



T. C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YAŞLI HASTALARA BAKIM VERENLERİN BAKIM VERME
YÜKLERİ VE BAŞA ÇIKMA BİÇİMLERİ İLE DEPRESYON VE
ANKSİYETE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

SERDAR AY

TEZ DANIŞMANI
DOÇ DR GÖKBEN HIZLI SAYAR

İSTANBUL

2017

T. C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**YAŞLI HASTALARA BAKIM VERENLERİN BAKIM VERME
YÜKLERİ VE BAŞA ÇIKMA BİÇİMLERİ İLE DEPRESYON VE
ANKSİYETE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

SERDAR AY

TEZ DANIŞMANI
DOÇ DR GÖKBEN HIZLI SAYAR

İSTANBUL

2017



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

| | | |
|--------------------|---|--|
| Öğrenci No | : | |
| Öğrenci Adı Soyadı | : | Serdar AY |
| Anabilim Dalı | : | Klinik Psikoloji |
| Tez Danışmanı | : | Doç. Dr. Gökben HIZLI SAYAR |
| Tezin Başlığı | : | YAŞLI HASTALARA BAKIM VERENLERİN BAKIM VERME YÜKLERİ VE BAŞA ÇIKMA BİÇİMLERİ İLE DEPRESYON VE ANKSİYETE DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ |

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

| | | | | | |
|--|---|---|--------------------------------|---|-------|
| Toplantı Tarihi | : | 27.05.2017 | Saat | : | 14:15 |
| Öğrenci Savunmaya | : | <input checked="" type="radio"/> GELDI | | | |
| Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki karar, | | | | | |
| <input checked="" type="radio"/> OY BİRLİĞİ <input type="radio"/> OY ÇOKLUĞU | | | | | |
| <input type="radio"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir. | | | | | |
| <input type="radio"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay) | | | | | |
| <input type="radio"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır. | | | | | |
| Savunmada Tezin Başlığı | : | <input checked="" type="radio"/> Değişmedi. | <input type="radio"/> Değişti. | | |
| Tezin Yeni Başlığı | : | | | | |
| Öğrenci Savunmaya | : | <input type="radio"/> GELMEDİ | | | |
| Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki karar, | | | | | |
| <input type="radio"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR. | | | | | |

ile alınmıştır.

| Tez Sınavı Jürisi | Unvanı, Adı Soyadı | İmza |
|-------------------|------------------------------|------|
| Danışman Üye | Doç. Dr. Gökben HIZLI SAYAR | |
| Üye | Yrd. Doç. Dr. Hüseyin ÜNÖBOL | |
| Üye | Doç. Dr. Korkut ULUCAN | |

ÖZET

Amaç: Günümüzde yaşlı sağlığı kadar, yaşlılara bakım verenlerin sağlığı da önemli bir halk sağlığı sorundur. Bu çalışmada bakım veren kişilerin bakım yükleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki ve bunlara etki faktörlerin incelenmesi, aynı zamanda bakım verenlerin kullandıkları başa çıkma biçimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma, ankete dayalı kesitsel bir çalışmadır. Toplam 70 bakım veren, çalışmaya dahil edildi. Bakım verenin ve bakım verilen yaşlının sosyodemografik özelliklerini içeren anket formu uygulandı. Yaşlının fonksiyonel durumu Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA) ile belirlendi. Bakım verenlerin bakım verme yükü, anksiyete ve depresyon düzeyleri ve kullandıkları başa çıkma biçimlerinin belirlenmesi için Bakım Verme Yükü Ölçeği (Burden Interview), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) ve Başa Çıkma Stilleri Ölçeği (COPE) kullanıldı.

Bulgular: Çalışmamıza katılan bakım verenlerde anksiyete ve depresyon düzeyleri diğer çalışmalara oranla yüksekti. Özellikle anksiyete düzeyleri işlevsel olmayan başa çıkma biçimleri ile ilişkiliydi. Yararlı sosyal destek kullanımının anksiyete düzeylerini azalttığı tespit edildi.

Sonuç: Ülkemizin şartlarına uygun olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinde bakım verenlerin sağlığını değerlendirmeye ve korumaya yönelik klinik kılavuzlar hazırlanmalıdır. Fonksiyonel başa çıkma biçimlerinin yerleştirilmesi ve bakım verenlerin günlük yaşam stresorleri ile başa çıkabilmelerinin sağlanabilmesi için kültüre özgü programlara ve uzun dönem klinik çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlı bakımı, bakım veren, bakım verme yükü, anksiyete, depresyon, başa çıkma biçimleri.

