu duygu dışında) beklenilmeden yapılan davranış arasında ayırım yapmak önem taşımaktadır. Bir davranışın özgeci olarak tanımlanması için bütünüyle gönüllü olarak sadece diğer kişi ve/veya kişilerin sıkıntısını gidermek veya azaltmak amacıyla ortaya konulması gerekmektedir (22). Pro-sosyal davranış (olumlu

sosyal davranışlar) ile özgecilik birbirinin yerine kullanılsa da, tam olarak aynı kavramlar değildir. Pro-sosyal davranış kavramı, antisosyal davranışların aksine tüm yararlı davranışları kapsayan geniş bir kavram olarak 1960'lı yıllarda kullanılmaya başlanmıştır (131). Özgecilik, pro-sosyal davranışlardan biri olsa da her olumlu davranışı özgecilik olarak nitelendirmek mümkün değildir. Kişilerin karşılığını bekleyerek, diğerleri tarafından zorunda bırakılarak veya işbirliği amacı taşıyan olumlu sosyal davranışları pro-sosyal davranış olarak adlandırılrsa da özgecilik olarak ifade edilemezler (132). Bilimsel anlamda özgeciliği, diğer pro-sosyal davranışlardan ayıran tanımlamalarda, kendi zararına olması halinde bile bir diğerinin yararını gözetme tutumu ile birlikte, şu öğelere dikkat çekilmiştir:

1. Özgecilik yalnızca iyi niyet içeren düşünceler değildir, eylem içermelidir.
2. Bu eylem, ister bilinçli ister bilinçsiz olsun bir amaç içermektedir.
3. Bu amacın en önemli unsuru diğerine fayda sağlamaktır. Eğer eylem ikincil sonuç olarak bir diğerine fayda sağlıyorsa özgecilik olarak nitelendirilmez. Amaç temel olarak kendinden başkasına yardım etmektir, herhangi bir ödül beklentisi yoktur.
4. Amacına ulaşmasa dahi niyet ön plandadır.
5. Eylem, koşullara göre farklılık göstermez.
6. Eylemde bulunan kişinin zararına olma riski taşıyan nitelikte olmaktadır (133).

Evrimsel bir perspektiften bakıldığında, hayatta kalmak ve üremek için belirli özellik ve davranışlara (taklit etme gibi) sahip bireylerin hayatta kalma olasılıkları, bu özelliklere sahip olmayan bireylere göre daha yüksektir. Bu bireyler hayatta kalma özelliklerini ve davranışlarını gen aktarımı yoluyla sonraki nesillere aktarsalar da, bu özelliklere sahip olmayan bireyler doğal seçimle yok olmaktadır (134). Kendine nazaran başkasının çıkarını öncелеmek anlamına gelen özgeciliğin bazı zamanlarda eylemde bulunan kişinin zararına olabilmesi, Charles Darwin'in doğal seçim teorisine göre değerlendirildiğinde şaşırtıcı karşılanmaktadır. Özgeciliğin sosyal açıdan ortadan kaybolmadan günümüze kadar varlığını sürdürmesi, evrimsel psikoloji tarafından 'karşılıklı özgecilik kuramı' ile açıklamaktadır. Yalnızca bir başkasının çıkarını düşünerek eylemde bulunmak, gelecekte aynı eylemin kendisine karşı yapılma olasılığını artırarak, o an için olmasa da ilerideki tehlikelere karşı bir başkasının

yardım etmesiyle uzun vadede o kişi için de olumlu geri dönüşler sağlayabilmektedir (135). Psikoloji kuramları açısından bakıldığında özgecilik, diğerlerinin gereksinimlerini karşılamak için aşırı çaba harcama olarak tanımlanan savunma mekanizmasıdır. Özgecilikte kişi, bir başkasına yönelik çaba harcarken kendi içgüdüsel tatminini sağlamaktadır (35).

Sosyal öğrenme teorisi, kişisel ve çevresel faktörlerin iç içe geçmiş faktörler olarak değerlerin oluşumunda etkili olduğunu belirtmektedir. Bu teoriye göre, olaylar karşısındaki tutum ve davranışlar, çevresel faktörlerden etkilenmektedir. Sosyal öğrenme teorisyenleri ahlaki değerlerin bununla bağlantılandırılan davranışların rol model olarak benimseme, öykünme ve yine çevre tarafından pekiştirme yoluyla kazanıldığını öne sürmektedirler (136). Hümanist psikoloji anlayışının önde gelen isimleri Carl Rogers ve Abraham Maslow ile birlikte, Gestalt terapisi kuramcısı Fritz Perls, kişinin özgeci davranışlarının insan doğasına ait bir nitelik olduğu görüşüne kuramları içinde yer vermiştir (137,138).

Özgecilik, bireylerin yaşı, cinsiyeti, duygudurumu ve yardıma ihtiyaç duyan kişinin nitelikleri gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Araştırmalar, özgecilik ve diğer pro-sosyal davranışların yaştan ilerlemesi ile artış gösterdiğini göstermektedir (139). Araştırmaların bazıları özgecilik konusunda kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğunu bildirirken (140–144) başka araştırmalarda belirgin bir cinsiyet farklılığı olmadığını, farklılıkların özgeciliğin gösterilişi ve davranışların motivasyon farklılığından kaynaklandığını ifade etmişlerdir (145–147).

Duygudurumdaki olumluluğun özgecilik üzerinde etkili olduğu, bu durumda kişilerin çevrelerindeki olayları fark edip özgeci davranışta bulunma ihtimallerinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (21,148–152). Özgeci davranışta bulunan kişinin yardım edeceği kişiyle benzer özellikleri olduğuna dair bir algısı olduğunda, özgeci davranışta bulunulma ihtimali artmaktadır (153,154).

2.6. Bağlanma Kuramı ve Bakım Verenlerde Bağlanma Biçimleri

Bowlby, bağlanma kuramında, çocuğun erken dönemde bakım vereniyle kurduğu ilişkinin duygusal ve bilişsel gelişimi, gelecekteki davranış ve tutumları üzerinde büyük bir etken olduğu görüşünü ortaya atmıştır (155). Bağlanma kuramında,

bebeğin bakım vereni ile kurduğu ilk ilişkide, ihtiyaç duyduğu anlarda gereksinimleri ölçüsünde bakım verenin ulaşılabilir ve uygun destekleyici tutumunun olması durumunda kendiliği ve ötekilerle ilgili olumlu algılarını artırabilme kapasitesinin arttığı; bunun aksine uygun zamanda ve tutarlı şekilde gereken yakınlık ve desteğin sağlanmaması durumunda kendiliği ve çevresine yönelik olumlu olmayan, güven algısını zayıflatan zihinsel temsillerinin arttığı ifade edilmektedir. Bu erken bağlanma ilişki özellikleri, kişinin hem kendisine hem de başkalarına yönelik içsel temsillerini oluşturmasıyla birlikte yaşam boyu ruhsal dengeyi etkilemekte ve olumsuz yaşam olaylarına dair tutumlarını şekillendirmektedir (156). Bu alanda önemli çalışmalar yapan Mary Ainsworth, bebeklerin birincil bakım vereni olan anneleri ile ilişkilerinde bebeğin anneye yönelik dikkati, etkileşimi, fiziksel yakınlık kurması, temas etmesi, ağlaması, beslenmesi gibi davranışları ile birlikte annenin de bebeğin bu davranışlarına karşı hassasiyetini, yanıtının uygunluğunu ve zamanını gözlemlemiştir. Ainsworth'a göre, sağlıklı şekilde bağlanmanın en önemli kriteri, bebeğin keşfetmesi için annenin güvenli bir üs olarak bulunmasıdır (157). Bu sonuçtan yola çıkarak yaptığı ‘yabancı durum deneyi’nde bebeğin tepkilerini inceleyerek bağlanma şekillerini kavramsallaştırmıştır (158). Bebeğin annenin yanında olduğu veya olmadığı, başka bir yabancı olduğu durumlardaki meraklı ve keşfetmeye yönelik davranışları, agresyonu gözlemlendiğinde üç farklı bağlanma stili tanımlanmıştır, bunlar kaygılı/kaçıngan, kaygılı/kararsız, güvenli bağlanma biçimleridir (159). Güvenli bağlanma biçimine sahip olduğu saptanan bebeklerin, stres altında uzun sürmeyen gerginliklerinin olduğu, bakım verenleriyle yakınlık arayışına girdikleri, bakım vereni ile tekrar karşılaştıklarında aynı şekilde keşfetme davranışını sürdürdükleri tespit edilmiştir. Deney dışında bakım vereni ile bebek ilişkisinin gözlemlenmesiyle saptanan en önemli özellik, bakım verenin de bebeğe verdiği tepkilerin çoğunlukla olumlu ve tutarlı davranışlar olduğudur. Kaygılı/kararsız bağlanma biçiminde, bakım vereninden ayrılan bebeklerin aşırı şekilde kaygı ve korku tepkileri verdikleri, başka bir yabancı ile iletişim kurmadıkları, bakım vereni ile tekrar karşılaştıklarında sakinleşmelerinin daha uzun sürdüğü, keşfetme ve meraklı davranışlarını tekrardan sergilemek yerine bakım verenleriyle yakın temas taleplerinin olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlanma biçimine sahip bebeklerin bakım verenleriyle ilişkilerinde, bakım verenin bebeğe tepkilerinin çoğunlukla tutarsız, öngörülemeyen, bazı zamanlarda

ulaşılamayan bazı zamanlarda aşırı müdahaleci olduğu tespit edilmiştir. Kaygılı/kaçıngan bağlanma biçimine sahip bebeklerin bakım verenlerinden ayrılmaya karşı kayıtsız kaldıkları, yeniden birleşme sırasında da çevreye ilgilerinin devam ettiği gözlemlenmekle birlikte, deney dışında birincil bakım verenlerinin bebeğin yakın temas ihtiyacını tutarlı olarak reddettikleri, bu bebeklerin ihmale uğradıkları tespit edilmiştir (160). Bebeklikte şekillenen bu bağlanma biçimlerinin kişinin yaşamı sürecince hiç değişmeyecek şekilde devam etmediği, biliş ve davranışların değişmesiyle yeniden şekillenebildiği düşünülmektedir (161).

Yetişkinlikteki kişilerarası ilişkilerdeki inanç ve tutumların temeline bakmak amacıyla, Hazan ve Shaver (162), Ainsworth ve arkadaşlarının sınıflandırmasını ikili ilişkilere uyarladıklarında, kaygılı/kararsız bağlanma biçimindeki kişilerin ikili ilişkilerde duygu labilitesine sahip olduğunu, partnerlerini kıskandıklarını, partneriyle ilişkilerinde takıntılı tutumlarının olduğunu; kaygılı/kaçıngan bağlanma biçiminde, diğer gruplara göre genel olarak romantik ilişkilerde olumsuz bilişlere sahip olduklarını, güven duymayıp yakınlığı reddettiklerini; güvenli bağlanma biçimine sahip kişilerde ise, diğer gruplara oranla kişilerarası ilişkilerde daha iyimser ve olumlu bilişlere sahip olduklarını, güvenme ve yakınlık kurma konusunda daha rahat olduklarını öne sürmüşlerdir(163). Yetişkinlikteki bağlanma biçimleri kavramsallaştırılırken iki alan üzerinde durulmuştur, bunlar kendilik algısı ve ötekilere yönelik algıdır. Bu iki içsel algı değerlendirildiğinde, dört bağlanma biçimi ortaya çıkmıştır. Kendilik ve ötekilere yönelik olumlu değerlendirmeler güvenli bağlanma biçimi ile, kendilik hakkında olumsuz, ötekilere dair daha olumlu değerlendirmeler bağlanma kaygısı ile ilişkilendirilmiştir. Bağlanmadan kaçınma, ikiye ayrılmış; kendilik hakkında olumlu, ötekilere yönelik olumsuz değerlendirmeler kayıtsız kaçınma, hem kendilik hem ötekiler hakkındaki olumsuz değerlendirmeler korkulu kaçınma olarak kavramsallaştırılmıştır (156). Kişilerarası ilişkilerin, kişinin kendisine, akrabalarına veya arkadaşlarına yönelik hastalık teşhisi konması da dahil olmak üzere yaşam olaylarına yönelik başa çıkma tepkilerini etkilediği bilinmektedir (164,165). Bir dizi çalışma, hastadaki belirtilerin ve hastalık öncesi kişiliğin, bakım vermeyle ilişkili stres ve gerginlikleri belirleyen etmenler olduğunu ileri sürmektedir. Son araştırmalar, ilişki değişkenlerinin de bakım vermenin getirdiği zorluklara tahammül etme yeteneğinde önemli bir rol oynadığını öne sürmektedir (23). Güvenli bağlanma stiline

sahip olan bireyler, kronik hastalıklar da dahil olmak üzere stres etkenlerine daha iyi uyum sağlamaktadırlar (25). Bakım veren bireyin de bağlanma biçimine göre, tanı ile başa çıkma ve bakım verme kalitesi de değişmektedir (28–30). Bir çalışmada, güvenli bağlanma biçiminin yaşlı akrabalara bakım vermeyi yordadığı bulunmuştur (31). Daha çok güvenli bağlanma stili, hassas ve işbirliğine dayalı bakım verme ve daha fazla duygusal açıdan bakım verme ile ilişkilirken; güvensiz bağlanma stili ise, bakım vermeyi daha az üstlenme ve zayıf bakım verme ile ilişkili bulunmuştur. Ayrıca güvensiz bağlanma biçimine sahip olanlar bakım vermeye uyum sağlamakta daha fazla zorluk yaşarlar (32). Bir çalışmada, kaygılı bağlanma biçimine sahip kişilerin emosyonel odaklı başa çıkma stillerini daha çok kullandıklarını, kaçınan bağlanma biçimindeki kişilerin kaygılı ve güvenli bağlanma biçimine sahip bireylere nazaran daha az yardım arama ve destek almaya dair girişimde bulunduklarını; problemlerden uzaklaşmayı seçtiklerini bildirilmiştir (33). Demans hastalarının çocuklarında yapılan bir çalışmada, bakım verenin yaşadığı zorluğun önemli bir bölümünün bağlanma stilinden kaynaklandığını, güvenli olmayan bağlanma stiline sahip bakım verenlerin daha fazla zorluk bildirdiğini bulmuşlardır (166). Ainsworth ve arkadaşlarının öne sürdüğü gibi, bir çocuğun kendisini tehdit altında hissettiğinde merak ve keşfetme davranışlarının engellendiğine benzer şekilde, bakım verme konusundaki eğilimin güvensiz bağlanma biçimine sahip olunması halinde engellenebileceği, bastırılabilmesi ifade edilmiştir (167). Kişilerin kendisini tehdit altında hissetmediği durumlarda başkalarının ihtiyaçlarını fark etme, bakım vermeye yönelik dikkatlerinin olabileceği, nispeten güvenli bağlanma stiline sahip bireylerde bakım verme davranışlarına yönelebileceği ifade edilmiştir. Kaygılı bağlanma biçiminde kişiler bakım verme konusundaki zihinsel kapasiteden yoksundurlar; daha çok çevreden destek almaya dayalı eğilim göstermektedirler (167). Kısacası, başkalarına yardım etme yeteneği, kişinin kendi bağlanma figürleri tarafından sağlanan iyi bakıma tanık olmasının ve bundan faydalanmasının bir sonucudur; bu hem kişinin güvenlik duygusunu artırır hem de iyi bakım vermeyi sağlar (24). Özgeci davranışların altında yatan mekanizma da, kişinin kendi zihinsel temsillerinin güvenli bağlanmayı sağlayacak tutumlardan oluşması halinde, başkasının ihtiyaçlarını öngörme ve harekete geçme konusunda duyarlı olabilme yeteneğidir. Yani güvenli bağlanma biçimi, kişinin kendisiyle ilişkisiz bir durum olması halinde dahi, özgeci davranışta

bulunmasını kolaylaştırır (26). Güvensiz bağlanma biçimine sahip kişiler, kendi sıkıntılarına daha fazla odaklanma eğilimindedirler, özgeci davranışta bulunma konusunda daha başarısızdırlar (27). Kaçınan bağlanma biçimine sahip kişiler, yakınlık ve karşılıklı bağımlılıktan rahatsız olma eğilimindedirler, başkalarının kırılganlık, zayıflık, destek alma ihtiyaçlarına karşı daha alaycı yaklaşırlar; bu eğilimler özgeci davranışlarda bulunma tutumlarını engelleyebilir (27). Her ikisi de güvensiz bağlanma kategorisinde olan kaygılı ve kaçınan bağlanma biçimine sahip kişilerin tutumlarının bire bir aynı olacağı ifadesi tam olarak doğru olmamaktadır. Bir dizi çalışma özgeci davranışta bulunma eksikliğini; empati eksikliği ve diğer insanlara prososyal yönelimin azalması ya da kişisel sıkıntı hissinden dolayı diğerlerine yardım etmeye yönelik efektif olmayan davranışlarda bulunulmasıyla açıklamıştır (168). Kaçınan bağlanma biçimine sahip olan kişilerin diğerleriyle aralarına koyduğu mesafenin, empati ve özgeci davranışta bulunma azlığıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Buna karşılık kaygılı bağlanma biçiminde olan kişiler diğerlerinin acılarına karşı empati kurabilseler de sosyal kabul görme arzuları ve kişisel sıkıntı hisleri nedeniyle, etkili bakım verme davranışlarında bulunamadıkları öne sürülmüştür (28). Kaçınan bağlanma stiline sahip kişiler kendi yararlarını da gözeterek başkalarının yardım ihtiyaçlarını karşılama davranışlarında bulunabilirler, ancak kendi çıkarları olmadığı durumda bu tutumlardan ve yardıma ihtiyacı olan insanlardan uzak durmayı seçebildikleri ifade edilmiştir (169). Bir çalışmada, kanserli bir kişiye, kaçınan bağlanma boyutunda yüksek puan alan kişilerin daha az destekleyici yaklaştığı, kaygılı bağlanma boyutundan yüksek puan alan katılımcıların ise kanserli kişiyle etkileşimde daha fazla huzursuzluk duyduğunu ifade ettikleri bildirilmiştir (170). Son zamanlarda bağlanma biçimi ile hayır işleri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, üç ülkede (İsrail, Hollanda ve Amerika Birleşik Devletleri) yürütülen iki çalışmada, güvensiz bağlanmanın gönüllü faaliyetlerle negatif, gönüllülüğe yönelik kendi yararlarına dönük motivasyonlar ile pozitif yönde ilişkili olduğunu bulunmuştur (28).

2.6. Beş Faktör Kişilik Modeli

Kişilik; kişinin temel özellikleri, ilgi alanları, dürtüleri, değerleri, yetenekleri ve duygusal kalıpları da dahil olmak üzere, kişinin hayata uyumunu oluşturan kalıcı özellikleri ve davranışları ifade eder. Kişiye özgü süreklilik gösteren davranış, biliş,

duygu, güdülenme ve ilişki kurma biçimi şeklinde de tanımlanabilir. Çeşitli teoriler kişiliğin yapısını ve gelişimini farklı şekillerde açıklar, ancak hepsi kişiliğin davranışı belirlemeye yardımcı olduğu konusunda hemfikirdir. İnsanda tıpkı hayvanlardaki gibi kendini koruma ve yaşamı devam ettirme motivasyonu ile genetik olarak miras alınan eğilimlerin, erken dönemde ailedeki tutumlarla birlikte öğrenme kalıplarının içselleştirilmesinin sonucunda; çevresel faktörlerin etkisiyle dinamik olarak değişebilen ancak çoğunlukla tekrarlayan, süreklilik gösteren düşünme, hissetme, eyleme geçme örüntülerinin tamamıdır (171).

Pek çok teorisyenin kişiliğin ölçülmesi ve değerlendirilmesi açısından farklı görüşleri vardır. Beş faktörlü kişilik modeli (BFKM), kişilik değerlendirmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Beş faktör kişilik modelinde ‘özellik’ açısından tanımlamalar yapılmaktadır. Kişilerin hem kendileri hem de diğerlerine ait ‘sıfat’larla betimlemelerine dayanmaktadır (34). Bu model, dil hipotezine dayanmaktadır (172). BFKM, bireysel niteliklerin dünya üzerindeki tüm dillerde ortak olarak kodlanacağı, sözcüklerle ifade bulacağı varsayımı ile ve kullanılan ‘dil’in incelenmesinin insanların kişilik özelliklerinin saptanmasında ortak bir nokta olabileceğinden hareketle dilin incelenilerek kişilik yapılarını kapsayacak sınıflandırmalarla ortaya konulmuştur (173). Dünya üzerindeki her dil, insanların birbirlerinden farklılıklarını belirten terimler içermekle birlikte, bu terimlerin birbirleriyle örtüşen anlamları mevcuttur. Bu örtüşen anlamları belirlemek ve temel terimleri ortaya çıkarmak gerekmektedir (174). Dünya üzerinde kullanılan doğal dillerdeki kişilik niteliklerini tanımlayan kavramlardan meydana gelen bu model, bireyler arasındaki ayırıcı özellikleri değerlendirmektedir. Kuramın temelini ‘‘Ayrıcı Kişilik Kuramları’’ oluşturmaktadır. Bu kuramda, kişilik oluşumundaki geçmiş yaşantılar yerine, kişilerin şimdiki yetişkinlik hallerinde birbirleri arasındaki farklılıkları, hangi etmenlerle farklılaştıklarını açıklamak üzerine odaklanılmıştır, kuramın adı da, buradan gelmektedir. Bu alanda çalışan psikolog Gordon Allport ve Henry Odbert, kişilik özelliklerini betimleyen 17,953 kelimeden oluşan bir tanımlama yapmışlardır (175). Bunun ardından psikolog Raymond Catell, bu kelimeler arasındaki benzer ifadeleri, yaptığı analizler sonucunda saptadığı 16 kişilik özelliğine çevirmiştir. Daha sonra Ernest Tupes ve Raymond Christal tarafından bu özellikler çeşitli aşamalardan geçirilerek beş özelliğe indirgenmiştir. Bu beş özellik, Beş Faktör Kişilik Modeli’nin

sorumluluk/özdenetim, deneyime açıklık, yumuşak başlılık /uyumluluk dışı dönüklük, duygusal dengesizlik olan beş alt boyutunu kapsamaktadır (35). Peabody ve Goldberg, İngilizce dilindeki kişilik özelliklerini tanımlayan kavramların ortak noktalarının seçilmesi için bahsedilen iki yöntemi de kullanmış olup aşağı yukarı aynı faktör konstrüksiyonlarını bulmuşlardır, bununla birlikte yöntemlerin her birinde bulunan genel beş yapının daha önceki araştırmalarda bulunanlarla örtüştüğü görülmüştür (176).

Sorumluluklarını bilme ve disiplinli, dikkatli, özenli olma, düzenlilik gibi özellikler sorumluluk alt boyutuna aittir. Eylemlerini düşünen, planlayan ve kararlı, idealist, başarı sahibi olmaya dair eğilimleri olan kişiler bu alt boyutta değerlendirilir. Sorumsuz bireyler ise, verilen işleri yapmakta geri duran, disiplin sahibi olmayan, düzensiz kişiler olarak tanımlanır (40). Bununla birlikte araştırmacılar bu boyutun ego gücünün bir bileşeni, istek gücü, sorumluluk, inisiyatif gibi terimlerle tanımlandığını ifade etmektedir. Daha önceki çalışmalarda da görüldüğü üzere, sorumluluk alt boyutu, kurallara saygılı, başarıya ulaşmak için çok çalışan, titiz, düzenli ve disiplinli bireyleri yansıtmaktadır. Bu kişilerin yaptıkları işte ısrarcı olmaları ve başarıya dair yönelimlerinin olmasının duygusal tükenmeden korudukları ileri sürülmektedir (42).

Deneyime açıklık alt boyutu, araştırmacılar arasında görüş birliğine en az varılan modeldir. Bu alt boyut, kişilerin deneyimlerine dayanarak ve zihinsel dünyasının da zenginliği, derinliği ile ilişkili değerlendirilmektedir (177). Değişiklere açık olma ve uyum sağlama, meraklı, ilgili olma, yaratıcılık şeklinde kişilik özellikleri deneyime açıklık alt boyuna aittir. Üretkenliği yüksek, sıkça yeni fikirler üreten ve bundan hoşlanan, sanat ve edebiyata ilgili, maceraperest kişiler bu alt boyutta değerlendirilir. Deneyime açıklığı düşük olan kişiler, yeni deneyimlere kapalı, hayatları stabil, muhafazakar kişiler olarak değerlendirilir (40,41,177).

Diğerlerine yardım etmeye dayalı davranışlar, nezaketli, saygılı ve hoşgörülü olma gibi kişilik özellikleri yumuşak başlılık alt boyutuna aittir. Diğer insanları seven, merhametli davranan, bağışlayıcılığı yüksek kişiler yumuşak başlılık düzeyleri yüksek olarak değerlendirilir (173). Yumuşak başlılığı düşük olan kişiler ise, kişiler arası ilişkilerde uyumsuz davranan, kin tutan, kendilerini diğer insanlara göre üstün gören ve rekabet içinde olan, anlaşılması güç kişiler olarak değerlendirilir (40). Bu alt boyut,

kişiler arası ilişkilerle ilgili olmakla birlikte insanlara yönelik şefkat hisleriyle yaklaşmak ile düşmanca davranışlarda bulunmak arasındaki özellikleri tanımlamaktadır. Hassas olma, fedakarlık, güven, itaatkarlık, dürüstlük ve alçakgönüllülük bu faktörün değerlendirilen yönlerindendir ve bu alt boyuttaki yüksek puanlar kişilerin başkalarına karşı verici olma, insanları sevmeye, sosyal açıdan duyarlı olma özellikleri tanımlanmaktadır. (41,177,178). Yumuşak başlılık alt boyutu, özgeci davranışlarla bulunma ile ilişkilidir (179). Yapılan çalışmalarda, kadınlarda daha sık rastlanan bir alt boyuttur (180).

Sosyal etkinliklere katılmaya meyilli olma, enerjisi yüksek olma, sıcakkanlılık, konuşkanlık gibi kişilik özellikleri dışa dönüklük alt boyutuna aittir. Diğer insanlarla vakit geçirmekten keyif alan, kolay anlaşılabilir, sevecen olarak değerlendirilen, işbirlikçi olarak değerlendirilen kişilerin dışa dönüklük düzeyleri yüksek olarak değerlendirilir. Bunun tersine, dışa dönüklülüğü düşük, içedönük kişiler ise; utangaç, kolay ketlenen, sosyalleşmekten hoşlanmayan ve diğer insanlarla arasına mesafe koyan, sessiz sakin olarak gözlemlenen kişiler olarak değerlendirilir (41,177). Öte yandan, beş alt boyutun ego gücü ve esnekliğiyle ilişkilerinin incelendiği bir çalışma; dışadönüklük alt boyutu ile bireysel gereksinimlerin, dürtüselliğin ve kendini ifade etme şekillerini aşırı şekilde kontrol etme yöneliminin ters yönde ilişkili olduğunu işaret etmektedir (181).

Duygusal dengesizlik alt boyutunda genel olarak kaygılı, güvenmeyen, kolayca alınabilen, öfkeli olan kişilerin duygusal dengesizlik düzeyleri yüksek olarak değerlendirilmektedir. Bu alt boyut açısından düşük olarak değerlendirilen kişiler ise, genel olarak duygusal olarak stabil kalabilen, kolayca öfkelenmeyen, rahat ve özgüvenleri yüksek ve olumlu duygular hissetmeye meyilli kişiler olarak değerlendirilmektedir (40,41).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'na yapılan başvurusu sonucunda “Alkol Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylere Bakım Verenler ile Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenler Arasındaki Eş Bağımlılık ve Bağlanma Tarzlarının Karşılaştırılması” isimli tez çalışmasının 22.11.2022 tarih ve 67 numaralı karar neticesinde yapılmasının uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmaya, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri polikliniğinde takip edilen hastalara bakım veren araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kişiler dahil edilmiştir. Örneklem genişliğini belirlemek için yapılan biyoistatistik çalışmasında, güç analizi; PASS-11 paket programı kullanılarak yapılmıştır. T testi kullanılarak 0,85 güç ile tip 1 hata 0,05 kabul edilerek hesaplanmıştır. Güç analizinde kullanılan özet değerler “Living with addicted men and codependency: The moderating effect of personality traits” isimli çalışmadan alınmıştır (182). Güç analizi sonucunda grup başına 70’şer kişi olmak üzere toplamda 140 kişi alınması uygun görülmüştür. Çalışmaya 70 kronik ruhsal hastalık tanısına sahip hastanın bakım vereni ve 70 alkol ve kullanım bozukluğu tanısına sahip hastanın bakım vereni araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve ayrı ayrı görüşme yapıp, yazılı onamları alınarak araştırmaya alınmıştır. Bakım veren gönüllüler için yeterli örneklem grubu sağlandıktan sonra AMKB hastasına bakım veren ve kronik ruhsal hastalık hastalarına bakım veren gruplarına cinsiyet, eğitim ve yaş özelliklerine göre eşleştirilerek sağlıklı kontrol grubu için katılımcı seçimi yapılmıştır. Sağlıklı kontrol grubu kar topu metoduyla gönüllü hastane çalışanlarından oluşturulmuştur.

3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme ve Dışlama Kriterleri

Çalışma grubuna; okur yazar, 18-65 yaş aralığında olan, en az 6 ay önce DSM-5 kriterlerine göre alkol ve madde kullanım bozukluğu, şizofreni ve bipolar affektif bozukluk tanısı almış bireylere bakım veren ya da primer bakım sorumluluğunu üstlenen, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kişiler dahil edilmiştir. Sağlıklı kontrol grubunda, dahil edilme kriterleri; yaş, cinsiyet ve eğitim özellikleri

açısından çalışma grubuna benzer özellik gösterme, okur yazar olma, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etme şeklinde belirlendi. Dışlama kriterleri ise, çalışma ve kontrol gruplarının tamamı için nörolojik hastalığının (epilepsi, serebral palsy, ensefalit vb), zeka geriliğinin olması, günlük işlevselliğin bozulmasına yol açan kronik tıbbi hastalığının olması, ek olarak sağlıklı kontrol grubunda psikiyatrik hastalığının olması olarak belirlendi.

3.2. Araştırmada Kullanılan Değerlendirme Araçları

Çalışmaya katılmaya gönüllü olan çalışma ve kontrol grubu katılımcılarının ayrı ayrı sözel ve yazılı onamları alınarak her üç gruba da; Sosyodemografik Veri Formu, Eş Bağımlılık Belirleme Ölçeği (EşBBÖ), Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II (YİYE-II), Beş Faktör Kişilik Ölçeği (BFKÖ), Özgeciliği Ölçeği katılımcıların kendileri tarafından uygulanmıştır.

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmanın araştırmacıları tarafından oluşturulan bu formda, sosyodemografik özelliklerin (yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma, medeni durumu, gelir düzeyi, yaşadığı yer), hastaya bakım verme ile ilgili özelliklerin (yakınlık durumu, aile ilişkileri, bakım vermeye bağlılık derecesi) ve sigara, alkol kullanma alışkanlıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

3.2.2. Eş Bağımlılık Belirleme Ölçeği

Eş Bağımlılık Belirleme Ölçeği, 1990 yılında eş bağımlılıkla ilgili literatür, Ulusal Eş Bağımlılık Birliği tarafından benimsenen tanım, Wegscheider-Cruse ve Cruse modeli üzerinden Hughes-Hammer ve arkadaşları (1998) çalışmaları sonucunda Codependency Assessment Tool (CODAT) ismi ile geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'deki uyarlamasına yönelik çalışmaları ise, Ançel ve Kabakçı (2009) yapmıştır. Her iki cinsiyete de uygulanabilen ölçekte 'çoğu zaman' ve 'hiçbir zaman' arasında derecelendirilen 5'li likert yapı mevcuttur. Ölçekteki maddelerden 20.'si ters kodlanmaktadır. Orijinal ölçek ile uyumlu olarak uyarlanan ölçekte de 5 alt faktör bulunmaktadır. Bu alt faktörler; "Kök aileye ilişkin sorunlar", "Tıbbi sorunlar", "Diğerlerine odaklanma/Kendini ihmal" "Kendini gizleme", "Benlik değerinin düşük olması" faktörlerinden oluşmaktadır. 15., 19., 20., 22., 23. maddeler "Kök aileye

ilişkin sorunlar” alt faktörüne; 6., 7., 9., 16. maddeler “Tıbbi sorunlar” alt faktörüne; 1., 2., 3., 5., 8. maddeler “Diğerlerine odaklanma/Kendini ihmal” alt faktörüne; 10., 11., 13., 14., 18. maddeler “Kendini gizleme” alt faktörüne; 4., 12., 17., 21., 24., 25. maddeler ise “Düşük benlik değeri” alt faktörüne aittir. Ölçekteki iç tutarlılık katsayısı(Cronbach Alfa) 0.75; alt faktörler için 0.62 ve 0,78 arasında değişkenlik göstermektedir (183). Ölçekten en az 25, en fazla 125 puan alınabilmekte ve alınan puana göre, düşük düzeyde(25-50 puan), hafif düzeyde(51-75 puan), orta düzeyde(76-100 puan) ve şiddetli düzeyde(101-125 puan) eşbağımlılık şeklinde değerlendirme yapılmaktadır (184–186).

3.2.3. Yakın İlişkilerde Yaşantılar Ölçeği

Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri, yetişkinlerdeki bağlanma özelliklerini değerlendirmek üzere oluşturulmuş olup Brennan, Clark ve Shaver (1998) tarafından en fazla kullanılan bağlanmaya yönelik ölçekler bir araya getirilerek 323 maddeli bir ölçek üzerinden faktör analizi sonucu ortaya çıkmıştır. Bu çalışma ile birlikte, yetişkinlerdeki bağlanma özelliklerinin “bağlanmaya yönelik kaçınma” ve “bağlanmaya yönelik kaygı” şeklinde 18’er maddeden oluşan iki alanda değerlendirilebileceği ortaya konmuştur. İlk geliştirilen ölçeğin duyarlılığının yetersizliği nedeniyle Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri-II, Fraley ve arkadaşlarının(2000) çalışmaları neticesinde, ilk ölçekte kullanılan madde havuzu üzerinden geliştirilmiş olup en fazla ayırt edebilme değerine sahip 18’i kaçınmaya alt boyutuna, 18’i kaygı alt boyutuna ait olan maddeler birleştirilerek simülasyon analizlerinin gösterdiği üzere en yüksek duyarlılığa sahip olan bağlanma ölçeği olarak ortaya konmuştur. Ölçeğin Türkçe’deki uyarlamasına yönelik çalışmaları ise, Selçuk ve ark.(2005) yapmıştır. 36 maddeden oluşan ölçeğin her bir maddesi için 1= hiç katılmıyorum-7=kesinlikle katılıyorum arasında derecelendirilen 7’li likert yapı mevcuttur. Ölçekteki 4, 8, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 26, 30, 32, 34, 36. maddeler ters kodlanmaktadır. Ölçekteki iç tutarlılık katsayısı kaçınma alt boyutu için 0,90, kaygı alt boyutu için 0.86 saptanmıştır. Test-tekrar test güvenilirliği için yapılan analizin sonucunda da, sırasıyla 0,81 ve 0,82 katsayıları elde edilmiştir (187). İki alt boyut için elde edilen puanlar en az 18, en fazla 126 puan olmakla birlikte, dört bağlanma biçimi olan güvenli, korkulu, kayıtsız ve saplantılı bağlanma tarzları belirlenirken her iki alt boyuttan düşük puan alma güvenli; her ikisinden yüksek puan alma korkulu; kaçınma

boyutundan yüksek, kaygı boyutundan düşük puan alma kayıtsız; kaçınma boyutundan düşük, kaygı boyutundan yüksek puan alma ise saplantılı bağlanma tarzına işaret etmektedir (188,189).

3.2.4. Beş Faktör Kişilik Ölçeği

Beş Faktör Kişilik Ölçeği, Beş Faktör Kişilik Kuramı'na göre kişilik özelliklerinin kategorize edilmesi amaçlanarak John, Donahue ve Kentle (1991) çalışmalarının üzerine Benet-Martinez ve John (1998) tarafından geliştirilmiştir. Beş Faktör Kişilik Kuramı'ndaki 5 alt boyut olan sorumluluk, deneyime açıklık, yumuşak başlılık, dışa dönüklük, nevrotiklik alt boyutları üzerinden puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe'deki uyarlamasına yönelik çalışmaları ise, Schmitt, Allik, McCrae ve Benet-Martinez (2007) tarafından yapılan 56 ülkeyi kapsayan kişilerin kendilerine ait örüntülerini sorgulayan çalışma kapsamında, Sümer ve Sümer (2005) tarafından yapılmıştır. 44 maddeden oluşan ölçeğin her bir maddesi için 1= hiç katılmıyorum-5=kesinlikle katılıyorum arasında derecelendirilen 5'li likert yapı mevcuttur. Ölçekteki 2., 6., 8., 9., 12., 18., 21., 23., 24., 27., 31., 34., 35., 37., 41. ve 43. maddeler tersten kodlanmaktadır. Ölçekteki alt boyutların iç tutarlılık katsayısı, Amerika'daki versiyonunda 0,79 ve 0,88 arasında değişiklik gösterirken İngilizce formunda 0,73 ile 0,80 arasında, ölçeğin Türkiye uyarlamasında ise iç tutarlılık katsayılarının 0.66 ile 0.77 arasında değiştiği görülmektedir (190). Sorumluluk, deneyime açıklık, yumuşak başlılık, dışa dönüklük, nevrotiklik alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları sırasıyla; 0.78, 0.76, 0.70, 0.77, 0.79 olarak saptanmıştır (191). Ölçekteki maddelerin ölçeğin alt boyutlarına göre dağılımına bakıldığında, sorumluluk alt boyutuna ait maddeler 3., 8., 13., 18., 23., 28., 33., 38., 43.; deneyime açıklık alt boyutuna ait maddeler 5., 10., 15., 20., 25., 30., 35., 40., 41., 44.; yumuşak başlılık alt boyutuna ait maddeler 2., 7., 12., 17., 22., 27., 32., 37., 42.; dışadönüklük alt boyutuna ait maddeler 1., 6., 11., 16., 21., 26., 31. ve 36.; nevrotiklik alt boyutuna ait maddeler ise 4., 9., 14., 19., 24., 29., 34., 39. Maddelerdir (192). Her alt boyuta ait olan maddeler ayrı ayrı değerlendirilerek o alt boyutta saptanan yüksek puanlar kişinin kişilik özelliklerinin o alt boyutta değerlendirilebileceğini, tam tersine aynı alt boyutta alınan düşük puanlar ise bu alt boyutun diğer ucunda değerlendirilebileceğini göstermektedir. Örneklendirerek açıklamak gerekirse, sorumluluk alt boyutuna ait maddelerden alınan yüksek puanlar; sorumluluklarını bilme ve disiplinli, dikkatli, özenli olma, düzenlilik gibi özellikleri

işaret ederken bu maddelerden alınan düşük puanlar ise; verilen işleri yapmakta geri durma, disiplinsiz, düzensiz olma özelliklerini gösterir.