ABSTRACT

Aim: Caregiver health is a public health problem as well as elderly health at the present time. This study aims to investigate the relationship between caregiver burden and levels of anxiety and depression, the factors influencing them, and also the coping strategies of the caregivers.

Method: This study is a survey-based cross-sectional study, including a total of 70 caregivers. Sociodemographic properties of the caregivers and the care receivers were investigated by a survey form. The functional status of the elderly was detected by Katz' Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL). Burden Interview Scale, Hospital Anxiety and Depression Scale and COPE were used to examine the caregiver burden, anxiety and depression levels and coping strategies of the caregivers.

Findings: Anxiety and depression levels of the caregivers included in our study were higher when compared with the other studies. The anxiety levels were correlated with the non-functional coping strategies. The use of instrumental social support decreased the anxiety levels.

Conclusion: Country specific guidelines should be prepared for the primary healthcare centers in order to evaluate and protect caregiver health. Long-term multicenter clinical studies are needed to develop culture-specific programs for the intervention of functional coping strategies and to help caregivers cope more effectively with their daily life stressors.

Key Words: Elderly caregiving, caregiver, caregiver burden, anxiety, depression, coping.

TEŞEKKÜR

Çalıőmamda bana büyük kolaylık sağlayan, bilgi ve deneyimlerini aktaran Doç Dr Gökben Hızlı SAYAR'a teşekkür ederim.

Sinanpaşa Aile Sağlığı Merkezi'nde görev yapan ve çalıőmamda bana destek olan aile hekimlerine, çalışmaya katkıda bulunan ve anket formlarını büyük bir hevesle dolduran katılımcılara ve çalıőmamın her aőamasında bana destek olan Uz Hemőire Sevtap Ezer'e teőekkürü bir borç bilirim.

Serdar Ay

İstanbul 2017



BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

15.5.2017

Serdar Ay



İÇİNDEKİLER

| | |
|---|-----|
| ÖZET..... | I |
| ABSTRACT..... | II |
| TEŞEKKÜR..... | III |
| BEYAN..... | IV |
| İÇİNDEKİLER..... | V |
| TABLolar DİZİNİ..... | VII |
| ŞEKİLLER DİZİNİ..... | IX |
| KISALTMALAR DİZİNİ..... | X |
| 1. GİRİŞ..... | 1 |
| 1.1. Hipotezler..... | 2 |
| 2. GENEL BİLGİLER..... | 4 |
| 2.1. Yaşlılık..... | 4 |
| 2.1.1. Yaşlılığın Tanımı..... | 4 |
| 2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus..... | 4 |
| 2.1.3. Yaşlanma Süreci..... | 5 |
| 2.2. Yaşlı Bakımı..... | 7 |
| 2.3. Bakım Veren..... | 8 |
| 2.4. Bakım Verme Nedenleri | 9 |
| 2.5. Bakım Verme Yüğü..... | 9 |
| 2.5.1. Psikolojik Güçlükler..... | 10 |
| 2.5.2. Fiziksel Güçlükler..... | 10 |
| 2.5.3. Sosyal Güçlükler..... | 10 |
| 2.5.4. Ekonomik Güçlükler..... | 10 |
| 2.6. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler..... | 11 |
| 2.7. Bakım Verenlerde Anksiyete ve Depresyon..... | 12 |
| 2.8. Başa Çıkma Biçimleri..... | 13 |
| 3. GEREÇ ve YÖNTEM..... | 17 |
| 3.1. Araştırmanın Türü..... | 17 |
| 3.2. Örneklem ve Çalışmanın Gücü..... | 17 |
| 3.3. Etik Kurul Onayı..... | 17 |
| 3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve İzinler | 17 |
| 3.5. Katılımcılara Uygulanan İşlemler | 17 |