3.2.5. Özgeciliik Ölçeği

Özgeciliik Ölçeği, Rushton ve arkadaşlarının (1981) çalışmaları sonucu özgeci davranışları ölçmek ve kişinin özgeciliik düzeyini belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'deki uyarlamasına yönelik çalışmaları ise, Tekeş ve Hasta(2015) tarafından yapılmıştır. 20 maddeden oluşan ölçeğin “hiçbir zaman” ve “her zaman” arasında değerlendiren 5'li likert yapısı mevcuttur. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin geliştirilme aşamalarındaki uygulamalar sonucu elde edilen iç tutarlılık katsayıları 0.78 ile 0.87 arasında değişkenlik göstermektedir (193). Ölçeekteki maddelerden alınan yüksek puanlar kişinin yüksek özgeciliik düzeyine sahip olduğunu göstermektedir.

3.3. İstatistiksel Analiz

Bu çalışmada sürekli değişkenler için Shapiro Wilk normallik testi uygulandı. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama $\pm$ standart sapma (ss), medyan (%25_%75) yüzdeler ve kategorik değişkenler frekans ve yüzde olarak gösterildi. Normal dağılan değişkenler için t testi, Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) ve Tukey Çoklu Karşılaştırma testi uygulandı. Normal dağılmayan değişkenler için Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Dunn's Çoklu Karşılaştırma testi kullanıldı. Kategorik değişkenler için Kikare testi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $P<0.05$ olarak alındı. İstatistikler IBM SPSS Statistics 25.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois) programı kullanıldı.

4. BULGULAR

Çalışmaya dâhil edilen toplam 210 kişi, 3 gruba ayrıldı: AMKB tanısı olan kişilere bakım veren 70 kişi AMKB bakım veren grubuna, KRH tanısı alan kişilere bakım veren 70 kişi KRH bakım veren grubuna, herhangi bir hastaya bakım vermeyen 70 kişi kontrol grubuna dahil edilmiştir.

AMKB bakım veren grubunda 70 kişinin 57'si kadın (%81.4), 13'ü erkek (%18.6); KRH bakım veren grubunda 70 kişinin 50'si kadın (%71.4), 20'si erkek (%28.6); kontrol grubunda 70 kişinin 50'si kadın (%71.4), 20'si erkek (%28.6) idi. Çalışma grupları karşılaştırıldığında cinsiyet açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

AMKB bakım veren grubunda yaş ortalaması 47.68 ± 11.31 , KRH bakım veren grubunda yaş ortalaması 49.52 ± 13.44 , kontrol grubunda yaş ortalaması 50.05 ± 7.32 idi. Yaş açısından gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

AMKB bakım veren grubunun 28'i eş (%40), 28'si ebeveyn (%40), 14'ü kardeş veya çocuktı (%20). KRH bakım veren grubunda 16'sı eş (%22.8), 32'si ebeveyn (%45.7), 22'si kardeş veya çocuktı (%31.4). Hastaya yakınlık durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Yakınlık durumu eş ve eş dışı bakım verenler olarak ikiye ayrıldığında, KRH bakım verenlerde eş dışı bakım veren oranı (%77.1), AMKB bakım verenlerde eş dışı bakım veren oranı (%60) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($p<0.05$).

AMKB bakım veren grubunun 4'ü okur-yazar (%5.7), 25'i ilköğretim veya ortaöğretimden mezun (%35.7), 41'i lise ve üzeri (%58.6) eğitim düzeyine sahipti. KRH bakım veren grubunun 3'ü okur-yazar (%4.3), 32'si ilköğretim veya ortaöğretimden mezun (%45.7), 35'i lise ve üzeri (%50) eğitim düzeyine sahipti. Kontrol grubunun 29'u ilköğretim veya ortaöğretimden mezun (%41.4), 41'i lise ve üzeri (%58.6) eğitim düzeyine sahipti. Eğitim durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

AMKB bakım veren grubunun 9'u bekar (%12.9), 52'si evli veya birlikte yaşıyor (%74.3), 9'u dul, ayrı yaşıyor veya boşanmış (%12.9) kişilerdi. KRH bakım veren grubunun 12'si bekar (%17.1), 49'u evli veya birlikte yaşıyor (%70), 9'u dul, ayrı yaşayan veya boşanmış (%12.9) kişilerdi. Kontrol grubunun 9'u bekar (%12.9), 54'ü evli veya birlikte yaşıyor (%77.1), 7'si dul, ayrı yaşıyor veya boşanmış (%10) kişilerdi. Medeni durum açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

AMKB bakım veren grubunun 26'sı çalışan (%37.1), 44'ü çalışmayan (%62.8) kişilerdi. KRH bakım veren grubunun 17'si çalışırken (%24.3), 53'ü çalışmıyordu (%75.7). Kontrol grubunun ise 28'si çalışıyor (%40), 42'si çalışmıyordu (%60). Çalışma durumu açısından da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

AMKB bakım veren grubunun 21'i düşük gelir düzeyine (%30.0), 45'i orta gelir düzeyine (%64.3), 4'ü yüksek gelir düzeyine (%5.7) sahip olduğunu belirtti. KRH bakım veren grubunun 14'ü düşük gelir düzeyine (%20.0), 52'si orta gelir düzeyine (%74.3), 4'ü yüksek gelir düzeyine (%5.7) sahip olduğunu belirtirken kontrol grubunun 17'si düşük gelir düzeyine (%24.3), 49'u orta gelir düzeyine (%70.0), 4'ü yüksek gelir düzeyine (%5.7) sahip olduğunu belirtti. Gelir durumu açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

AMKB bakım veren grubunun 48'i çekirdek (%68.6), 14'ü geniş (%20.0), 8'i parçalanmış (%11.4) sahipken KRH bakım veren grubunun 59'u çekirdek (%84.3), 6'sı geniş (%8.6), 5'i parçalanmış aile yapısına (%7.1) sahipti. Kontrol grubunun 62'si çekirdek aile yapısına (%88.6), 6'sı geniş aile yapısına (%8.6), 2'si parçalanmış aile yapısına (%2.9) sahipti. Aile yapısı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Kontrol grubundaki çekirdek aile yapısına sahip bireyler, AMKB bakım veren grubundaki bireylere göre istatistiksel anlamlı düzeyde fazladır.

AMKB bakım veren grubunun 8'i köy (%11.4), 13'ü ilçe (%18.6), 49'u kentte (%70.0) yaşayan kişilerdi. KRH bakım veren grubunun 3'ü köy (%4.3), 6'sı ilçe (%8.6), 61'i kentte (%87.1) yaşıyordu. Kontrol grubunun ise 4'ü köy (%5.7), 16'sı ilçe

(%22.9), 50'si kentte (%71.4) yaşıyordu. En uzun yaşadığı yer açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmadı ($p>0.05$).

AMKB bakım veren grubunun 33'ü aile ilişkilerini iyi (%47.1), 28'si orta (%40.0), 9'u kötü (%12.9) olarak bildirdi. KRH bakım veren grubunun 40'ı aile ilişkilerini iyi (%57.1), 25'i orta (%35.7), 5'i kötü (%7.1) olarak bildirdi. Kontrol grubunun ise 57'si aile ilişkilerini iyi (%81.4), 12'si orta (%17), 1'i kötü (%1.4) olarak bildirdi. Aile ilişkileri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık saptanmıştır ($p<0.05$). Çalışma gruplarının sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4.1'de gösterilmiştir.



Tablo 4.1: Çalışma Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırması.

	AMKB bakım veren grubu		KRH bakım veren grubu		Kontrol grubu		χ^2 ; sd, p
	n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet							
Kadın	57	81.42	50	71.42	50	71.42	2.47; 2, 0.290
Erkek	13	18.57	20	28.57	20	28.57	
Eğitim durumu							
Okuryazar	4	5.71	3	4.28	0	0	5.19; 4, 0.282
İlk-ortaokul	25	35.71	32	45.71	29	41.42	
Lise ve üzeri	41	58.57	35	50.00	41	58.57	
Medeni durumu							
Bekar	9	12.85	12	17.14	9	12.85	1.16; 4, 0.884
Evli-birlikte	52	74.28	49	70.00	54	77.14	
Dul-boşanmış/ayrı	9	12.85	9	12.85	7	10.00	
Çalışma durumu							
Çalışıyor	26	37.14	17	24.28	28	40.00	6.51; 4, 0.164
Çalışmıyor	44	62.85	53	75.71	42	60.00	
Gelir durumu							
Düşük	21	30.00	14	20.00	17	24.28	1.93; 4, 0.749
Orta	45	64.28	52	74.28	49	70.00	
Yüksek	4	5.71	4	5.71	4	5.71	
Aile yapısı							
Çekirdek	48	68.57	59	84.28	62	88.57	10.45; 4, 0.033
Geniş	14	20.00	6	8.57	6	8.57	
Parçalanmış	8	11.42	5	7.14	2	2.85	
Yaşadığı yer							
Köy	8	11.42	3	4.28	4	5.71	8.97; 4, 0.062
İlçe	13	18.57	6	8.57	16	22.85	
Kent	49	70.00	61	87.14	50	71.42	
Yakınlık							
Eş	28	40.00	16	22.85			5.93; 3, 0.115
Ebeveyn	28	40.00	32	45.71			
Kardeş/çocuk	14	20.00	22	31.42			
Aile ilişkisi algısı							
İyi	33	47.14	40	57.14	57	81.42	20.10; 4, <0.001
Orta	28	40.00	25	35.71	12	17.14	
Kötü	9	12.85	5	7.14	1	1.42	
Yaş*	47.68±11.31		49.52±13.44		50.05±7.32		F=0.898 p=0.409

*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA, F), ortalama± standart sapma(ss)
AMKB: Alkol Madde Kullanım Bozukluğu, KRH: Kronik Ruhsal Hastalık

Grupların EŞŞBÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; kendini gizleme, tıbbi sorunlar, kök aileye ilişkin sorunlar alt ölçekleri puanları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Diğerlerine odaklanma alt ölçek, düşük benlik alt ölçek ve EŞŞBÖ toplam puanları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (sırası ile $p=0.009$, $p=0.019$, $p=0.004$). Diğerlerine odaklanma alt ölçeğindeki farklılık çoklu karşılaştırma sonuçlarına göre, AMKB bakım veren ile KRH bakım veren gruplar

arasındadır. AMKB bakım veren grup ortancası 9.50 (7.00-12.25) puan, KRH bakım veren grup ortancası 8.00 (5.00-10.00) puan olup AMKB bakım veren grup ortancası daha yüksekti.

Düşük benlik alt ölçeğindeki farklılık çoklu karşılaştırma sonuçlarına göre, AMKB bakım veren ile KRH bakım veren gruplar arasındadır. AMKB bakım veren grup ortancası 10.00 (8.00-12.25) puan, KRH bakım veren grup ortancası 8.00 (7.00-11.00) puan olup AMKB bakım veren grup ortancası daha yüksekti.

EşBBÖ toplam puanı gruplar arasında farklılık çoklu karşılaştırma sonuçlarına göre, AMKB bakım veren ile KRH bakım veren gruplar arasındadır. AMKB bakım veren grup ortancası 53.50 (46.75-64.25) puan, KRH bakım veren grup ortancası 47.00 (41.00-56.50) puan olup AMKB bakım veren grup ortancası daha yüksekti.

BFKÖ ve alt ölçeklerinin aldıkları puanlar değerlendirildiğinde; özdenetim, deneyime açıklık, dışa dönüklük alt ölçekleri puanları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

Yumuşak başlılık/uyumluluk alt ölçek, duygusal dengesizlik alt ölçek puanları gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (sırası ile $p<0.001$, $p=0.008$). Yumuşak başlılık/uyumluluk alt ölçeğindeki farklılık çoklu karşılaştırma sonuçlarına göre, AMKB bakım veren ile KRH bakım veren grup ve AMKB bakım veren ile kontrol grubu arasındadır. KRH bakım veren grup ortancası 38.00 (34.00-41.00) puan, AMKB bakım veren grup ortancası 33.00 (28.75-37.00) puan olup KRH bakım veren grup ortancası daha yüksekti. Kontrol grubu ortancası 36.00 (31.00-40.00) puan, AMKB bakım veren grup ortancası 33.00 (28.75-37.00) puan olup kontrol grubu ortancası daha yüksekti.

Duygusal dengesizlik alt ölçeğindeki farklılık çoklu karşılaştırma sonuçlarına göre, AMKB bakım veren ile KRH bakım veren grup arasındadır. AMKB bakım veren grup ortalaması 23.47 ± 5.96 puan, KRH bakım veren grup ortalaması 20.13 ± 6.28 puan olup AMKB grup ortalaması daha yüksekti.

Grupların YİYE-II kaçınan ve kaygılı bağlanma alt ölçeği, özgecilik ölçeği puanları değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Çalışma gruplarının ölçek puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren değişkenler Tablo 4.2’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2: Çalışma Gruplarının Ölçek Puanlarının Karşılaştırılmasında İstatistiksel Olarak Anlamlı Farklılık Gösteren Değişkenler.

	AMKB bakım veren grubu n=70	KRH bakım veren grubu n=70	Kontrol grubu n=70	H/F	p
EşBBÖ					
**Diğerlerine odaklanma	9.50 (7.00_12.25)	8.00 (5.00_10.00)	8.00 (6.00_10.00)	H=9.49	0.009
**Düşük benlik	10.00 (8.00_12.25)	8.00 (7.00_11.00)	9.00 (7.00_13.00)	H=7.92	0.019
**Toplam	53.50 (46.75_64.25)	47.00 (41.00_56.50)	51.50 (45.00_58.25)	H=11.26	0.004
BFKÖ					
**Yumuşak başlılık	33.00 (28.75_37.00)	38.00 (34.00_41.00)	36.00 (31.00_40.00)	H=17.70	<0.001
*Duygusal dengesizlik	23.47±5.96	20.13±6.28	21.72±6.38	F=4.94	0.008

*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA, F), Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi, ortalama± standart sapma(ss),

Kruskal Wallis Testi (H), Dunn's Çoklu Karşılaştırma Testi, **ortanca (%25_%75),

EşBBÖ= Eş bağımlılık belirleme ölçeği, BFKÖ=Beş Faktör Kişilik Ölçeği

EşBBÖ diğerlerine odaklanma alt ölçeği; AMKB>KRH,

EşBBÖ düşük benlik alt ölçeği; AMKB>KRH,

EşBBÖ toplam puan; AMKB>KRH

BFKÖ yumuşak başlılık/uyumluluk alt ölçeği; KRH>AMKB, kontrol >AMKB,

BFKÖ duygusal dengesizlik alt ölçeği; AMKB>KRH

4.1. Çalışma Gruplarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Her üç grubun ölçeklerden aldıkları puanların karşılaştırılmasından sonra her bir grup kendi içinde cinsiyete göre ayrılarak ölçeklerinden aldıkları puanlar karşılaştırılmıştır.

AMKB bakım veren grupta, ölçeklerden alınan puanlar cinsiyete göre karşılaştırıldığında; EşBBÖ diğerlerine odaklanma, düşük benlik, kendini gizleme, tıbbi sorunlar, kök aileye ilişkin sorunlar alt ölçek ve EşBBÖ toplam puanları, YİYE-II kaçınan ve kaygılı alt ölçekleri, BFKÖ dışa dönüklük ve duygusal dengesizlik alt ölçekleri ve özgecilik ölçeği puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

BFKÖ deneyime açıklık, yumuşak başlılık/uyumluluk ve özdenetim alt ölçek puanlarında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.003$, $p=0.014$). BFKÖ deneyime açıklık alt ölçeğinde

kadınların ortalaması 34.42 ± 7.13 puan, erkeklerin ortalaması 26.84 ± 7.20 puan olup kadınların ortalaması daha yüksekti. BFKÖ yumuşak başlılık/uyumluluk alt ölçeğinde kadınların ortancası 34.00 (29.50-38.00) puan, erkeklerin ortancası 27.00 (25.50-32.00) puan olup kadınların ortancası daha yüksekti.

BFKÖ özdenetim alt ölçeği kadınların ortancası 36.00 (28.50-41.50) puan, erkeklerin ortancası 28.00 (24.00-35.00) puan olup kadınların ortancası daha yüksekti. AMKB bakım veren grubunun istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren ölçek puanlarının cinsiyetlere göre karşılaştırması Tablo 4.3'te gösterilmiştir.

Tablo 4.3 AMKB bakım veren grubunun istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren

Ölçek puanlarının cinsiyetlere göre karşılaştırması.

	Kadın n=57	Erkek n=13	t/U-z	p
BFKÖ				
*Deneyime açıklık	34.42 ± 7.13	26.84 ± 7.20	$t = 3.448$	0.001
**Yumuşak başlılık/uyumluluk	34.00(29.50_38.00)	27.00(25.50_32.00)	$U = 172.50$ $z = -3.00$	0.003
**Özdenetim	36.00(28.50_41.50)	28.00(24.00_35.00)	$U = 208.50$ $z = -2.45$	0.014

*t testi (t), ortalama± standart sapma(ss), **Mann Whitney U testi (U, z), ortanca (%25_%75), BFKÖ=Beş Faktör Kişilik Ölçeği; BFKÖ deneyime açıklık alt ölçeği, BFKÖ yumuşak başlılık/uyumluluk alt ölçeği, BFKÖ özdenetim alt ölçeği, Kadın>Erkek

KRH bakım veren grubunda tüm ölçeklerden alınan puanlar cinsiyete göre karşılaştırıldığında, kadın ve erkeklerin ölçeklerden aldıkları puanlar istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemiştir ($p > 0.05$)

Kontrol grubunda ölçeklerden alınan puanlar cinsiyete göre karşılaştırıldığında, EşBBÖ diğerlerine odaklanma, düşük benlik, kendini gizleme, kök aileye ilişkin sorunlar ve EşBBÖ toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

EşBBÖ tıbbi sorunlar alt ölçeği, BKFÖ deneyime açıklık, dışa dönüklük, duygusal dengesizlik alt ölçekleri, YİYE-II kaçınan bağlanma alt ölçek puanlarında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla $p = 0.020$, $p = 0.013$, $p = 0.039$, $p = 0.003$, $p = 0.003$). EŞŞBÖ tıbbi sorunlar alt ölçeğinden alınan puanlarda, kadınların ortancası 7.00 (5.00-9.00) puan, erkeklerin ortancası 5.00 (4.25-6.00) puan olup kadınların ortancası daha yüksekti.

BKFÖ deneyime açıklık alt ölçeğinden alınan puanlarda erkeklerin ortalaması 37.50 ± 4.55 puan, kadınların ortalaması 33.18 ± 6.98 puan olup erkeklerin ortalaması daha yüksekti. BKFÖ dışa dönüklük alt ölçeğinden alınan puanlarda, erkeklerin ortalaması 29.95 ± 4.94 puan, kadınların ortalaması 26.80 ± 5.90 puan olup erkeklerin ortalaması daha yüksekti.

BKFÖ duygusal dengesizlik alt ölçeğinden alınan puanlarda, kadınların ortalaması 23.12 ± 5.96 puan, erkeklerin ortalaması 18.25 ± 6.19 puan olup kadınların ortalaması daha yüksekti.

YİYE-II ölçeğinde kaçınan alt ölçeğinden alınan puanlarda, kadınların ortalaması 56.32 ± 20.23 puan, erkekleri ortalaması 40.80 ± 16.21 puan olup kadınların ortalaması daha yüksekti.

Kontrol grubunun istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren ölçek puanlarının cinsiyetlere göre karşılaştırması Tablo 4.4'te gösterilmiştir.

Tablo 4.4: Kontrol grubunun istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren ölçek puanlarının cinsiyetlere göre karşılaştırması.

	Kadın n=50	Erkek n=20	t/U-z	p
EşBBÖ				
**Tıbbi sorunlar	7.00 (5.00_9.00)	5.00 (4.25_6.00)	U=323.00 z= -2.332	0.020
BFKÖ				
*Deneyime açıklık	33.18±6.98	37.50±4.55	t= -2.553	0.013
*Dışadönüklük	26.80±5.90	29.95±4.94	t= -2.105	0.039
*Duygusal dengesizlik	23.12±5.96	18.25± 6.19	t= 3.051	0.003
YİYE-II				
*Kaçınan	56.32±20.23	40.80±16.21	t= 3.056	0.003

*t testi (t), ortalama± standart sapma(ss), **Mann Whitney U testi (U, z), ortanca (%25_%75)

EşBBÖ=Eş Bağımlılık Belirleme Ölçeği, BFKÖ=Beş Faktör Kişilik Ölçeği, YİYE-II: Yakın İlişkilerde Yaşam Envanteri

EşBBÖ tıbbi sorunlar alt ölçeği; Kadın>Erkek

BFKÖ deneyime açıklık alt ölçeği; Erkek>Kadın

BFKÖ dışa dönüklük alt ölçeği; Erkek>Kadın

BFKÖ duygusal dengesizlik alt ölçeği; Kadın>Erkek

YİYE-II kaçınan bağlanma alt ölçeği; Kadın>Erkek

Her üç gruptaki kadınların tüm ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında BFKÖ alt ölçekleri diğerlerine odaklanma, düşük benlik, kendini gizleme, tıbbi sorunlar, kök aile ile ilişkiler ve EşBBÖ toplam puanı, YİYE-II alt ölçekleri kaçınan ve kaygılı bağlanma, BFKÖ alt ölçekleri dışa dönüklük, özdenetim, duygusal dengesizlik ve deneyime açıklık, özgecilik toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

BFKÖ yumuşak başlılık/uyumluluk alt ölçeği gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık göstermektedir ($H=9.950$, $p=0.007$). Bu farklılık AMKB bakım veren ile KRH bakım veren gruplar arasındadır. KRH bakım veren grup kadınların ortancası 39.00 (34.00-41.00) puan, AMKB bakım veren grup kadınların grup ortancası 34.00 (29.50-38.00) puan olup KRH bakım veren grup kadınların ortancası daha yüksekti.

Her üç gruptaki erkeklerin tüm ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, EşBBÖ alt ölçekleri düşük benlik, kendini gizleme ve tıbbi sorunlar, YİYE-II kaygılı bağlanma alt ölçeği, özgecilik toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$). EşBBÖ diğerlerine odaklanma alt ölçeği, kök aile ile ilişkiler, EşBBÖ toplam puanları, YİYE-II kaçınan bağlanma alt ölçeği, BFKÖ dışa dönüklük, yumuşak başlılık/uyumluluk, özdenetim, duygusal dengesizlik, deneyime açıklık alt ölçekleri gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık göstermektedir (sırasıyla $p=0.008$, $p=0.049$, $p=0.017$, $p=0.015$, $p=0.018$, $p=0.014$, $p<0.001$, $p=0.002$, $p=0.018$, $p<0.001$). EşBBÖ diğerlerine odaklanma alt ölçeğindeki farklılık AMKB bakım veren ile kontrol grubu arasındadır. AMKB bakım veren grubu erkeklerin ortalaması 11.00 ± 4.16 puan, kontrol grubu erkekler ortalaması 7.45 ± 2.66 puan olup AMKB bakım veren grup erkeklerin ortalaması daha yüksekti. EşBBÖ kök aile ile ilişkiler alt ölçeğindeki farklılık AMKB bakım veren grup ile KRH bakım veren grup arasındadır. AMKB bakım veren grubu erkekler ortalaması 13.23 ± 4.26 puan, KRH bakım grubu erkekler ortalaması 9.4 ± 3.18 puan olup AMKB bakım veren grup erkeklerin ortalaması daha yüksekti. EşBBÖ toplam puanlarındaki farklılık AMKB bakım veren grup ile KRH bakım veren grup arasındadır. AMKB bakım veren grubu erkeklerin ortancası 62.00 (48.50-69.00) puan, KRH bakım veren grubu erkeklerin ortancası 45.50 (36.50-55.75) puan olup AMKB bakım veren grubu erkeklerin ortancası daha yüksekti.

YİYE-II kaçınan bağlanma alt ölçeğindeki farklılık AMKB bakım veren grup ile kontrol grubu arasındadır. AMKB bakım veren grubu erkeklerin ortalaması 57.30 ± 14.53 puan, kontrol grubu erkeklerin ortalaması 40.80 ± 16.21 puan olup AMKB bakım veren grubu erkekler ortalaması daha yüksekti.

BFKÖ dışa dönüklük alt ölçeğindeki farklılık AMKB bakım veren grup ile kontrol grubu arasındadır. Kontrol grubu erkeklerin ortalaması 29.95 ± 4.94 puan, AMKB bakım veren grubu erkeklerin puan ortalaması 24.07 ± 5.15 puandan daha yüksekti. BFKÖ yumuşak başlılık/uyumluluk alt ölçeğindeki farklılık AMKB bakım veren grup ile kontrol grubu ve AMKB bakım veren grup ile KRH bakım veren gruplar arasındadır. Kontrol grubu erkeklerin ortalaması 36.30 ± 5.07 puan, AMKB bakım veren grubu erkeklerin ortalaması 28.07 ± 5.63 puan olup kontrol grubu erkeklerin ortalaması daha yüksekti. KRH bakım veren grubu erkeklerin ortalaması 36.65 ± 5.75 puan, AMKB bakım veren grubu erkeklerin ortalaması 28.07 ± 5.63 puan olup KRH bakım veren grubu erkeklerin ortalaması daha yüksekti.

BFKÖ özdenetim alt ölçeğindeki farklılık AMKB bakım veren grup ile kontrol grubu arasındadır. Kontrol grubu erkeklerin ortancası 39.00 (37.00-42.00) puan, AMKB bakım veren grubu erkeklerin ortancası 28.00 (24.00-35.00) puan olup kontrol grubu erkeklerin ortancası daha yüksekti. BFKÖ duygusal dengesizlik alt ölçeğindeki farklılık AMKB bakım veren grup ile kontrol grubu arasındadır. AMKB bakım veren grubu erkeklerin ortalaması 23.76 ± 4.58 puan, kontrol grubu erkeklerin ortalaması 18.25 ± 6.19 puan olup AMKB bakım veren grubu erkeklerin ortalaması daha yüksekti.

BFKÖ deneyime açıklık alt ölçeğindeki farklılık AMKB bakım veren grup ile kontrol grubu arasındadır. Kontrol grubu erkekler ortalaması 37.50 ± 4.55 puan, AMKB bakım veren grubu erkeklerin ortalaması 26.84 ± 7.20 puan olup kontrol grubu erkeklerin ortalaması daha yüksekti.

Tüm gruplardaki erkek cinsiyetteki bireylerin istatistiksel anlamlı farklılık gösteren ölçek puanlarının karşılaştırılması Tablo 4.5'te gösterilmiştir.

Tablo 4.5 : Tüm gruplardaki erkek cinsiyetteki bireylerin istatistiksel anlamlı farklılık gösteren ölçek puanlarının karşılaştırılması.

	AMKB bakım veren grubu n=13	KRH bakım veren grubu n=20	Kontrol grubu n=20	H/F	p
EşBBÖ					
*Odaklanma	11.00±4.16	7.90±3.00	7.45±2.66	F=5.366	0.008
*Kök aile	13.23±4.26	9.4±3.18	9.8±4.16	F=4.422	0.049
**Toplam	62.00 (48.50_69.00)	45.50 (36.50_55.75)	49.50 (38.00_53.75)	H=8.394	0.017
BFKÖ					
*Dışadönüklük	24.07±5.15	26.40±6.41	29.95±4.94	F=4.640	0.018
*Uyumluluk	28.07±5.63	36.65±5.75	36.30±5.07	F=11.556	0.014
**Özdenetim	28.00 (24.00_35.00)	36.50 (27.00_41.00)	39.00 (37.00_42.00)	H=12.315	<0.001
*Duygusal dengesizlik	23.76±4.58	19.25±5.07	18.25±6.19	F=4.368	0.018
*Deneyime açıklık YİYE-II	26.84±7.20	33.70±7.63	37.50±4.55	F=10.545	<0.001
*Kaçınan	57.30±14.53	51.60±18.05	40.80±16.21	F=4.330	0.015

*Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA, F), Tukey Çoklu Karşılaştırma Testi, ortalama± standart sapma(ss), **Kruskal Wallis Testi (H), Dunn's Çoklu Karşılaştırma Testi, ortanca (%25_%75)

EşBBÖ: Eş Bağımlılık Belirleme Ölçeği, YİYE-II: Yakın İlişkilerde Yaşam Envanteri, BFKÖ: Beş Faktör Kişilik Ölçeği

EşBBÖ diğerlerine odaklanma alt ölçeği AMKB>Kontrol, EşBBÖ kök aile ile ilişkiler alt ölçeği AMKB>KRH, EşBBÖ toplam AMKB>KRH

YİYE-II kaçınan alt ölçeği kontrol>AMKB

BFKÖ yumuşak başlılık/uyumluluk alt ölçeği kontrol>AMKB- KRH>AMKB, BFKÖ özdenetim kontrol>AMKB, BFKÖ duygusal dengesizlik AMKB>kontrol, BFKÖ deneyime açıklık kontrol>AMKB

4.2. Çalışma Gruplarının Yakınlık Durumuna Göre Karşılaştırılması

AMKB ve KRH bakım veren çalışma gruplarında yakınlık durumu eş ve eş dışı bakım verenler (ebeveyn, kardeş, çocuk) şeklinde iki gruba ayrılmıştır. KRH bakım veren grubunda eş dışı bakım verenler oranı AMKB bakım veren grubundaki eş dışı bakım veren oranına göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti ($p<0.05$).

AMKB bakım veren grupta, ölçeklerden alınan puanlar yakınlık durumuna göre karşılaştırıldığında EşBBÖ alt ölçekleri diğerlerine odaklanma, düşük benlik, kendini gizleme, tıbbi sorunlar ve EşBBÖ toplam puanı, YİYE-II kaçınan ve kaygılı alt ölçekleri, BFKÖ alt ölçekleri özdenetim, deneyime açıklık, dışa dönüklük ve duygusal dengesizlik, özgecilik toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0.05$).

EşBBÖ kök aile ile ilişkiler alt ölçeği, BFKÖ uyumluluk alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (sırasıyla $p=0.031$, $p=0.031$). EşBBÖ

kök aile ile ilişkiler alt ölçeğinde eş dışı bakım verenlerin ortancası 12.00 (9.00-17.00) puan, eşlerin ortancası 9.00 (8.00-13.00) puan olup diğer bakım verenlerin ortancası daha yüksekti.

BFKÖ uyumluluk alt ölçeğinde eşlerin ortalaması 34.71 ± 5.98 puan, eş dışı bakım verenlerin ortalaması 31.38 ± 6.35 puan olup eşlerin ortalaması daha yüksekti. AMKB bakım veren grubunun istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren ölçek puanlarının yakınlık durumuna göre karşılaştırması tablo 4.6'da verilmiştir.

Tablo 4.6 AMKB bakım veren grubun istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren ölçek puanlarının yakınlık durumuna göre karşılaştırması.

	Eş n=28	Eş dışı n=42	t/U-z	p
EŞBBÖ				
**Kök aile ile ilişkiler	9.00 (8.00_13.00)	12.00 (9.00_17.00)	U=409.00 z=-2.153	0.031
BFKÖ				
*Uyumluluk	34.71 ± 5.98	31.38 ± 6.35	t= 2.200	0.031

* t testi (t), ortalama± standart sapma(ss), **Mann Whitney U testi (U, z), ortanca (%25_ %75)

EŞBBÖ: Eş Bağımlılık Belirleme Ölçeği, BFKÖ: Beş Faktör Kişilik Ölçeği

EŞBBÖ kök aile ile ilişkiler alt ölçeği Diğer>Eş

BFKÖ yumuşak başlılık/uyumluluk alt ölçeği Eş>Diğer)

KRH bakım veren grupta ölçeklerden alınan puanlar yakınlık durumuna göre karşılaştırıldığında, EŞBBÖ alt ölçekleri diğerlerine odaklanma, kendini gizleme, kök aile ile ilişkiler, tıbbi sorunlar ve EŞBBÖ toplam puanı, YİYE-II kaçınan ve kaygılı alt ölçekleri, BFKÖ alt ölçekleri yumuşak başlılık/uyumluluk, özdenetim, deneyime açıklık, dışa dönüklük ve duygusal dengesizlik, özgecilik toplam puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p > 0.05$).

EŞBBÖ düşük benlik alt ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (U=351.00, z= -1.139, $p=0.020$). EŞBBÖ düşük benlik alt ölçeğinde bakım veren eşlerin ortancası 10.00 (8.00-13.00) puan, diğer bakım verenlerin ortancası 8.00 (7.00-10.50) puan olup eşlerin ortancası daha yüksekti.

Tüm ölçek ve alt ölçekler bakım veren AMKB ve KRH bakım veren gruplarında yakınlık durumuna göre karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.



5. TARTIŞMA

Çalışmamızda AMKB bakım veren ve KRB bakım veren grubu ile kontrol grubu arasında cinsiyet farkı saptanmamış olmakla birlikte, tüm çalışma grubunda kadın oranının yüksek olması, yazında bakım verenlerle ilgili yapılan çalışmalarla uyumludur. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü-Türkiye Aile Yapısı Araştırması 2016 verilerine göre, Türkiye’de bakım verme sorumluluğu en çok hasta kişinin eşi (%26), ailedeki gelin (%16) ve hasta kişinin kızı ile annesi (%19) üzerindedir (194). Yang ve ark. tarafından yapılan çalışmada, KRB bakım verenlerin %64’ü kadın, %36’sı erkek olarak saptanmıştır (195). Ülkemizde AMKB yakınları ile yapılan başka bir çalışmada, bakım verenlerin %76’sı kadın, %24’ü erkek olarak saptanmıştır (196). Yine ülkemizde bağımlı yakını olan bireyler ile yapılan bir çalışmada da bakım verenlerin %73,2’i kadın ve %26,8’i erkek olarak (197), KRB bakım verenler üzerinde yapılan bir çalışmada %70’i kadın, %30’u erkek olarak (198) saptanmıştır. Verilerimiz bu çalışmaların sonuçlarıyla örtüşmektedir. Türkiye’de toplumsal cinsiyet rolleri açısından kadınların daha çok ev içi işlerden, erkeklerin ise ailenin mali yönetimi gibi işlerden sorumlu olduğuna dair algı ve tutumlar nedeniyle bakım veren cinsiyet oranının kadınlarda belirgin şekilde yüksek olduğu düşünülmüştür. Türkiye’de toplumsal cinsiyet rollerine yönelik algı üzerine yapılan bir çalışmada, kadınların %91’i, erkeklerin ise %96’sı bakım vermenin yalnızca kadınların görevi olduğunu ifade etmiştir (199).

Hastaya yakınlık durumu açısından bakıldığında, AMKB bakım veren grubunun %40’ı eş, %40’ı ebeveyn, %20’si kardeş veya çocuktan (eş dışı bakım veren oranı %60). KRB bakım veren grubunun %22.8’i eş, %45.7’si ebeveyn, %31.4’ü kardeş veya çocuktan (eş dışı bakım veren oranı %77.1). Hasta birey evli ise bakım verenin çoğunlukla eşi olduğu bildirilmiştir (106). KRB bakım veren grubunda eş dışı bakım veren oranı yüksektir; KRB tanılı kişilerin işlev kaybının, bu kişilere yönelik damgalamanın; partner edinme ve evlenmelerinin üzerinde negatif etkili olduğu bildirilmiştir (200). KRB tanılı bireylere yapılan sosyodemografik çalışmalarda çoğunlukla medeni durumun bekar olduğu saptanmıştır (201–203). 2014 yılında KRB bireylere bakım verenler arasında yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin %31.1’i eş, %69’unun eş dışı bakım verenler olduğu saptanmıştır (204). 2022 yılında şizofreni

hastalarına bakım verenlerin dahil edildiği bir çalışmada, bakım verenlerin %30.9'unun eşi, %69.1'i eş dışındaki yakınlarının olduğu saptanmıştır (205). Şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenleri ile ilgili yapılan başka bir çalışmada bakım verenlerin %22.8'i eş, %77.2'si eş dışı bakım verenler olduğu saptanmıştır (16). AKB ve şizofreni hastalarının bakım verenleri arasında yapılan bir çalışmada; şizofreni hastalarına bakım verenlerin %38'i eş, %62'si eş dışı bakım verenler; AKB bakım verenlerin %56'sı eş, %44'ü eş dışı bakım verenler olduğu saptanmıştır (206). Bulgularımız, KRH bakım verenler arasında bakım verenin sıklıkla eş dışı bakım verenler (ebeveyn, kardeş, çocuk) olduğunu gösteren ülkemizde ve uluslararası yapılan çalışmalarla uyumludur.

Aile ilişkilerine yönelik algıya bakıldığında, AMKB bakım veren grubunun %47.1'i aile ilişkilerine iyi, %40.0'ı orta, %12.9'u kötü; KRH bakım veren grubunun %57.1'i aile ilişkilerine iyi, %35.7'si orta, %7.1'i kötü; kontrol grubunun %81.4'ü iyi, %17'si orta, %1.4'ü kötü olarak tanımlamış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,05$). Bakım veren grupları kontrol grubuna göre aile ilişkilerini daha yüksek oranda "orta/kötü" şeklinde değerlendirmiştir. Hasta bireyin işlev kaybının, çalışmamasının aileyi mali açıdan zorlaması, aile üyelerine yönelik saldırgan davranışları, ailedeki rollerin değişimi, sorumluluk alanlarının bakım verenlere kayması sonucunda aile ilişkilerinin olumsuz etkilendiği bildirilmektedir (207). Bununla birlikte bakım veren grupların da kendi içinde aile ilişkilerini yüksek oranda iyi olarak değerlendirmesinin, bakım veren bireyin hastalıkla ilgili suçluluk duyması ve kendisini sorumlu hissetmesi, kültürümüzde ailede yaşanan çatışmalara rağmen aile birliğinin önemslenmesine dair özellikler nedeniyle olduğu düşünülmüştür. Ülkemizde üniversite öğrencileri arasında eş bağımlılıkla ilgili bir çalışmada kişiler tüm aile içindeki çatışmalara rağmen %75.62'si yüksek bir oranda aile ilişkilerini iyi olarak değerlendirmiştir (186). 2012 yılında bakım verenler arasında yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %78'i, tüm bakım yüküne rağmen bakım vermekten memnun olduklarını bildirmiştir (16). Bakım verenler arasında yapılan başka bir çalışmada bakım verenlerin %73'ü, bakım vermenin en az bir olumlu yönünü bildirmiştir (17). AMKB ve KRH bakım verenlerin aile ilişkilerine dair algılarından yola çıkarak, her iki hastalık grubunun aile ilişkilerini olumsuz etkilediği ve tedavi

sürecine ailelerin dahil edilmesinin, ailelere yönelik müdahalelerin uygulanmasının önemli olduğu düşünülmüştür.