| | |
|--|----|
| 3.6. Veri Toplama Araçları..... | 18 |
| 3.6.1.Sosyodemografik veri formu..... | 18 |
| 3.6.2.Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA)..... | 18 |
| 3.6.3.Bakım Verme Yükü Ölçeği (Burden İnterview)..... | 18 |
| 3.6.4.Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD)..... | 19 |
| 3.6.5.Baş Çıkma Stilleri Ölçeği (COPE)..... | 19 |
| 3.7. İstatiksel Analizler..... | 21 |
| 4. BULGULAR..... | 22 |
| 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri | 22 |
| 4.2. İkili Karşılaştırmalar..... | 27 |
| 4.3. Çok Değişkenli Analizler..... | 40 |
| 5. TARTIŞMA..... | 44 |
| 6. SONUÇ ve ÖNERİLER..... | 53 |
| 7. KAYNAKLAR..... | 55 |
| 8. EKLER..... | 60 |
| 9. ETİK KURUL KARARI..... | 74 |
| 10. HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ KURUM İZİNİ..... | 75 |

TABLolar DİZİNİ

| | |
|---|----|
| Tablo 1: Türkiye'deki huzurevi sayıları, kapasiteleri ve toplam yaşlı nüfus | 7 |
| Tablo 2: Bakım veren ve bakım alanların yaş ortalamaları, ortanca, minimum ve maksimum değerleri | 22 |
| Tablo 3: Bakım veren katılımcıların demografik özellikleri | 22 |
| Tablo 4: Bakım alan yaşlıların demografik özellikleri | 23 |
| Tablo 5: Bakım veren ile yaşlı arasında ilişkiyi belirlemeye yönelik sorulara alınan yanıtlar | 24 |
| Tablo 6: Bakım verenlerin yaşlı ile birlikte geçirdikleri süre ortalamaları | 24 |
| Tablo 7: Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerine (GYA) göre dağılımları | 25 |
| Tablo 8: Katılımcıların bakım yükü, HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete ortalamaları | 26 |
| Tablo 9: Katılımcıların bakım yükü dağılımları | 26 |
| Tablo 10: Katılımcıların HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete skorlarına göre dağılımı | 26 |
| Tablo 11: Katılımcıların bakım yüklerinin demografik özelliklerine göre karşılaştırılması | 27 |
| Tablo 12: Katılımcıların yaşlıyla olan ilişkileri açısından bakım yüklerinin karşılaştırılması | 28 |
| Tablo 13: Katılımcıların bakım yüklerinin bakım alan yaşlının demografik özelliklerine göre karşılaştırılması | 29 |
| Tablo 14: Katılımcıların bakım yükü skorlarının yaşlının Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) İndeksine göre karşılaştırılması | 30 |
| Tablo 15: Bakım Yükü Skoru ile diğer ölçümsel faktörler arasındaki ilişki | 31 |
| Tablo 16: Bakım verenlerin demografik özelliklerine göre HAD depresyon ve HAD anksiyete skorlarının karşılaştırılması | 31 |
| Tablo 17: Yaşlıyla olan ilişkilerine göre gruplandırılan katılımcıların HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete skorları açısından karşılaştırılması | 32 |
| Tablo 18: Bakım verilen yaşlının demografik özelliklerine göre | 33 |

| | |
|--|----|
| katılımcıların HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete skorları açısından karşılaştırılması | |
| Tablo 19: Bakım verilen yaşlının Günlük Yaşam Aktivitelerine göre gruplandırılan katılımcıların HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete skorlarının karşılaştırılması | 34 |
| Tablo 20: Katılımcıların bakım yükü skoru ile HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon skorları arasındaki ilişki | 35 |
| Tablo 21: Bakım yükü derecesine göre gruplandırılan katılımcıların başa çıkma biçimlerinin karşılaştırılması | 36 |
| Tablo 22: HAD-Depresyon varlığına veya yokluğuna göre sınıflandırılan katılımcıların başa çıkma biçimlerinin karşılaştırılması | 37 |
| Tablo 23: HAD-Anksiyete varlığına veya yokluğuna göre sınıflandırılan katılımcıların başa çıkma biçimlerinin karşılaştırılması | 38 |
| Tablo 24: Katılımcıların başa çıkma biçimleri ile bakım yükü skorları arasındaki ilişki | 39 |
| Tablo 25: Başa çıkma biçimleri ile HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete skorları arasındaki ilişki | 39 |
| Tablo 26: Bakım verenlerin ve bakım alan yaşlıların demografik özelliklerinin ve yaşı ile ilişkilerinin bakım yükü üzerine etkileri | 40 |
| Tablo 27: Bakım verenlerin ve bakım alan yaşlıların demografik özellikleri ve yaşı ile ilişkilerinin HAD-Depresyon üzerine etkileri | 41 |
| Tablo 28: Bakım verenlerin ve bakım alan yaşlıların demografik özellikleri ve yaşı ile ilişkilerinin HAD-Anksiyete üzerine etkileri | 42 |
| Tablo 29: HAD Depresyon skoru üzerine başa çıkma biçimleri ve bakım yükünün etkileri | 42 |
| Tablo 30: HAD Anksiyete toplam skoru üzerine başa çıkma biçimleri ve bakım yükünün etkileri | 43 |