EşBBÖ toplam puanı, AMKB bakım veren grubunda, KRH bakım veren grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Bu sonuç “AMKB tanısına sahip bireylere bakım verenlerin eş bağımlılık düzeyleri, KRH tanısına sahip bireylere bakım verenlere göre daha yüksektir.” hipotezimizle uyumluydu. 2019 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada EşBBÖ toplam puanı bağımlı yakını olan bireylerde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (197). 2014 yılında eşi alkol bağımlısı olan 50 kişi ve olmayan 50 kişi arasında yapılan bir çalışmada da EşBBÖ toplam puanları bağımlı eşlerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (208). KRH bakım veren bireyler üzerinde kontrol grubu olmaksızın yapılan bir çalışmada, katılımcılar EşBBÖ aldıkları puanlara göre üçe ayrılmış ve KRH bakım verenlerin %60.9 gibi yüksek bir oranı ‘düşük düzeyde eş bağımlılık’ göstermiştir (198). Bu sonuçlar çalışmamızın sonuçları ile uyumludur.

EşBBÖ’nün alt ölçek puanları değerlendirildiğinde de düşük benlik alt ölçeğinde, AMKB bakım veren grup ortanca puanı, KRH bakım veren grup ortanca puanından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmada AKB tanısı olan kişilerin eşlerinde daha fazla olumsuz benlik algısının olduğu bildirilmiştir (209). Altıntaş Cesur’un çalışmasında da düşük benlik alt ölçeği yakını AKB olan bireylerde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır (208). AKB ve şizofreni hastalarına bakım verenler arasında yapılan bir çalışmada, AKB bakım verenlerde bakım yükü yüksek ve depresyon ile ilişkili bulunmuştur (206). Yapılan çalışmalarda, yakını bağımlı olan bireyler diğer bireylere göre daha fazla depresif yakınmaya sahiptir. Depresif yakınmalar da olumsuz benlik algısı ile yakından ilişkilidir (206,210,211). Depresif yakınmaları olan kadınların eş bağımlılık düzeyini inceleyen çalışmalarda, depresyon ile EşBBÖ alt ölçekleri arasında; en güçlü ilişki depresyon ile düşük benlik algısı arasında bulunmuştur (212,213). Eş bağımlılık ve düşük benlik algısı ilişkisi üzerine yapılan çalışmalarda, eş bağımlılık ölçek puanları ile en güçlü ilişki düşük benlik algısı ile bulunmuştur (214–217). Diğer ruhsal hastalık tanılı bireylere bakım verenlere göre

AMKB yakınlarında depresif yakınmaların sıklıkla görülmesi, düşük benlik algısı ile depresif yakınmaların birbiriyle ilişkili olması nedeniyle AMKB bakım verenlerinde KRH bakım verenlerine göre düşük benlik algısının daha yüksek saptanması beklenen bir sonuçtur. KRH bakım verenler üzerinde yapılan bir çalışmada, bakım verenler kendilerini %62.8 gibi yüksek bir oranda ‘kendine güvenen’ ve kendileri ile ilgili ‘olumlu algılara sahip bireyler’ olarak nitelendirmiştir. Aynı çalışmada bu kişilik özelliği, EŞBBÖ düşük benlik alt ölçeği ile ters yönde anlamlı ilişki göstermiştir (198). Bu sonuç da, KRH bakım verenlerinde AMKB bakım verenlerine göre daha az düşük benlik algısı saptanması bulgumuz ile uyumludur.

EŞBBÖ diğerlerine odaklanma alt ölçeğinde, AMKB bakım veren grup ortanca puanı; KRH bakım veren grup ortanca puanından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Bakım veren eşin, hasta eşin sorumluluklarını yerine getirememesine bağlı (örneğin çocukların bakımı gibi) olarak sorumluluk alanlarının arttığı, kendine ayırdığı zamanın azaldığı bildirilmiştir (106,197,218). Çalışmamızda AMKB bakım veren eş oranı (%40.0), KRH bakım veren eş oranına göre (%28.2) anlamlı olarak daha yüksektir. Diğerlerine odaklanma/kendini ihmal alt boyutunun AMKB grubunda bakım veren eşin artan sorumluluklar ile birlikte KRH bakım verenlerine göre yüksek saptanabileceği düşünülmüştür. Aynı zamanda, diğerlerine odaklanma; özellikle yakını bağımlı olan kişilerin hasta bireyi maddeden uzak tutmak için kullandıkları başa çıkma mekanizması olarak da değerlendirilmiştir (111,219,220). 195 üniversite öğrencisi arasında yapılan bir çalışmada, diğerlerine yönelik dikkat ve sosyal onaylanma ihtiyacının eş bağımlılıkla ilişkili olduğu saptanmıştır (221). Cesur Altıntaş’ın çalışmasında da diğerlerine odaklanma, yakını AKB olan eşlerde kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek saptanmıştır (208). Bu iki çalışmanın sonucu da, çalışmamızda AMKB bakım verenlerinin KRH bakım verenlerine göre diğerlerine odaklanma alt ölçeği ve EŞBBÖ toplam puanlarının yüksek saptanması ile uyumludur.

BFKÖ alt ölçeklerine bakıldığında, yumuşak başlılık/uyumluluk alt ölçeğinde; KRH bakım veren grup ortanca puanı, AMKB bakım veren grup ortanca puanından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Bu sonuç ‘‘KRH tanısına sahip bireylere bakım verenlerdeki BFKÖ yumuşak başlılık/uyumluluk alt boyutu, AMKB tanısına sahip bireylere bakım verenlere göre daha yüksektir’’ hipotezimizle

uyumludur. Bakım verenler üzerine yapılan çalışmalarda yumuşak başlılık/uyumluluk kişilik özelliği yüksek saptanmıştır (43,44). Yumuşak başlılık/uyumluluk kişilik özelliği, kişilerin olaylara ve durumlara kolay uyum sağlaması ile ilişkilidir. Birçok çalışmada, bağımlı yakınlarının inkar ve yansıtma gibi olgunlaşmamış benlik savunma mekanizmalarını sıkça kullandığı bildirilmiştir (115,222–228). Bu savunma mekanizmalarının sıklığı uyumluluk/yumuşak başlılık kişilik özelliklerinin aksine, kişi ve ilişkilerinin uyumunu hem hasta hem bakım veren açısından bozmaktadır. AMKB olgunlaşmamış savunma mekanizmaları ile birlikte uyumluluk/yumuşak başlılık alt ölçeğinde KRH bakım verenlerine göre daha düşük puan almaları bu açıdan açıklanabilir. KRH bakım verenler, bizim çalışmamıza benzer şekilde eşe oranla daha yüksek oranda hasta birey ile kan bağı olan aile üyeleri; ebeveyn, kardeş ve çocuktur (16,204,205). Diğer bakım verenlerin eşlere oranla ailede hasta bireye karşı daha kabullenici olma tutumu, KRH bakım verenlerinde AMKB bakım verenlerine göre daha yüksek düzeyde yumuşak başlılık/uyumluluk özelliklerini açıklayabilir. Eş bağımlılık arttıkça uyumsuz davranışların sıklığının arttığı bildirilmiştir (156). KRH bakım verenlerinde EşŞBÖ toplam puanının AMKB bakım verenlerine göre düşük saptanması ile birlikte, BFKÖ yumuşak başlılık/uyumluluk alt ölçeğinde daha yüksek puan alması; bu açıdan da beklenen bir sonuçtur.

BFKÖ duygusal dengesizlik alt ölçeğinde AMKB bakım veren grup ortalaması puanı, KRH bakım veren grup ortalaması puanından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek saptanmıştır. Bu sonuç ‘‘AMKB tanısına sahip bireylere bakım verenlerin duygusal dengesizlik kişilik özelliği, KRH tanısına sahip bireylere bakım verenlere göre daha yüksektir.’’ hipotezimizle uyumluydu. Duygusal dengesizlik alt boyutunda, genel olarak kaygılı, güvenmeyen, kolayca alınabilen, öfkeli olan kişilerin duygusal dengesizlik düzeyleri yüksek olarak değerlendirilmektedir. Bağımlı yakınlarının değerlendirildiği bir çalışmada, aile içinde duygusal tepkisellik ve duygusal iletişim kurma alanındaki problemler saptanmıştır (197). AMKB tanılı bireylerde komorbid kişilik patolojilerinin sıklıkla saptanması bağımlı bireylerin iletişim becerilerinin düşüklüğü, davranış ve duygu kontrolünün yetersizliği bildirilmiştir (223). Bakım verende de yakın ilişki ile benzer özelliklerin ortaya çıkması, bakım verenlerin ilişkide oldukları bağımlı bireylerin etkisi ile duygusal dengesizlik kişilik özelliklerinin yüksek saptanması beklenilebilir. Ülkemizde KRH bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerini

belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada, bakım verenler kendilerini %83.4 gibi yüksek bir oranda ‘‘tepkisel olmayan’’ ve %73.4 oranında ‘‘duyarlı/duygusal şekilde’’ tanımlamıştır (198). Bizim çalışmamızda da KRH bakım verenlerde AMKB bakım verenlere göre duygusal dengesizlik kişilik özellikleri daha düşük saptanmıştır. Aşkan’ın çalışmasında kontrol grubu yokken çalışmamızda sağlıklı kontrol grubu vardı ve duygusal dengesizlik kişilik özelliği KRH bakım veren grubunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak farksızdı. Daha önce bahsedildiği gibi, çalışmamızda EşBBÖ düşük benlik alt boyutu KRH bakım veren grubunda AMKB bakım veren grubuna göre daha düşük saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda hem düşük benlik algısı hem de duygusal dengesizlik her ikisi de olumsuz duygulanımlarla ilişkili bulunmuştur (34,206,210,211). Ayrıca bakım verenlerin kendileri ile ilgili olumsuz algıları ve depresif belirtiler; duygusal dengesizlik kişilik özelliği ile ilişkili bulunmuştur (44,195,229). KRH bakım verenlere yönelik yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin kendileri ile ilgili olumsuz algıları duygusal dengesizlik kişilik özelliği ile pozitif yönde ilişkili bulunmuştur (230). Çalışmamızda, KRH bakım vereninde EşBBÖ düşük benlik alt boyutu; yani bakım verenin kendi ile ilgili olumsuz algıları AMKB bakım verenine göre daha düşük saptanmıştır. Aynı doğrultuda KRH bakım verenlerinde duygusal dengesizlik kişilik özelliğinin AMKB bakım verenlerine göre daha düşük saptanması beklenen bir sonuçtur.

Grupların özgecilik ölçeği puanları değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Hipotezimiz, özgecilik düzeyi açısından KRH bakım veren grubunun AMKB bakım verenlerine göre daha yüksek saptanmasıydı. Evrimsel bakış açısına göre; bireylerin hayatta kalma motivasyonu ve kendi soylarının devamı için akraba bağı olduğu kişilere karşı, diğer bireylere göre daha fazla özgeci davranışta bulunacağı düşünülmektedir (231). Çalışmamızda daha önceki çalışmalarla uyumlu şekilde, KRH bakım veren grubunda kan bağı olan eş dışı bakım veren (ebeveyn, kardeş, çocuk) oranı (%77.1); AMKB bakım veren grubuna göre (%60) anlamlı olarak daha yüksekti. Yapılan çalışmalarda özgecilik düzeyi cinsiyetler arası farklılık göstermektedir. Kadınlar diğerlerinin duygusal ihtiyaçlarına karşılamak için diğer insanlarla sosyalleşirken (232); erkekler hedefe yönelik başarı, egemenlik ve rekabet için sosyalleşmekte (233) ve erken dönemde anneden ayrılmaya, bağımsız olmaya teşvik edilmektedirler (232). Bu

bağlamda özgecilik düzeyinin kadınlarda erkeklere göre daha fazla olduğu düşünülmüştür. Kadınların erkeklere göre daha çok özgeci davranışlar sergilediklerini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (140–144,234–237). Çalışmamızda tüm gruplarda kadın oranının yüksek olması ve cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmaması nedeniyle, gruplar arasında özgecilik düzeyinin farklı çıkmadığı düşünülebilir. Çalışmamızda her üç grubu kadın ve erkek olarak ayırıp karşılaştırdığımızda, özgecilik düzeyleri açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ayrıca AMKB bakım verenlerini kendi içlerinde kadın ve erkek olarak ayırdığımızda da özgecilik anlamlı farklılık göstermemiştir. Çalışmamızdaki sonuç, cinsiyet ile özgecilik arasında ilişki bulunmadığını gösteren çalışmalarla uyumludur (145–147,238–240). Araştırmalar, özgecilik ve diğer prososyal davranışların yaştan ilerlemesi ile artış gösterdiğini göstermektedir (141,144,146,241,242). Çalışmamızda grupların yaş ortalamasının yüksek olması ve gruplar arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmaması nedeniyle de özgecilik düzeyleri açısından benzer sonuçlar elde edildiği düşünülebilir.

Grupların YİYE-II kaçınan ve kaygılı bağlanma alt ölçekleri puanları değerlendirildiğinde bağlanma stilleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yapılan birçok çalışma, ailede AMKB tanılı birey ile yakın ilişkide bulunan kişilerin diğer kişilerle yakın ilişkilerinde de bağlanma ile ilgili sorun yaşadığını belirtilmektedir (243,244). Araştırmacılar, EşBBÖ’de yüksek puan alanların daha çok kaygılı bağlanma stiline sahip olduklarını ve daha çok aile kaynaklı problemleri olduğu sonucunu bulmuşlardır (183). Jeremiah ve ark. da düşük benlik algısının, kontrolsüz ve dürtüsel hareket etmenin, sınır koymada problem yaşamanın, diğerlerine fazla odaklanmanın ve kaygı düzeyinin yüksek olmasının yani genel olarak duygusal disregülasyonun eş bağımlılık ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (245). Duygusal disregülasyonun yakın ilişkilerdeki tutumları etkilediği, güvensiz bağlanma biçimleri ile ilişkili olduğu bilinmektedir (35). Çalışmamıza göre daha genç bir örneklemler, 163 kişi arasında yapılan bir çalışmada eş bağımlılık, güvenli bağlanma biçimleri ile negatif yönde; kaygılı ve kaçınan bağlanma biçimi ile pozitif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur (246). Benzer şekilde diğer çalışmalarda da güvensiz bağlanma biçimleri eş bağımlılıkla ilişkili bulunmuştur (197,225,228,247,248). Hipotezimiz çalışmamızda da saptandığı üzere eş bağımlılık düzeyi daha yüksek olan

AMKB bakım verenlerinin KRH bakım verenlerine göre daha güvensiz bağlanma biçimlerine sahip olduğuydu. Bizim çalışmamızda gruplar arasında bağlanma tarzları açısından farklılık saptanmadı. Bununla birlikte, güvenli bağlanma biçimi, yüksek benlik algısı ile ilişkili bulunmuştur (224–228). Çalışmamızda eş bağımlılığa ait bir özellik olarak da tanımlanan ve alt ölçeklerinden biri olan düşük benlik algısı AMKB grubunda yüksek saptanmasına rağmen bağlanma tarzına yönelik gruplar arasında farklılık saptanmamıştır. Yaş ilerledikçe güvenli bağlanma biçiminin daha fazla saptandığı bilinmektedir (249). Çalışma gruplarımızda yaş açısından anlamlı farklılık olmaması nedeniyle bağlanma biçimleri açısından fark olmadığı düşünülebilir. Bununla birlikte eş bağımlılığın bir bireye bakım vermekle birlikte gelişebildiği, bağlanma biçimlerinin ise hayat boyu daha stabil seyrettiği düşünülebilir. Cinsiyet, bağlanma stili ve eş bağımlılık ilişkilerinin daha detaylı anlaşılabilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir.

5.1. Çalışma Gruplarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Tüm ölçek ve alt ölçeklerin kadın cinsiyete göre gruplar arasında karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında, KRH bakım veren kadınlar; AMKB bakım veren kadınlara göre yumuşak başlılık/uyumluluk alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek puan almıştır. Bakım veren ebeveyn oranı KRH bakım veren grubunda AMKB bakım veren grubuna göre daha yüksektir. Bakım veren annenin kabullenici, koruyucu tavrı olduğu bilgisinin (106) bu farklılığının nedenlerinden biri olabileceği düşünülmüştür.

Tüm ölçek ve alt ölçeklerin erkek cinsiyete göre gruplar arasında karşılaştırma sonuçlarına bakıldığında, EşBBÖ diğerlerine odaklanma alt boyutunda AMKB bakım veren gruptaki erkekler, kontrol grubundaki erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan aldı. Diğerlerine odaklanma-kendini ihmal kişilik özelliği, genel popülasyonda kadınlarda fazladır , AMKB grubunda bakım vermekle ilgili özellikler nedeniyle kontrol grubundaki erkek cinsiyetteki bireylerine göre yüksek saptandığı düşünülmüştür.

EşBBÖ kök aile ile ilişkiler alt boyutunda, AMKB bakım veren erkeklerin KRH bakım veren erkeklere göre daha yüksek puan aldı. Çalışmamızla benzer olarak 77 kadın ve

72 erkek cinsiyette 149 kişinin dahil edildiği eş bağımlılığın değerlendirildiği bir çalışmada, AMKB bakım veren erkekler kontrol grubuna göre kök aileye ilişkin daha fazla sorun bildirmiştir (184). Bu çalışmanın aksine, çalışmamızda AMKB bakım veren erkeklerin kontrol grubu erkeklerine göre kök aileye ilişkin sorunlar alt boyutunda aldığı puanlar istatistiksel olarak anlamlı değildi. Öte yandan AMKB ve diğer ruhsal hastalıkların karşılaştırıldığı çalışmalarda aileye ilişkin sorunları daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar bulunmaktadır (250–252). Çalışmamızdaki gibi üç grubu karşılaştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Kök aileye ilişkin sorunlar alt boyutunda cinsiyete göre ayrılmaksızın üç grubun karşılaştırılmasında anlamlı farklılık çıkmaması göz önüne alındığında, kök aile ile ilişkiler alt boyutunda bakım verenin cinsiyetinin, tanıya göre daha önemli olduğu düşünülebilir.

EşBBÖ toplam puanında, AMKB bakım veren erkeklerin KRH bakım veren erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Aynı sonuç gruplar arasında cinsiyete göre ayırmaksızın yapılan karşılaştırmada da saptanmış olup, kadın cinsiyette saptanmamıştır. Kadın cinsiyete atfedilen şefkat, sahiplenme gibi özelliklerin bakım verme işini görev olarak üstlenmelerine neden olması kadın cinsiyette gruplar arasında farklılık saptanmamasını açıklayabilir. EşBBÖ toplam puanındaki gruplar arası farklılığın, bakım veren erkek cinsiyetteki bireylerden kaynaklandığı düşünülebilir.

BKFÖ dışa dönüklük alt boyutu puanları, kontrol grubundaki erkeklerde AMKB bakım veren grubu erkeklere daha yüksek saptanmıştır. Sosyal etkinliklere katılmaya meyilli olma, enerjisi yüksek olma, sıcakkanlılık, konuşkanlık gibi kişilik özellikleri dışa dönüklük alt boyutuna aittir. Diğer insanlarla vakit geçirmekten keyif alan, kolay anlaşılabilir, sepatik olarak değerlendirilen, işbirlikçi olarak değerlendirilen kişilerin dışa dönüklük düzeyleri yüksek olarak değerlendirilir (41,177). Ailede bağımlı birey olmasının aileyi ruhsal ve mali açılardan zarara uğrattığı bilinmektedir. Vadher ve ark. yaptığı çalışmada, bağımlı yakını olan erkeklerin psikolojik ve fiziksel sağlıklarının olumsuz etkilendiği, çevreleriyle daha sağlıklı ilişkiler kurduğu saptanmıştır (206). Çalışmamızın cinsiyet oranı ve diğer sosyodemografik farklılıklar nedeniyle daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

BFKÖ yumuşak başlılık/uyumluluk alt boyutunda kontrol grubundaki ve KRH bakım veren grubundaki erkekler, AMKB erkeklere göre; istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek puan almıştır. Bu farklılıkların gruplar arasında saptanmaması nedeniyle bakım verilen kişinin tanısından ziyade bakım verenin cinsiyetinin daha önemli olduğu çıkarımı yapılabilir.