ŞEKİLLER DİZİNİ

| | |
|--|----|
| Şekil 1: Dünya nüfusunun 2000-2050 yılları arasında yaşa göre değişimi | 5 |
| Şekil 2: Total GYA skoruna göre yaşlıların dağılımı | 25 |
| Şekil 3: Katılımcıların bakım yükü dağılımları | 26 |



KISALTMALAR DİZİNİ

- AARP : American Association of Retired Persons
ABD : Amerika Birleşik Devletleri
APA : American Psychological Association
BM : Birleşmiş Milletler
GA : Güven Aralığı
GYA : Günlük Yaşam Aktiviteleri
HAD : Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği
SB : Sağlık Bakanlığı
SPSS : Statistical Package for Social Sciences
SS : Standart Sapma
Std Hata : Standart Hata
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
WHO : Dünya Sağlık Örgütü

1. GİRİŞ ve AMAÇ

On sekizinci yüzyılda endüstrileşmenin başlaması ile birlikte ekonomik ve sosyal koşullar değişmeye başlamış, kentleşmenin getirdiği sorunlarla birlikte aile yapıları değişiklik göstermiş, yaşamı kolaylaştıran teknolojik gelişmelerin yanı sıra yaşlı bireylerin yaşamlarını sürdürmeleri daha zor hale gelmiştir. Ortaçağın sonlarına kadar bilgelik ve gücün sembolü olarak kabul edilen yaşlılar, endüstrileşmenin başlaması ile birlikte zor yaşam koşulları ile mücadele etmek zorunda kalmışlardır. Geniş ailelerin yerini çekirdek ailelerin alması, kadınların üretim sürecine dahil olmaları ve kentsel yaşamın getirdiği zorluklar karşısında, yaşlıların bakımı ayrı bir sorun haline almıştır. Toplumsal yapının ve ilişkiler ağının değişmesi, 60 yaş üstü bireylerin yaşam koşullarını zorlaştırmıştır (Baran 2005). Ancak ikinci dünya savaşından sonra batı ülkelerinde sosyal devlet anlayışının gelişmesi ile birlikte, yaşlıların sorunlarına önem vermeye başlanmıştır.

Türkiye gibi ülkelerde endüstrileşme sürecinin daha geç başlaması, kırsal alandan kentsel alanlara göçü de geciktirmiş olması nedeni ile yaşlı bakımının bir sorun olarak algılanması çok daha yakın tarihlere denk gelmektedir. Gene de bu konuda araştırmaların çokluğu ve atılan adımların olması yüz güldürücüdür.

Günümüz şartlarında, yaşlının sağlık durumunun bozulması ve günlük yaşam aktivitelerinin azalması ile birlikte, yaşlının bakımı gündeme gelmektedir. Yaşlı bakımını “formal bakım” ve informal bakım” olarak ikiye ayırabiliriz. Formal bakım, resmi ve özel kurumların vermiş olduğu profesyonel bakım şeklidir. Evde ailelerin veya yakınlarının verdiği ücretsiz bakıma ise informal bakım denmektedir. Yaşlılara barınma, ulaşım, beslenme ve mali konuların yanı sıra psikolojik ve sosyal destek sağlayan, zamanının tamamını veya bir bölümünü yaşlının bakımı için harcayan bireylere ise bakım veren denir.

Yaşlı bakımı çok boyutlu bir ilişki gerektirir. Bakım verenin ve yaşlının kişisel özellikleri, dini inançları, kültürel özellikleri, etnik kökeni, bakım vermeye ve bakım almaya karşı tutum ve düşünceleri, bakım veren ile yaşlının arasındaki yaşanmışlıklar, sosyoekonomik durum, yaşlının bakım verene bağımlılık düzeyi, sağlığı ve kognitif fonksiyonları, bakım verenin ve yaşlının toplumdaki ve aileden destek görmesi gibi birçok faktör, bakım verme kalitesini ve bakım verme yükünü etkilemektedir.