Duygusal dengesizlik alt boyutu puanları, AMKB bakım veren erkeklerde, kontrol grubu erkeklere göre daha yüksekti. Bağımlı yakınlarının değerlendirildiği çalışmalarda, aile içinde duygusal tepkisellik ve iletişim kurmada problemler, AMKB bireylerde komorbid kişilik patolojilerinin sıklığı nedeniyle iletişim becerilerinin düşüklüğü, davranış ve duygu kontrol yetersizlikleri bildirilmiştir (197,223). Bununla birlikte kadın cinsiyette benzer bir sonucun ortaya çıkmaması ise, genel popülasyona yönelik yapılan araştırmalarda bu alt boyutun sıklıkla kadınlarda yüksek saptanması (191) nedeniyle kadın cinsiyette gruplar arasında farklılık saptanmamasına neden olabildiği düşünülmüştür.

5.2. Çalışma Gruplarının Yakınlık Durumuna Göre Karşılaştırılması

Tüm ölçek ve alt ölçekler bakım veren iki grup arasında yakınlık durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmemiştir.

AMKB bakım veren grubunda, yakınlık durumuna göre karşılaştırma sonuçlarına göre; BFKÖ yumuşak başlılık/uyumluluk alt boyutunda, eşlerin; eş dışı bakım verenlere göre (ebeveyn, kardeş, çocuk) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. AMKB bakım veren grubunda EşBBÖ kök aile ile ilişkiler alt ölçeğinde, ebeveyn, çocuk ve kardeşlerin; eşe göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. 2009 yılında 223 üniversite öğrencisi arasında yapılan aile içi çatışmalar ve eş bağımlılık ilişkisine bakılan bir çalışmada, çocuklarda aile içi çatışmanın eş bağımlılığı yordadığı sonucuna ulaşılmıştır (119). Benzer şekilde birçok çalışma, ailede AMKB tanılı bir ebeveynin olmasının ve yüksek düzeyde aile patolojisinin; çocuklarda daha yüksek düzeyde eş bağımlılık ile ilişkili olduğunu göstermiştir (217,253,254). 2019 yılında AMKB yakınların ebeveyn, çocuk ve kardeş sıklığının daha fazla olduğu başka bir çalışmada, aile içi işlevselliğin düşük olması ile eş bağımlılık pozitif korelasyon gösterdiği

saptanmıştır (197). Bağımlı bireylerin yakınlarının kök aileleri içindeki rollerin değişimi, aile içindeki problem çözme becerisinin düşüklüğü ve çatışmaların eş bağımlılığı yordadığı diğer çalışmalarla da desteklenmektedir (222–224). Ülkemizde aile içi fiziksel şiddete yönelik yapılan bir çalışmada, bağımlı bireylerin eş ve çocuklarına yönelik sıkça şiddet uyguladığı, çocuğun daha sıklıkla şiddet mağduru anneye yönelik de bakım sorumluluğu hissettiği, eş bağımlılığa yönelik özelliklerin oluşmasını kolaylaştırdığı (255); bu ve aile içi çatışmalarla ilişkili bakım veren çocukta EşBBÖ kök aile ile ilişkiler alt ölçek puanlarının artmış olabileceği, bağımlı bireyin bakım veren eşinin de ailedeki diğer bireyleri korumaya dayalı uyumluluk/yumuşak başlılık kişilik özelliklerinin artarak BFKÖ uyumluluk/yumuşak başlılık alt ölçeğinden yüksek puanlar almasına neden olduğu düşünülebilir.

KRH bakım veren grubunda, yakınlık durumuna göre karşılaştırma sonuçlarına göre; EşBBÖ düşük benlik alt boyutunda, eşlerin; eş dışı bakım verenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. KRH tanısında genetik geçişin de etkisiyle diğer bakım veren aile bireyleri hastalıkla ilgili sorumluluk hissetmekle birlikte, aradaki kan bağı ile birlikte bakım sorumluluğunu almaya ve uyum sağlamaya dayalı tutumların kolaylaştığı ifade edilmiştir (106). KRH birey ile evlenen kişi, hastalığın akut evresindeki risklerin ve bakım yükünün tam olarak farkında olmayabilir (256). Buna rağmen ilişkiyi sürdüren duygusal yönden bağımlı bireylerin kendi duygularını bastırdığı, endişe ve yetersizlikleriyle birlikte olumsuz benlik algılarının arttığı, bu duygularla bakım vermeye yöneldikleri bildirilmiştir (257,258). KRH tanılı bireye bakım veren eşin, hasta kişinin eşlerine yönelik hezeyanların etkisiyle, zamanla kendisinden şüphe duyduğu; algı ve muhakeme yeteneklerinin etkilendiği, kendileriyle ilgili özgüvensizlik, yetersizlik gibi olumsuz duygulara daha açık hale geldiği ifade edilmiştir (15). Tüm bu yönlerden düşünüldüğünde, düşük benlik alt boyutunun eş dışı bakım verenlere göre eşte yüksek saptanması beklenen bir sonuçtur.

5.3. Kısıtlılıklar

Çalışmamızda öz bildirime dayalı EşBBÖ, YİYE-II, BFKÖ ve özgecilik ölçeğinin kullanılması, sonuçlarda yanlılığa neden olabilmesi açısından kısıtlılık oluşturmaktadır.

Çalışmamızın kesitsel olması ve bakım verme süresinin incelenen özelliklere dahil edilmemesi, bakım verilen hastanın cinsiyeti, hastalık süresinin belirlenmemesi kısıtlılık oluşturmaktadır.

Örneklem grubu sayımızın güç analizine uygun olmasına karşın bakım verenlerin eş, ebeveyn, kardeş ve çocuklardan oluşması, belli bir yakınlık derecesi ile sınırlandırılmaması, çalışmamızın üçüncü basamak sağlık kurumunda tek merkezde yapılması, kişi sayısının geneli yansıtmaması kısıtlılık oluşturmaktadır.

Bu sınırlılıklara rağmen çalışma, geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış ölçekler kullanılarak yapılmıştır. KRH bakım verenlerin kontrol grubuyla, AMKB bakım verenlerin kontrol grubu ile karşılaştırılmasına dair çalışmalar yazında olmakla birlikte bilindiği kadarıyla üç grubun karşılaştırıldığı çalışmalar bulunmamaktadır.

Çalışmamıza yapılan güç analizinde hata payı 0.05 etki gücü 6.90 olmak üzere çalışmamız %100 güçlü bulunmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. AMKB bakım veren grubunda KRH bakım veren grubuna göre EŞBBÖ toplam puanı ve EŞBBÖ düşük benlik, diğerlerine odaklanma alt ölçekleri puanı daha yüksektir.
2. Gruplar arasında bağlanma biçimleri ve özgecilik düzeyleri açısından farklılık saptanmamıştır.
3. Gruplar arasında bağlanma biçimleri ve özgecilik düzeyleri açısından farklılık bulunmamıştır. Bu açıdan ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.
4. AMKB tanısına sahip bireylere bakım verenlerdeki BFKÖ duygusal dengesizlik alt boyutu puanları, KRH tanısına sahip bireylere bakım verenlere göre daha yüksektir.
5. KRH tanısına sahip bireylere bakım verenlerdeki BFKÖ yumuşak başlılık/uyumluluk alt boyutu puanları, AMKB tanısına sahip bireylere bakım verenlere göre daha yüksektir.
6. KRH tanısına sahip bireylere bakım verenlerde BFKÖ özdenetim/sorumluluk alt boyutu puanları, AMKB tanısına sahip bireylere bakım verenlerle farklılık saptanmamıştır.
7. Her üç gruptaki kadınların tüm ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, BFKÖ yumuşak başlılık/uyumluluk alt ölçeğindeki AMKB veren grup kadınların puanı, KRH bakım veren grup kadınların puanından daha yüksektir.
8. Her üç gruptaki erkeklerin tüm ölçek ve alt ölçeklerden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında, EŞBBÖ diğerlerine odaklanma alt ölçeğinde AMKB bakım veren grubu erkekleri kontrol grubu erkeklerine göre, EŞBBÖ kök aile ile ilişkiler alt ölçeğinde ve EŞBBÖ toplam puanında AMKB bakım veren grubu erkekleri KRH bakım veren grubu erkeklerine göre, YİYE-II kaçınan alt ölçeğinde kontrol grubundaki erkekler AMKB bakım veren grubundaki erkeklere göre, BFKÖ yumuşak başlılık/uyumluluk alt ölçeğinde kontrol grubu erkekleri, AMKB grubu erkeklerine göre, KRH bakım veren grubu erkekleri AMKB erkeklerine göre, özdenetim ve deneyime açıklık alt ölçeğinde kontrol grubu erkekleri, AMKB bakım veren grubu erkeklerine göre, duygusal

dengeşizlik alt boyutunda AMKB erkekleri kontrol grubundaki erkeklere göre daha yüksek puan almıştır.

9. Bakım verenin hasta bireye yakınlık durumuna göre ölçek ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında; KRH bakım veren grubunda EŞBBÖ düşük benlik alt ölçeğinde bakım veren eşlerin puanı diğer bakım verenlere göre daha yüksektir.
10. AMKB bakım veren grubunda EŞBBÖ kök aile ile ilişkiler alt ölçeğinde diğer bakım verenlerin puanı eşlerin aldığı puanlara göre ve BFKÖ yumuşak başlılık/uyumluluk alt ölçeğinde eşlerin aldığı puanlar diğer bakım verenlere göre daha yüksektir.

KAYNAKLAR

1. Degenhardt L, Whiteford HA, Ferrari AJ, Baxter AJ, Charlson FJ, Hall WD, vd. Global Burden of Disease Attributable to Illicit Drug Use and Dependence: Findings from The Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. Kasım 2013;382(9904):1564-74.
2. Angst J, Paksarian D, Cui L, Merikangas KR, Hengartner MP, Ajdacic-Gross V, vd. The Epidemiology of Common Mental Disorders from Age 20 to 50: Results from The Prospective Zurich Cohort Study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 24 Şubat 2016;25(1):24-32.
3. Hamdi NR, Iacono WG. Lifetime Prevalence and Co-morbidity of Externalizing Disorders and Depression in Prospective Assessment. *Psychol Med*. 16 Ocak 2014;44(2):315-24.
4. Schaefer JD, Caspi A, Belsky DW, Harrington H, Houts R, Horwood LJ, vd. Enduring Mental Health: Prevalence and Prediction. *J Abnorm Psychol*. Şubat 2017;126(2):212-24.
5. Saunders JC. Families Living with Severe Mental Illness: a Literature Review. *Issues Ment Health Nurs*. Mart 2003;24(2):175-98.
6. Drake RE, Essock SM, Shaner A, Carey KB, Minkoff K, Kola L, vd. Implementing Dual Diagnosis Services for Clients With Severe Mental Illness. *Psychiatric Services*. Nisan 2001;52(4):469-76.
7. World Health Organization. Global burden of disease 2004 Update. Genevo ; 2018 Ağu.
8. Thornicroft G, Tansella M, Becker T, Knapp M, Leese M, Schene A, vd. The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophr Res*. 01 Ağustos 2004;69(2-3):125-32.
9. Panayiotopoulos C, Pavlakis A, Apostolou M. Family burden of schizophrenic patients and the welfare system; the case of Cyprus. *Int J Ment Health Syst*. 02 Mayıs 2013;7(1):13.
10. Ae-Ngibise KA, Doku VCK, Asante KP, Owusu-Agyei S. The experience of caregivers of people living with serious mental disorders: a study from rural Ghana. *Glob Health Action*. 2015;8:26957.
11. Hoenig J, Hamilton MW. The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *Int J Soc Psychiatry*. 1966;12(3):165-76.
12. Varcarolis EM. The Several and Persistently Mentally Ill, Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing. İçinde New York; 1998. s. 850-837.
13. Sarandöl A. Psikiyatrik Bozukluklarda Aile Yüğü ve Aile ile Çalışmak. *Türkiye Psikiyatri Dergisi* . 2018;8(3):145-50.

14. Arslantaş H. Psikiyatri Hastalarının Bakım Vericilerinde Yük ve Baş Etme Stratejileri. *Türkiye Klinikleri Journal of Psych iatric Nursing Special Topics*. Mart 2018;4(1):39-47.
15. Tranvåg O, Kristoffersen K. Experience of being the spouse/cohabitant of a person with bipolar affective disorder: a cumulative process over time. *Scand J Caring Sci*. 05 Mart 2008;22(1):5-18.
16. Grover S, Chakrabarti S, Aggarwal M, Avasthi A, Kulhara P, Sharma S, vd. Comparative study of the experience of caregiving in bipolar affective disorder and schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*. 25 Kasım 2012;58(6):614-22.
17. Cohen CA, Colantonio A, Vernich L. Positive aspects of caregiving: rounding out the caregiver experience. *Int J Geriatr Psychiatry*. 25 Şubat 2002;17(2):184-8.
18. Lampis J, Cataudella S, Busonera A, Skowron EA. The Role of Differentiation of Self and Dyadic Adjustment in Predicting Codependency. *Contemp Fam Ther*. 11 Mart 2017;39(1):62-72.
19. Kaplan Ö, Özbaran B. Alkol-Madde Kullanıcılarının Bağımlılık Şiddeti İle Aile Üyelerinin Eş Bağımlılık Düzeyleri Arasındaki İlişki. *Bağımlılık Dergisi*. 19 Eylül 2023;25(2):113-21.
20. Fuller JA, Warner RM. Family stressors as predictors of codependency. *Genet Soc Gen Psychol Monogr*. Şubat 2000;126(1):5-22.
21. Piliavin JA, Charng HW. Altruism: A Review of Recent Theory and Research. *Annu Rev Sociol*. Ağustos 1990;16(1):27-65.
22. Batson CD, Duncan BD, Ackerman P, Buckley T, Birch K. Is empathic emotion a source of altruistic motivation? *J Pers Soc Psychol*. Şubat 1981;40(2):290-302.
23. Magai C, Cohen CI. Attachment Style and Emotion Regulation in Dementia Patients and their Relation to Caregiver Burden. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 01 Mayıs 1998;53B(3):P147-54.
24. Kuncle LJ, Shaver PR. An attachment-theoretical approach to caregiving in romantic relationships. İçinde: Bartholomew K, Perlman D, editörler. *Attachment processes in adulthood*. London: Jessica Kingsley ; 1994. s. 205-37.
25. Maunder RG, Hunter JJ. Attachment and Psychosomatic Medicine: Developmental Contributions to Stress and Disease. *Psychosom Med*. Temmuz 2001;63(4):556-67.

26. Batson CD. Addressing the Altruism Question Experimentally. İçinde: Altruism and Altruistic Love Science, Philosophy, and Religion in Dialogue. Oxford University Press; 2002. s. 89-105.
27. Collins NL, Read SJ. Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. İçinde: Batholomew K, Perlman D, editörler. Attachment processes in adulthood. London: Jessica Kingsley ; 1994. s. 53-90.
28. Gillath O, Shaver PR, Mikulincer M. An attachment-theoretical approach to compassion and altruism. İçinde: Gilbert P, editör. Compassion: Its nature and use in psychotherapy. London : Brunner-Routledge; 2005. s. 121-47.
29. Carnelley KB, Pietromonaco PR, Jaffe K. Attachment, caregiving, and relationship functioning in couples: Effects of self and partner. Pers Relatsh. 20 Eylül 1996;3(3):257-78.
30. Feeney BC, Collins NL. Predictors of caregiving in adult intimate relationships: An attachment theoretical perspective. J Pers Soc Psychol. Haziran 2001;80(6):972-94.
31. Sörensen S, Webster JD, Roggman LA. Adult attachment and preparing to provide care for older relatives. Attach Hum Dev. Mayıs 2002;4(1):84-106.
32. Carpenter BD. Attachment Bonds Between Adult Daughters and Their Older Mothers: Associations With Contemporary Caregiving. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 01 Eylül 2001;56(5):P257-66.
33. Mikulincer M, Florian V. Appraisal of and Coping with a Real-Life Stressful Situation: The Contribution of Attachment Styles. Pers Soc Psychol Bull. 02 Nisan 1995;21(4):406-14.
34. Doğan T. Beş Faktör Kişilik Özellikleri ve Öznel İyi Oluş. Doğu Üniversitesi Dergisi. 01 Ocak 2013;14(1):56-64.
35. Burger JM. Kişilik. 1. bs. İstanbul: Kaktüs yayınları; 2006.
36. Poropat AE. A meta-analysis of the five-factor model of personality and academic performance. Psychol Bull. Mart 2009;135(2):322-38.
37. Digman JM. Higher-order factors of the Big Five. J Pers Soc Psychol. 1997;73(6):1246-56.
38. McCrae RR, Costa PT. Personality trait structure as a human universal. American Psychologist. Mayıs 1997;52(5):509-16.
39. Costa PT, McCrae RR. Personality in adulthood: A six-year longitudinal study of self-reports and spouse ratings on the NEO Personality Inventory. J Pers Soc Psychol. 1988;54(5):853-63.

40. Costa Jr. PT, McCrae RR. Domains and Facets: Hierarchical Personality Assessment Using the Revised NEO Personality Inventory. *J Pers Assess.* Şubat 1995;64(1):21-50.
41. Somer O, Korkmaz M, Tatar A. Beş Faktör Kişilik Envanteri'nin Geliştirilmesi-I : Ölçek ve Alt Ölçeklerin Oluşturulması. *Türk Psikoloji Dergisi.* 2002;17(49):21-33.
42. Angelini G. Big five model personality traits and job burnout: a systematic literature review. *BMC Psychol.* 19 Şubat 2023;11(1):49.
43. Löckenhoff CE, Sutin AR, Ferrucci L, Costa PT. Personality traits and subjective health in the later years: The association between NEO-PI-R and SF-36 in advanced age is influenced by health status. *J Res Pers.* Ekim 2008;42(5):1334-46.
44. Löckenhoff CE, Duberstein PR, Friedman B, Costa PT. Five-factor personality traits and subjective health among caregivers: The role of caregiver strain and self-efficacy. *Psychol Aging.* 2011;26(3):592-604.
45. Anonymous. First Person Account: Life With a Mentally Ill Spouse. *Schizophr Bull.* 01 Ocak 1994;20(1):227-9.
46. Larsen JM. The Effect of Psychosis on Relationships and the Spouse's Functioning: Caregiver Burden, Codependency and Treatment Options [Yüksek Lisans Tezi]. [Los Angeles]: Alliant International University; 2011.
47. Leshner AI. Addiction Is a Brain Disease, and It Matters. *Science* (1979). 03 Ekim 1997;278(5335):45-7.
48. Dawson N V., Dadheech G, Speroff T, Smith RL, Schubert DSP. The Effect of Patient Gender on The Prevalence and Recognition of Alcoholism on a General Medicine Inpatient Service. *J Gen Intern Med.* Ocak 1992;7(1):38-45.
49. Saunders JB. Substance Dependence and Non-dependence in The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) and The International Classification of Diseases (ICD): Can an Identical Conceptualization Be Achieved? *Addiction.* 08 Eylül 2006;101(s1):48-58.
50. Evren Cüneyt. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Temel Başvuru Kitabı. Evren Cüneyt, editör. 2019. 37-37 s.
51. Hasin DS, O'Brien CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A, vd. DSM-5 Criteria for Substance Use Disorders: Recommendations and Rationale. *American Journal of Psychiatry.* Ağustos 2013;170(8):834-51.
52. Gulec G, Kosger F, Essizoglu A. Alcohol and Substance Use Disorders in DSM-5. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry.* 2015;1.