Bakım vermek, aile içi bağıllığı, sevgiyi, samimiyeti ve saygıyı artıran bir faktör olarak hem yaşlı, hem de bakım veren için bir memnuniyet kaynağı olabileceği gibi, bakım veren açısından sosyal aktivitelerin kısıtlandığı, stres ve depresyon kaynağı olarak da görülebilir. Yaşlının ve bakım verenin düşmanca duygular geliştirdiği bir ilişki halini alabilir (Erdem 2005; Dökmen 2012). Yapılan çalışmalar, bakım verenlerde anksiyete ve depresyon düzeylerinin topluma oranla daha yüksek olduğunu göstermektedir. Bakım verenlerin kullandıkları başa çıkma biçimlerinin, anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.

Gelişmiş ülkelerde yaşlı sağlığı kadar, bakım verenlerin sağlığı da önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Uzun yıllar boyunca maruz kaldıkları stres, yetersizlik duygusu, sosyal olarak kısıtlanma gibi faktörler, bakım verenleri sadece emosyonel ve mental olarak değil, beden sağlığı açısından da tehlikeye sokmaktadır. ABD’de yapılan çalışmalarda, 2004 yılında toplam 44 milyon kişinin ailesindeki ya da yakın çevresindeki yaşlılara bakım verdiğini ve görünmeyen bu bakımın maliyetinin 306 milyar \$ olduğu belirtilmektedir (Family Caregiver Alliance 2016). Bu kişilerde diyabet, kanser, kalp hastalığı gibi kronik rahatsızlıkların oranının normal popülasyonun iki katı olduğu ifade edilmektedir (Pinquart 2003).

Bu çalışmanın amacı, bakım veren kişilerin bakım yükleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki ve bunlara etki faktörleri incelemek, bakım verenlerin kullandıkları başa çıkma biçimlerini değerlendirmek, bakım verenlerin bakım verme yükü ile birlikte anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltmaya yönelik önerilerde bulunmaktır.

1.1.Hipotezler

1. Bakım verenin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışıp çalışmama durumu, mesleği, çocuk sayısı, gelir düzeyi) bakım verme yükünü etkileyen faktörlerdendir.
2. Bakım verenin sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışıp çalışmama durumu, mesleği, çocuk sayısı, gelir düzeyi) bakım verenin anksiyete ve depresyon düzeylerini etkileyen faktörlerdendir.
3. Yaşlının sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışıp çalışmama durumu, mesleği, çocuk sayısı, gelir düzeyi) bakım verme yükünü etkileyen faktörlerdendir.

4. Yaşlının sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışıp çalışmama durumu, mesleği, çocuk sayısı, gelir düzeyi) bakım verenin anksiyete ve depresyon düzeylerini etkileyen faktörlerdendir.
5. Yaşlının Günlük Yaşam Aktiviteleri puanı azaldıkça, bakım veren yükü artmaktadır.
6. Yaşlının Günlük Yaşam Aktiviteleri puanı azaldıkça, bakım verenin anksiyete ve depresyon düzeyleri artmaktadır.
7. Bakım verme yükü ile bakım verenin anksiyete ve depresyon düzeyleri ilişkilidir.
8. Bakım verenin başa çıkma biçimleri, anksiyete ve depresyon düzeylerini etkiler.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Yaşlılık

2.1.1. Yaşlılığın Tanımı

Kaçınılmaz bir süreç olan yaşlanma, genellikle kronolojik yaşa göre tayin edilmektedir. Ancak genetik farklılıklar, yaşam tarzı, çevresel koşullar ve genel sağlık durumuna bağlı olarak yaşlanma süreci, toplumlara ve kişiden kişiye değişen özellikler gösterir (Levine 2013). Özellikle tıp ve psikoloji alanında kronolojik yaşa göre sınıflandırma yapmak, “yaşlılar” arasındaki heterojeniteyi belirlemek açısından yeterli değildir. Yine de bir sınıflandırma yapmak gereklidir ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan sınıflandırma yaygın olarak kabul görmektedir. Bu sınıflandırmaya göre 65 yaş üzeri yaşlılık olarak belirlenmiş, 75-84 yaş arası orta yaşlılık, 85 ve üzeri ise ileri yaşlılık dönemi olarak adlandırılmıştır (WHO 1998; WHO 2010).

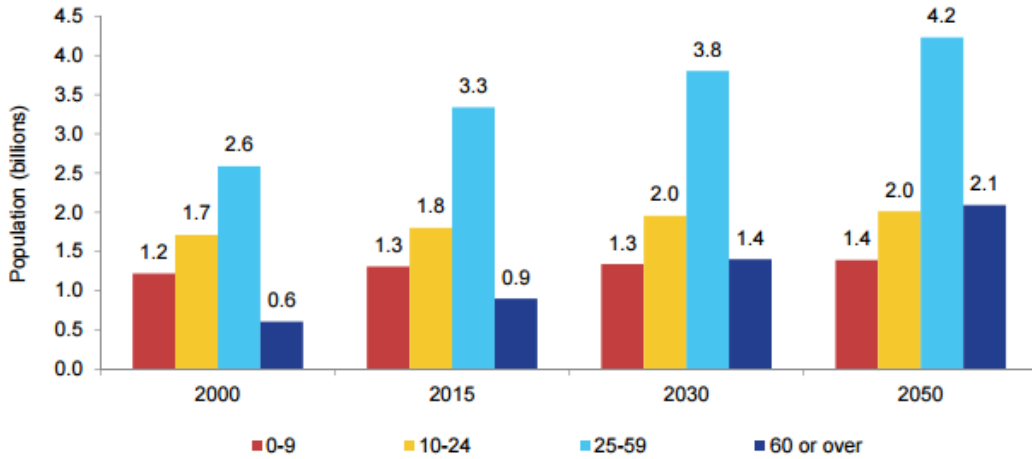
2.1.2. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus

Tıp alanındaki gelişmeler ve sosyoekonomik refah düzeyinin artması ile birlikte, beklenen yaşam süresi uzamakta, dünya nüfusu hızla çoğalmaktadır. Ortaya çıkan demografik değişiklikler birçok ülkede yaşlı nüfusun artması ile sonuçlanmaktadır. Önceleri sadece gelişmiş ülkelere ait bir özellik gibi görünen nüfus piramidindeki bu değişim, artık gelişmekte olan ülkelerde de izlenmektedir. 2015 yılında dünya nüfusunun %8,5’ini 65 yaş üzeri nüfus oluşturmaktadır (TÜİK 2016).

Dünya nüfusunun artmasının yanı sıra, yaşlı nüfusun da oransal olarak artış göstermesi, dünya nüfusunun yaşlandığını göstermektedir. Nüfusun yaşlanması ile birlikte insan gücü ile ilgili tüm sosyal dengeler değişmekte ve bu durum 21. Yüzyılın en önemli sonuçlarından birisi olarak ortaya çıkmaktadır (BM 2015).

Yaşlı nüfusun 2015 ve 2030 arasında %56 oranında artacağı ve 901 milyondan 1.4 milyara yükseleceği, 2050 yılında ise 2.1milyara çıkarak 2015 yılının iki katı olacağı düşünülmektedir. “Yaşlı nüfusun yaşlısı” olarak adlandırılan 80 yaş ve üzeri nüfus ise tüm nüfusa oranla daha hızlı bir artış göstermekte, 2015’te 125 milyon olan sayının 2050 yılında üçe katlanarak 434 milyon olacağı tahmin edilmektedir (BM 2015).

Şekil 1: Dünya nüfusunun 2000-2050 yılları arasında yaşa göre değişimi (BM 2015)



Türkiye’de 2015 yılı verilerine göre 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus 6 milyon 495 bin 239 kişi olarak belirlenmiştir. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2014 yılında %8 iken 2015 yılında %8,2’ye (%43,8’ini erkek, %56,2’si kadın) yükselmiştir (TÜİK 2016). Çalışma çağındaki her 100 kişiye düşen yaşlı sayısını ifade eden yaşlı bağımlılık oranı, 2014 yılında %11,8 iken, bu oran 2015 yılında %12,2’ye çıkmıştır (TÜİK 2016).

Yaşlı nüfus yasal medeni duruma göre incelendiğinde, cinsiyetler arasında önemli farklılıklar olduğu görülmektedir. Yaşlı erkek nüfusun 2015 yılında %1,2’sinin hiç evlenmemiş, %83,2’sinin resmi nikahla evli, %2,8’inin boşanmış, %12,9’unun eşi ölmüş olduğu görülürken, yaşlı kadın nüfusun %2,6’sının hiç evlenmemiş, %43,8’inin resmi nikahla evli, %3,1’inin boşanmış, %50,5’inin ise eşi ölmüştür (TÜİK 2016).