53. Prof.Dr.Ertuğrul Köroğlu. DSM-5-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı, Amerikan Psikiyatri Birliği. 2022.
54. Kosten TR GTKH. The Neurobiology of Substance Dependence: Implications for Treatment. Clinical Textbook of Addictive Disorders . 2005;3-16.
55. Breslow RE, Klinger BI, Erickson BJ. Acute Intoxication and Substance Abuse Among Patients Presenting to a Psychiatric Emergency Service. Gen Hosp Psychiatry. Mayıs 1996;18(3):183-91.
56. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>. 2023. Home/Newsroom/Fact sheets/Detail/Alcohol.
57. National Center for Drug Abuse Statistics. <https://drugabusestatistics.org/alcohol-related-deaths/>. 2023. Alcohol Related Deaths.
58. Organization WH. Global Status Report on Alcohol and Health 2018. 2019.
59. WHO. Global Status Report on Alcohol and Health 2014. 2014.
60. İçişleri Bakanlığı. Türkiye’de Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması Raporu. Ankara; 2018.
61. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2023). European Drug Report 2023: Trends and Developments. 2023 Haz.
62. UNODC. World Drug Report. 2022.
63. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2022: Trends and Developments, Publications Office of the European Union. Lüksemburg; 2022.
64. Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, vd. Excess Mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. World Psychiatry. 26 Şubat 2017;16(1):30-40.
65. Hayes JF, Marston L, Walters K, King MB, Osborn DPJ. Mortality gap for people with bipolar disorder and schizophrenia: UK-based cohort study 2000-2014. Br J Psychiatry. Eylül 2017;211(3):175-81.
66. Baxter AJ, Harris MG, Khatib Y, Brugha TS, Bien H, Bhui K. Reducing excess mortality due to chronic disease in people with severe mental illness: meta-review of health interventions. Br J Psychiatry. Nisan 2016;208(4):322-9.
67. Muench J, Hamer AM. Adverse effects of antipsychotic medications. Am Fam Physician. 01 Mart 2010;81(5):617-22.
68. Hayes JF, Marston L, Walters K, Geddes JR, King M, Osborn DPJ. Adverse Renal, Endocrine, Hepatic, and Metabolic Events during Maintenance Mood

- Stabilizer Treatment for Bipolar Disorder: A Population-Based Cohort Study. *PLoS Med.* Ağustos 2016;13(8):e1002058.
69. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiol Rev.* 14 Mayıs 2008;30(1):67-76.
 70. Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. *PLoS Med.* 31 Mayıs 2005;2(5):e141.
 71. Simeone JC, Ward AJ, Rotella P, Collins J, Windisch R. An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990–2013: a systematic literature review. *BMC Psychiatry.* 12 Aralık 2015;15(1):193.
 72. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. The psychosis epidemiology in Turkey: A systematic review on prevalence estimates and admission rates. *Türkiye Psikiyatri Dergisi* . 2011;20:40-52.
 73. Eaton WW. Epidemiology of Schizophrenia. İçinde: *Textbook of Psychiatric Epidemiology.* 2011. s. 263-87.
 74. Sham PC, MacLean CJ, Kendler KS. A typological model of schizophrenia based on age at onset, sex and familial morbidity. *Acta Psychiatr Scand.* Şubat 1994;89(2):135-41.
 75. Black DW, Andreasen NC. *Introductory Textbook of Psychiatry.* İçinde Washington: American Psychiatric Publishing ; 2011.
 76. Yıldız M, Yazıcı A, Böke Ö. Demographic and clinical characteristics in schizophrenia: A multi center cross-sectional case record study. *Türkiye Psikiyatri Dergisi* . 2010;21:213-24.
 77. Agerbo E, Byrne M, Eaton WW, Mortensen PB. Marital and Labor Market Status in the Long Run in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 01 Ocak 2004;61(1):28.
 78. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *The Lancet.* Haziran 2004;363(9426):2063-72.
 79. Gottesman II, Laursen TM, Bertelsen A, Mortensen PB. Severe Mental Disorders in Offspring With 2 Psychiatrically Ill Parents. *Arch Gen Psychiatry.* 01 Mart 2010;67(3):252.
 80. Merikangas KR, Karayiorgou M. Genetics of Psychiatric Disorders: Advances in Genetic Epidemiology and Molecular Genetics. İçinde: *Psychiatry.* Wiley; 2015. s. 264-71.
 81. Werner S, Malaspina D, Rabinowitz J. Socioeconomic Status at Birth Is Associated With Risk of Schizophrenia: Population-Based Multilevel Study. *Schizophr Bull.* 27 Ekim 2006;33(6):1373-8.

82. Corcoran C, Perrin M, Harlap S, Deutsch L, Fennig S, Manor O, vd. Effect of socioeconomic status and parents' education at birth on risk of schizophrenia in offspring. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 04 Nisan 2009;44(4):265-71.
83. Carter CJ. Schizophrenia Susceptibility Genes Directly Implicated in the Life Cycles of Pathogens: Cytomegalovirus, Influenza, Herpes simplex, Rubella, and Toxoplasma gondii. *Schizophr Bull.* 01 Kasım 2009;35(6):1163-82.
84. Brown AS, Derkits EJ. Prenatal Infection and Schizophrenia: A Review of Epidemiologic and Translational Studies. *American Journal of Psychiatry.* Mart 2010;167(3):261-80.
85. Khandaker GM, Zimbron J, Lewis G, Jones PB. Prenatal maternal infection, neurodevelopment and adult schizophrenia: a systematic review of population-based studies. *Psychol Med.* 16 Şubat 2013;43(2):239-57.
86. Torrey EF, Bartko JJ, Yolken RH. Toxoplasma gondii and Other Risk Factors for Schizophrenia: An Update. *Schizophr Bull.* 01 Mayıs 2012;38(3):642-7.
87. Fineberg AM, Ellman LM, Schaefer CA, Maxwell SD, Shen L, Chaudhury NH, vd. Fetal exposure to maternal stress and risk for schizophrenia spectrum disorders among offspring: Differential influences of fetal sex. *Psychiatry Res.* Şubat 2016;236:91-7.
88. Quinn PD, Rickert ME, Weibull CE, Johansson AL V., Lichtenstein P, Almqvist C, vd. Association Between Maternal Smoking During Pregnancy and Severe Mental Illness in Offspring. *JAMA Psychiatry.* 01 Haziran 2017;74(6):589.
89. Zammit S, Thomas K, Thompson A, Horwood J, Menezes P, Gunnell D, vd. Maternal tobacco, cannabis and alcohol use during pregnancy and risk of adolescent psychotic symptoms in offspring. *British Journal of Psychiatry.* 02 Ekim 2009;195(4):294-300.
90. Cannon M, Jones PB, Murray RM. Obstetric Complications and Schizophrenia: Historical and Meta-Analytic Review. *American Journal of Psychiatry.* Temmuz 2002;159(7):1080-92.
91. Clarke MC, Tanskanen A, Huttunen MO, Cannon M. Sudden death of father or sibling in early childhood increases risk for psychotic disorder. *Schizophr Res.* Şubat 2013;143(2-3):363-6.
92. Isometsä ET, Henriksson MM, Aro HM, Lönnqvist JK. Suicide in bipolar disorder in Finland. *Am J Psychiatry.* Temmuz 1994;151(7):1020-4.
93. Angst J, Rihmer Z. Mood Disorders Epidemiology Comprehensive Textbook of Psychiatry . İçinde: Sadock BJ, Sadock VA, editörler. Philadelphia : Lippincott Williams&Wilking; 2005.

94. Rowland TA, Marwaha S. Epidemiology and risk factors for bipolar disorder. *Ther Adv Psychopharmacol*. Eylül 2018;8(9):251-69.
95. Kennedy N, Boydell J, Kalidindi S, Fearon P, Jones PB, van Os J, vd. Gender Differences in Incidence and Age at Onset of Mania and Bipolar Disorder Over a 35-Year Period in Camberwell, England. *American Journal of Psychiatry*. Şubat 2005;162(2):257-62.
96. Gultekin B, Kesebir S, Tamam L. Bipolar disorder in Turkey: A review. *Psikiyatri Guncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry*. 2014;6(3):199-209.
97. Işık E, Işık U. Bipolar ve İlişkili Bozukluklar. İçinde: Işık Taner Y, editör. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar . Ankara: Rotatıp ; 2013. s. 325-82.
98. Blanco C, Compton WM, Saha TD, Goldstein BI, Ruan WJ, Huang B, vd. Epidemiology of DSM-5 bipolar I disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions - III. *J Psychiatr Res*. Ocak 2017;84:310-7.
99. Kupfer DJ. The increasing medical burden in bipolar disorder. *JAMA*. 25 Mayıs 2005;293(20):2528-30.
100. Kieseppä T, Partonen T, Haukka J, Kaprio J, Lönnqvist J. High concordance of bipolar I disorder in a nationwide sample of twins. *Am J Psychiatry*. Ekim 2004;161(10):1814-21.
101. Malloy-Diniz LF, Neves FS, Abrantes SSC, Fuentes D, Corrêa H. Suicide behavior and neuropsychological assessment of type I bipolar patients. *J Affect Disord*. Ocak 2009;112(1-3):231-6.
102. Baytunca MB, Aydın R, Erermiş S. Bipolar Bozukluğun Genetik Altyapısı. *The Journal of Pediatric Research*. 05 Haziran 2014;1(2):49-53.
103. Edvardsen J, Torgersen S, Røysamb E, Lygren S, Skre I, Onstad S, vd. Heritability of bipolar spectrum disorders. Unity or heterogeneity? *J Affect Disord*. Mart 2008;106(3):229-40.
104. Mortensen PB, Pedersen CB, McGrath JJ, Hougaard DM, Nørgaard-Petersen B, Mors O, vd. Neonatal antibodies to infectious agents and risk of bipolar disorder: a population-based case-control study. *Bipolar Disord*. 2011;13(7-8):624-9.
105. Duman Çetinkaya Z, Ertem M. Ruhsal hastalık tanılı bireylerde tedaviye uyum ve aile. *Türkiye Klinikleri Journal of Psych iatric Nursing Special Topics*. 2018;4(1):54-9.
106. Üçok A. Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklarda Aile Yüğü . *Türkiye Psikiyatri Dergisi* . 2018;8(3):153-61.

107. Sruamsiri R, Mori Y, Mahlich J. Productivity loss of caregivers of schizophrenia patients: a cross-sectional survey in Japan. *Journal of Mental Health*. 02 Kasım 2018;27(6):583-7.
108. Weihs K, Fisher L, Baird M. Families, health, and behavior: A section of the commissioned report by the Committee on Health and Behavior: Research, Practice, and Policy Division of Neuroscience and Behavioral Health and Division of Health Promotion and Disease Prevention Institute of Medicine, National Academy of Sciences. *Families, Systems, & Health*. 2002;20(1):7-46.
109. Reinares M, Bonnín CM, Hidalgo-Mazzei D, Sánchez-Moreno J, Colom F, Vieta E. The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clin Psychol Rev*. Şubat 2016;43:47-57.
110. Mokwena KE, Ngoveni A. Challenges of Providing Home Care for a Family Member with Serious Chronic Mental Illness: A Qualitative Enquiry. *Int J Environ Res Public Health*. 14 Kasım 2020;17(22):8440.
111. Fischer JL, Spann L. Measuring Codependency. *Alcohol Treat Q*. 06 Mayıs 1991;8(1):87-100.
112. Gierymski T, Williams T. Codependency. *J Psychoactive Drugs*. Ocak 1986;18(1):7-13.
113. Lancer D. Eş Bağımlılık. 2. bs. Nobel Yaşam; 2018.
114. Feyzioğlu A, Emiral E, Altundal E, Akan Tikici Z. Eşbağımlılık ve Aleksitiminin Bağımlılık Riski Çerçevesinde İncelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*. 30 Eylül 2019;20(3):109-18.
115. Cermak TL. Diagnostic Criteria for Codependency. *J Psychoactive Drugs*. Ocak 1986;18(1):15-20.
116. Martsolf DS. Codependency, Boundaries, and Professional Nurse Caring: Understanding Similarities and Differences in Nursing Practice. *Orthopaedic Nursing*. Kasım 2002;21(6):61-7.
117. Ançel G. The Concept of Codependency: The Relationship with The Nursing and Assessment Tools. *Turkish Journal Of Research & Development In Nursing*. 12 Ocak 2012;14(1):70-8.
118. Allison S. Biographic and Psychobehavioral Influences on Body Mass Index in a Nursing Sample. *West J Nurs Res*. 01 Şubat 2005;27(1):7-20.
119. Knudson TM, Terrell HK. Codependency, Perceived Interparental Conflict, and Substance Abuse in the Family of Origin. *Am J Fam Ther*. Mayıs 2012;40(3):245-57.

120. Hughes-Hammer C, Martsolf DS, Zeller RA. Development and testing of the codependency assessment tool. *Arch Psychiatr Nurs*. Ekim 1998;12(5):264-72.
121. Prest LA, Protinsky H. Family systems theory: A unifying framework for codependence. *Am J Fam Ther*. Aralık 1993;21(4):352-60.
122. Chang C. Feeling Ambivalent About Going Green. *J Advert*. 17 Aralık 2011;40(4):19-32.
123. Chang S. Testing a model of codependency for college students in Taiwan based on Bowen's concept of differentiation. *International Journal of Psychology*. Nisan 2018;53(2):107-16.
124. Saunders EC, McLeman BM, McGovern MP, Xie H, Lambert-Harris C, Meier A. The influence of family and social problems on treatment outcomes of persons with co-occurring substance use disorders and PTSD. *J Subst Use*. 2016;21(3):237-43.
125. Cobb S. Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosom Med*. Eylül 1976;38(5):300-14.
126. Moos RH. Addictive disorders in context: Principles and puzzles of effective treatment and recovery. *Psychology of Addictive Behaviors*. Mart 2003;17(1):3-12.
127. Noriega G, Ramos L, Medina-Mora ME, Villa AR. Prevalence of codependence in young women seeking primary health care and associated risk factors. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2008;78(2):199-210.
128. Peled E, Sacks I. The Self-Perception of Women Who Live With an Alcoholic Partner: Dialoging With Deviance, Strength, and Self-Fulfillment*. *Fam Relat*. 28 Temmuz 2008;57(3):390-403.
129. Doba K, Nandrino J, Dodin V, Antoine P. Is There a Family Profile of Addictive Behaviors? Family Functioning in Anorexia Nervosa and Drug Dependence Disorder. *J Clin Psychol*. 21 Ocak 2014;70(1):107-17.
130. Türk Dil Kurumu. TDK Sözlük [Internet]. Ankara: Türk Dil Kurumu; 2023 [a.yer 19 Kasım 2023]. Erişim adresi: <https://kutuphane.tdk.gov.tr/details?id=38332>
131. Bilgin N. Sosyal Psikolojiye Giriş. İzmir : İzmir Kitaplığı; 1995.
132. Akbaba S. Grupla psikolojik danışmanın sosyal psikolojik bir kavram olan özgecilik üzerindeki etkisi . [Erzurum]: Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 1994.
133. Monroe KR. Explicating Altruism. İçinde: Altruism and Altruistic LoveScience, Philosophy, and Religion in Dialogue. Oxford University Press; 2002. s. 106-22.

134. van Baaren RB, Holland RW, Kawakami K, van Knippenberg A. Mimicry and Prosocial Behavior. *Psychol Sci.* 06 Ocak 2004;15(1):71-4.
135. Van Vught M, Van Lange P. The altruism puzzle: Psychological adaptations for prosocial behavior. İçinde: Schaller M, Simpson JA, Kenrick DT, editörler. *Evolution and Social Psychology.* Psychology Press; 2013. s. 237-61.
136. Merçin L. Piaget ve Kohlberg'in ahlâk (moral) gelişim kuramlarının özellikleri ve karşılaştırılması. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi.* 2005;73-86.
137. Bernal G, Berger SM. Vicarious eyelid conditioning. *J Pers Soc Psychol.* 1976;34(1):62-8.
138. Kağıtçıbaşı Ç. İnsan ve insanlar . İstanbul: Evrim yayınları; 1988.
139. Tekes B, Hasta D. Altruism Scale: A Study Of Reliability And Validity. *Nesne Psikoloji Dergisi.* 21 Aralık 2015;3(6).
140. De Waal F. İçimizdeki Maymun Biz Neden Biziz? İstanbul: Metis yayınları; 2008.
141. Eisenberg N, Fabes RA, Karbon M, Murphy BC, Wosinski M, Polazzi L, vd. The relations of children's dispositional prosocial behavior to emotionality, regulation, and social functioning. *Child Dev.* Haziran 1996;67(3):974-92.
142. Harris MB, Siebel CE. Affect, aggression, and altruism. *Dev Psychol.* Eylül 1975;11(5):623-7.
143. Innocenti A, Paziienza MG. Altruism and Gender in the Trust Game. *SSRN Electronic Journal.* 2006;
144. Rushton JP, Fulker DW, Neale MC, Nias DKB, Eysenck HJ. Altruism and aggression: The heritability of individual differences. *J Pers Soc Psychol.* 1986;50(6):1192-8.
145. Kaçar Banbal G. Hemşirelik Öğrencilerinin Özgeciliği Düzeyleri . [İstanbul]: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
146. Benenson JF, Pascoe J, Radmore N. Children's altruistic behavior in the dictator game. *Evolution and Human Behavior.* Mayıs 2007;28(3):168-75.
147. Eagly AH, Crowley M. Gender and helping behavior: A meta-analytic review of the social psychological literature. *Psychol Bull.* Kasım 1986;100(3):283-308.
148. Baumann DJ, Cialdini RB, Kendrick DT. Altruism as hedonism: Helping and self-gratification as equivalent responses. *J Pers Soc Psychol.* Haziran 1981;40(6):1039-46.
149. Bower GH. Mood and memory. *American Psychologist.* 1981;36(2):129-48.

150. Clark DM, Teasdale JD. Constraints on the effects of mood on memory. *J Pers Soc Psychol.* Haziran 1985;48(6):1595-608.
151. Isen AM, Simmonds SF. The Effect of Feeling Good on a Helping Task that is Incompatible with Good Mood. *Soc Psychol.* Aralık 1978;41(4):346.
152. Krueger RF, Hicks BM, McGue M. Altruism and Antisocial Behavior: Independent Tendencies, Unique Personality Correlates, Distinct Etiologies. *Psychol Sci.* 06 Eylül 2001;12(5):397-402.
153. Batson CD, Bolen MH, Cross JA, Neuringer-Benefiel HE. Where is the altruism in the altruistic personality? *J Pers Soc Psychol.* Ocak 1986;50(1):212-20.
154. Krebs D. Empathy and altruism. *J Pers Soc Psychol.* 1975;32(6):1134-46.
155. Bowlby J. Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment. Basic Books; 1969.
156. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol.* 1991;61(2):226-44.
157. Lamb ME, Thompson RA, Gardner WP, Charnov EL, Estes D. Security of infantile attachment as assessed in the "strange situation": Its study and biological interpretation. *Behavioral and Brain Sciences.* 04 Mart 1984;7(1):127-47.
158. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Dev Psychol.* Eylül 1992;28(5):759-75.
159. Ainsworth MS. Attachments beyond infancy. *American Psychologist.* 1989;44(4):709-16.
160. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of Attachment. Psychology Press; 2014.
161. Soysal AŞ, Bodur Ş, Şenol S. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bakış. *KLİNİK PSIKİYATRİ DERGİSİ.* 2005;8(2):88-99.
162. Hazan C, Shaver PR. Attachment as an Organizational Framework for Research on Close Relationships. *Psychol Inq.* Ocak 1994;5(1):1-22.
163. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi.* 1999;71-109.
164. Bloom JR, Stewart SL, Johnston M, Banks P, Fobair P. Sources of support and the physical and mental well-being of young women with breast cancer. *Soc Sci Med.* Aralık 2001;53(11):1513-24.
165. Dukes Holland K, Holahan CK. The Relation of Social Support and Coping to Positive Adaptation to Breast Cancer. *Psychol Health.* Ocak 2003;18(1):15-29.

166. Crispi EL, Schiaffino K, Berman WH. The Contribution of Attachment to Burden in Adult Children of Institutionalized Parents With Dementia. *Gerontologist*. 01 Şubat 1997;37(1):52-60.
167. Mikulincer M, Shaver PR, Gillath O, Nitzberg RA. Attachment, Caregiving, and Altruism: Boosting Attachment Security Increases Compassion and Helping. *J Pers Soc Psychol*. Kasım 2005;89(5):817-39.
168. Batson CD. *The Altruism Question: Toward A Social-psychological Answer*. Taylor & Francis Inc; 1991.
169. Mikulincer M, Shaver PR. The Attachment Behavioral System In Adulthood: Activation, Psychodynamics, And Interpersonal Processes. *İçinde 2003. s. 53-152*.
170. Westmaas JL, Silver RC. The role of attachment in responses to victims of life crises. *J Pers Soc Psychol*. 2001;80(3):425-38.
171. Beck AT, Freeman A, Davis DD. *Kişilik Bozukluklarının Bilişsel Terapisi*. 2. bs. Özakkaş T, editör. İstanbul: Litera Yayıncılık; 2008.
172. Horzum MB, Ayas T, Padır MA. Beş Faktör Kişilik Ölçeğinin Türk Kültürüne Uyarlanması. *Sakarya University Journal of Education*. 25 Ağustos 2017;398-408.
173. Somer O. Türkçe’de kişilik özelliği tanımlayan sıfatların yapısı ve beşfaktör modeli. *Türk Psikoloji Dergisi*. 1998;13(42):17-312.
174. Somer O, Goldberg LR. The structure of Turkish trait-descriptive adjectives. *J Pers Soc Psychol*. 1999;76(3):431-50.
175. Allport GW. *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart ve Winston; 1961.
176. Peabody D, Goldberg LR. Some determinants of factor structures from personality-trait descriptors. *J Pers Soc Psychol*. 1989;57(3):552-67.
177. Benet-Martínez V, John OP. Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait-multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *J Pers Soc Psychol*. 1998;75(3):729-50.
178. Costa PT, McCrae RR, Dye DA. Facet Scales for Agreeableness and Conscientiousness: A Revision of the NEO Personality Inventory. *Pers Individ Dif*. 1991;12(9):887-98.
179. Fatke M. Personality Traits and Political Ideology: A First Global Assessment. *Polit Psychol*. 25 Ekim 2017;38(5):881-99.
180. Johnson JA, Ostendorf F. Clarification of the five-factor model with the Abridged Big Five Dimensional Circumplex. *J Pers Soc Psychol*. Eylül 1993;65(3):563-76.

181. York KL, John OP. The four faces of Eve: A typological analysis of women's personality at midlife. *J Pers Soc Psychol.* Eylül 1992;63(3):494-508.
182. Panaghi L, Ahmadabadi Z, Khosravi N, Sadeghi MS, Madanipour A. Living with Addicted Men and Codependency: The Moderating Effect of Personality Traits. *Addiction & health.* Nisan 2016;8(2):98-106.
183. Ançel G, Kabakçi E. Psychometric Properties of the Turkish Form of Codependency Assessment Tool. *Arch Psychiatr Nurs.* Aralık 2009;23(6):441-53.
184. Martsolf DS, Hughes-Hammer C, Estok P, Zeller RA. Codependency in male and female helping professionals. *Arch Psychiatr Nurs.* Nisan 1999;13(2):97-103.
185. Bynum D, Boss BJ, Schoenhofer S, Martsolf D. The Development and Testing of the Codependency-Overeating Model in Undergraduate Social Science Students in a Mississippi College. *Sage Open.* 01 Ekim 2012;2(4):215824401246576.
186. Aktaş Özakgöl A, Yılmaz S, Koç M, Buzlu S, Atabek Aştı T. Comparison of Nursing and Mechanical Engineering Students' Codependency Levels. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions.* 29 Mayıs 2017;4(1).
187. Selçuk E, Günaydın G, Sümer N, Uysal A. Yetişkin Bağlanma Boyutları İçin Yeni Bir Ölçüm: Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri II'nin Türk Örnekleminde Psikometrik Açından Değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları-Türk Psikoloji Derneği .* 2005;8(16):1-11.
188. Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. İçinde: Simpson JA, Rholes WS, editörler. *Attachment Theory and Close Relationships.* The Guilford Press; 1998. s. 46-76.
189. Sümer N. Yetişkin Bağlanma Ölçeklerinin Kategoriler ve Boyutlar Düzeyinde Karşılaştırılması. *Türkiye Psikiyatri Dergisi .* 2006;21(57):1-24.
190. Bilgin M. Ergenlerin Beş Faktör Kişilik Özelliği ile Bilişsel Esneklik İlişkisi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi .* 2017;16(62).
191. Schmitt DP, Allik J, McCrae RR, Benet-Martínez V. The Geographic Distribution of Big Five Personality Traits. *J Cross Cult Psychol.* 26 Mart 2007;38(2):173-212.
192. Demirkol M. İntihar olasılığı: Kişilik özellikleri, kontrol odağı ve ölüm algısı açısından bir değerlendirme [Yüksek Lisans Tezi]. [Ankara]: Ankara Üniversitesi; 2013.

193. Philippe Rushton J, Chrisjohn RD, Cynthia Fekken G. The altruistic personality and the self-report altruism scale. *Pers Individ Dif.* Ocak 1981;2(4):293-302.
194. T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. Türkiye Aile Yapısı Araştırması, 2016 [Internet]. Ankara; 2016 [a.yer 29 Ocak 2024]. Erişim adresi: <https://www.aile.gov.tr/media/35811/taya-2016.pdf>
195. Jang Y, Clay OJ, Roth DL, Haley WE, Mittelman MS. Neuroticism and Longitudinal Change in Caregiver Depression: Impact of a Spouse-Caregiver Intervention Program. *Gerontologist.* Haziran 2004;44(3):311-7.
196. Gümüş Ö, Şahin E, Top MŞ. Alkol ve Eroin Bağımlılarının Ailelerindeki Psikososyal ve Ekonomik Zorlukların Araştırılması. *Bağımlılık Dergisi.* 2002;3(3):146-54.
197. Özüak TUNCA I, Özen Akın G, Dayı A. Comparison of Codependency Characteristics of Individuals with and without Dependent Relatives in Terms of Defense Mechanisms, Family Functionality and Attachment Styles. *Bağımlılık Dergisi.* 30 Haziran 2024;25(2):191-202.
198. Aşkan T. Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireye Bakımverenlerde Eş Bağımlılık ve İlişkili Faktörler. [Konya]: T. C. Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.
199. Vatandaş C. Toplumsal Cinsiyet ve Cinsiyet Rollerinin Algılanışı. *Istanbul Journal of Sociological Studies.* 2011;35:29-56.
200. Breslau J, Miller E, Jin R, Sampson NA, Alonso J, Andrade LH, vd. A multinational study of mental disorders, marriage, and divorce. *Acta Psychiatr Scand.* 30 Aralık 2011;124(6):474-86.
201. Kocal Y, Karakuş G, Tamam L. Sociodemographic and Clinical Characteristics of Inpatients with Schizophrenia In Psychiatry Clinics. *Journal of Clinical Psychiatry.* 2017;20(2):104-13.
202. Karamustafalıoğlu N, Atalay H, Atalay F. Şizofrenide sosyodemografik ve klinik özellikler açısından cinsiyet farklılıkları. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences .* 2000;13(1):4-11.
203. Akkaya C, Altın M, Kora K, Karamustafalıoğlu N, Yaşan A, Tomruk N, vd. Türkiye’de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology.* 08 Mart 2012;22(1):31-42.
204. Sabancıoğulları S, Ertekin Pınar Ş. Kronik Psikiyatri Hastalarının Bakım Vericilerinin Bakım Yüğü Ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences.* 19 Mart 2020;23(1):109-17.

205. İnce FE. Şizofreni Bakım Verenlerinde Bağlanma, Başa Çıkma Stilleri ve Travma Sonrası Büyümenin Hastaların İşlevselliği ile İlişkisinin Değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi(yayınlanmamış)]. [Eskişehir]: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi; 2022.
206. Vadher S, Desai R, Panchal B, Vala A, Ratnani IJ, Rupani MP, vd. Burden of care in caregivers of patients with alcohol use disorder and schizophrenia and its association with anxiety, depression and quality of life. *Gen Psychiatr*. 24 Haziran 2020;33(4):e100215.
207. Akdeniz F. Duygudurum Bozuklukları ve Aile Yüğü. *Türkiye Psikiyatri Dergisi* . 2018;8(3):162-9.
208. Atintaş Cesur M. Eşi Alkol Bağımlısı Olan ve Olmayan Kadınların Evlilik Uyumı: Eş Bağımlılık, Algılanan Güç, Depresyon, Anksiyete ve Stres Açısından Bir İnceleme [Yüksek Lisans Tezi(yayınlanmamış)]. [Ankara]: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2015.
209. Karpat V. Eşi alkol bağımlısı olan ve olmayan kadınların anne-baba kabul-reddi, psikolojik uyum, eş kabul-reddi ve eşler arası çatışma açısından incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi(yayınlanmamış)]. [İzmir]: T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.
210. Barber JG, Crisp BR. The “pressures to change” approach to working with the partners of heavy drinkers. *Addiction*. Şubat 1995;90(2):269-76.
211. Roehling P V., Koelbel N, Rutgers C. Codependence and conduct disorder: Feminine versus masculine coping responses to abusive parenting practices. *Sex Roles*. Kasım 1996;35(9-10):603-18.
212. Hughes-Hammer C, Martsof DS, Zeller RA. Depression and codependency in women. *Arch Psychiatr Nurs*. Aralık 1998;12(6):326-34.
213. Martsof DS, Sedlak CA, Doheny MO. Codependency and related health variables. *Arch Psychiatr Nurs*. Haziran 2000;14(3):150-8.
214. Tolstikova A. Codependency in families with alcohol-dependent persons. *Medical and Health Science Journal*. 22 Temmuz 2010;2:95-9.
215. Marks AD g., Blore RL, Hine DW, Dear GE. Development and validation of a revised measure of codependency. *Aust J Psychol*. 01 Eylül 2012;64(3):119-27.
216. Wells M, Glickauf-Hughes C, Jones R. Codependency: A grass roots construct’s relationship to shame-proneness, low self-esteem, and childhood parentification. *Am J Fam Ther*. 30 Ocak 1999;27(1):63-71.
217. Crothers M, Warren LW. Parental antecedents of adult codependency. *J Clin Psychol*. Mart 1996;52(2):231-9.

218. Hurcom C, Copello A, Orford J. The Family and Alcohol: Effects of Excessive Drinking and Conceptualizations of Spouses over Recent Decades. *Subst Use Misuse*. 01 Ocak 2000;35(4):473-502.
219. Daire AP, Jacobson L, Carlson RG. Emotional Stocks and Bonds: A Metaphorical Model for Conceptualizing and Treating Codependency and Other Forms of Emotional Overinvesting. *Am J Psychother*. Temmuz 2012;66(3):259-78.
220. O'Brien PE, Gaborit M. Codependency: A disorder separate from chemical dependency. *J Clin Psychol*. Ocak 1992;48(1):129-36.
221. Karaşar B. Codependency: An Evaluation in Terms of Depression, Need for Social Approval and Self-Love/Self-Efficacy. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 16 Ocak 2021;29(1):117-26.
222. Schäfer G, Lecturer S. Family Functioning in Families with Alcohol and Other Drug Addiction. *Social Policy Journal of New Zealand*. 2011;(37):1-17.
223. Sayar S, Eghlima M. A Comparison of Family Functionality in Addicted and Non-Addicted Married Men. *Journal of Paramedical Sciences & Rehabilitation*. 2013;2(2):35-41.
224. Matejevic M, Jovanovic D, Lazarevic V. Functionality of Family Relationships and Parenting Style in Families of Adolescents with Substance Abuse Problems. *Procedia Soc Behav Sci*. Nisan 2014;128:281-7.
225. Levitt A, Leonard KE. Insecure attachment styles, relationship-drinking contexts, and marital alcohol problems: Testing the mediating role of relationship-specific drinking-to-cope motives. *Psychology of Addictive Behaviors*. Eylül 2015;29(3):696-705.
226. Bortolon CB, Signor L, Moreira T de C, Figueiró LR, Benchaya MC, Machado CA, vd. Family functioning and health issues associated with codependency in families of drug users. *Cien Saude Colet*. Ocak 2016;21(1):101-7.
227. Ghaffari-Nejad A, Sheibani F, Raaii F, Pouya F. A Psychodynamic Study on Wives of Males Addicted to Opium. *Women s Health Bulletin*. 19 Eylül 2017;In Press(In Press).
228. Fairbairn CE, Briley DA, Kang D, Fraley RC, Hankin BL, Ariss T. A meta-analysis of longitudinal associations between substance use and interpersonal attachment security. *Psychol Bull*. Mayıs 2018;144(5):532-55.
229. Bookwala J, Schulz R. The Role of Neuroticism and Mastery in Spouse Caregivers' Assessment of and Response to a Contextual Stressor. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 01 Mayıs 1998;53B(3):P155-64.

230. Bharti J, Bhatnagar P. Personality and creativity as predictors of psychological well-being in caregivers of person with chronic mental illness. *Indian Journal of Positive Psychology*. 2017;8(2):148-53.
231. Feigin S, Owens G, Goodyear-Smith F. Theories of human altruism: a systematic review. *Journal of Psychiatry and Brain Functions*. 2014;1(1):5.
232. Chodorow NJ. *Feminism and Psychoanalytic Theory*. New Haven: Yale University Press; 1989.
233. Gilligan C. In *A Different Voice: Psychological Theory and Women's Development*. Harvard University Press; 1982.
234. Carlo G, Randall BA. The Development of a Measure of Prosocial Behaviors for Late Adolescents. *J Youth Adolesc*. Şubat 2002;31(1):31-44.
235. Carlo G, Hausmann A, Christiansen S, Randall BA. Sociocognitive and Behavioral Correlates of a Measure of Prosocial Tendencies for Adolescents. *J Early Adolesc*. 26 Şubat 2003;23(1):107-34.
236. Eisenberg N, Fabes RA, Spinrad TL. Prosocial Development. İçinde: *Handbook of Child Psychology*. Wiley; 2007.
237. McGinley M, Carlo G. Two Sides of the Same Coin? The Relations between Prosocial and Physically Aggressive Behaviors. *J Youth Adolesc*. 22 Mart 2007;36(3):337-49.
238. Ma HK. The Relation of Gender-Role Classifications to the Prosocial and Antisocial Behavior of Chinese Adolescents. *J Genet Psychol*. Haziran 2005;166(2):189-202.
239. Avcı D, Aydın D, Özbaşaran F. Hemşirelik Öğrencilerinde Empati-Özgecilik İlişkisi ve Özgeci Davranışın Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013;2(2):108-13.
240. Duru E. Öğretmen Adaylarında Empatik Eğilim Düzeyinin Bazı Psikososyal Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2002;12(12):21-35.
241. Chou KL. Effects of Age, Gender, and Participation in Volunteer Activities on the Altruistic Behavior of Chinese Adolescents. *J Genet Psychol*. 30 Haziran 1998;159(2):195-201.
242. Zaratany L, Hartmann DP, Gelfand DM. Why Does Children's Generosity Increase with Age: Susceptibility to Experimenter Influence or Altruism? *Child Dev*. Haziran 1985;56(3):746.
243. Lynskey MT, Fergusson DM, Horwood LJ. The effect of parental alcohol problems on rates of adolescent psychiatric disorders. *Addiction*. 24 Ekim 1994;89(10):1277-86.

244. Sakarya S. Alkolik Babaların Yetişkin Çocukları: Psikolojik Sağlıkları, Kendi ve Annelerinin Stresle Başa Çıkma ve Yakın İlişki Kurma Tarzları [Yüksek Lisans Tezi(yayınlanmamış)]. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2008.
245. Gibson JM, Donigian J. Use of Bowen Theory. J Addict Offender Couns. 23 Ekim 1993;14(1):25-35.
246. Wells MC, Hill MB, Brack G, Brack CJ, Firestone EE. Codependency's Relationship to Defining Characteristics in College Students. J College Stud Psychother. 27 Haziran 2006;20(4):71-84.
247. Springer CA, Britt TW, Schlenker BR. Codependency: Clarifying The Construct. J Ment Health Couns. 1998;141-58.
248. Malakçioğlu C. The Mediation Model of Actual Ought Self Discrepancy between Attachment Anxiety and Codependence. Cyprus Turkish Journal of Psychiatry and Psychology. 08 Ağustos 2019;85-92.
249. Madigan S, Brumariu LE, Villani V, Atkinson L, Lyons-Ruth K. Representational and questionnaire measures of attachment: A meta-analysis of relations to child internalizing and externalizing problems. Psychol Bull. 2016;142(4):367-99.
250. Jacob T, Krahn GL. Marital interactions of alcoholic couples: Comparison with depressed and nondistressed couples. J Consult Clin Psychol. Şubat 1988;56(1):73-9.
251. Kaptanoğlu C, Yenilmez Ç, Seber G, Tekin D. Alkol Bağımlılarında Ruhsal Belirtiler Evlilik Sorunları ve Aile Tutumları. Düşünen Adam . 1997;10(1):57-60.
252. Ünal M. Madde Bağımlılığı ve Alkolizmde Aile. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi. 1991;2(2).
253. Wampler RS, Downs AB, Fischer JL. Development of a Brief Version of the Children's Roles Inventory (CRI-20). Am J Fam Ther. 23 Haziran 2009;37(4):287-98.
254. Parker FM, Faulk D, LoBello SG. Assessing Codependency and Family Pathology in Nursing Students. J Addict Nurs. 2003;14(2):85-90.
255. Vahip I. vdeki Şiddet ve Gelişimsel Boyutu: Farklı Bir Açıdan Bakış. Türkiye Psikiyatri Dergisi . 2002;13(4):312-9.
256. Jungbauer J, Wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC. The Disregarded Caregivers: Subjective Burden in Spouses of Schizophrenia Patients. Schizophr Bull. 01 Ocak 2004;30(3):665-75.

257. Haaken J. From Al-Anon to ACOA: Codependence and the Reconstruction of Caregiving. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*. Ocak 1993;18(2):321-45.
258. Malloy GB, Berkery AC. Codependency: A Feminist Perspective. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. Nisan 1993;31(4):15-9.