2.1.3. Yaşlanma Süreci

Eski Mısır’da Hiyeroglif yazılarında yaşlı ifadesi, bastona dayanmış bir kişi olarak gösterilir (M.Ö. 2800) ve yaşlılık “kalp iltihabına bağlı olarak gelişen çürüme” olarak tanımlanır. Hipokrat’ın da yaşlılığı ıslak ve soğuk olarak tanımlamasını sebebi, kalp yetmezliğine bulgularına dayandırılabilir (Morley 2004). Günümüzde ise yaşlılık sadece biyolojik bir süreç değil, aynı zamanda toplumsal açıdan incelenmesi gereken, biyolojik olduğu kadar sosyolojik, psikolojik ve ekonomik boyutları olan bir durum olarak kabul edilmektedir (Arun 2011).

Yaşlı nüfusun artması ve yaşlılık sonucu ortaya çıkan sorunların daha sık görülmeye başlaması nedeni ile gerontoloji ve geriatri bilim dalları ortaya çıkmıştır. Gerontoloji, yaşlılığı bütün yönleriyle inceleyen multidisipliner bir bilim dalıdır. Geriatri yaşlının

sağlığı ve tedavisini inceleyen, uygulamalı bir tıp uzmanlık alanıdır. Sosyal gerontoloji ise disiplinler arası bir alandır ve ekonomi, siyaset ve sosyolojiyi de içeren bilgilerin uygulanmasını ve davranış bilimlerini kapsar. Benjamin Franklin'in 1805'de yazdığı makale ile modern geriatrik psikolojinin ilk temelleri ortaya atılmıştır (Morley 2004).

Yaşın ilerlemesi ile birlikte herhangi bir hastalık veya rahatsızlık olmasa bile insanlarda fiziksel, sosyal ve psikolojik değişiklikler ortaya çıkar. Yaşlı bireyler bu değişimlere uyum sağlamaya çalışırlar. Günlük yaşam aktivitelerinden bir ya da bir kaçını gerçekleştiremedikleri durumlarda, bakımları için bir başkasına ihtiyaç duyarlar.

Yaşlılık, kronolojik yaşlanma, biyolojik yaşlanma, patolojik yaşlanma, psikolojik yaşlanma, sosyal yaşlanma ve ekonomik yaşlanma olarak farklı açılardan incelenebilir:

1. Kronolojik Yaşlanma: Bireyin doğumu ile başlar. Genel olarak sınıflandırmalar kronolojik yaşa göre yapılır.
2. Biyolojik Yaşlanma: Yumurtanın dölllenmesi ile başlayan ve bireyin yaşam boyunca geçirdiği biyolojik ve anatomik değişimlerdir.
3. Patolojik Yaşlanma: Biyolojik yaşlanma sürecinden farklıdır. Kişinin geçirdiği hastalıklara ve mevcut patolojilerine göre yaşlanmayı ifade eder.
4. Psikolojik Yaşlanma: Yaşlılık dönemindeki davranış ve uyum sorunları ile mental fonksiyonlardaki gerilemedir.
5. Sosyal Yaşlanma: Bireylerin toplum içindeki sorumluluk ve rollerinin değişmesidir.
6. Ekonomik Yaşlanma: Aktif iş yaşamının sonlanması ile birlikte, emeklilik döneminde bireyin gelir kaybına uğraması ve buna bağlı ortaya çıkan sosyoekonomik değişikliklerdir.

Tüm bu değişimler sonucundan yaşlı birey üretkenlikten uzaklaşırken, işe yaramazlık duygusu yaşamaya başlar, zihinsel işlevleri geriler, çevreye olan ilgisi azalırken, yeni durumlara yanıt verme ve uyum sağlama yeteneğini kaybetmeye başlar. Yaşlı birey benmerkezci, bazen kuşkucu ve çevreden soyutlanmış bir hale gelir. Sonuç olarak da depresyon ve anksiyete yaşamaya başlar (Bahar 2009).

Yaşlılık, hangi açıdan incelenirse incelensin, sonuç olarak bireyin fizyolojik ve psikolojik açıdan yetilerinin azalması, kronik rahatsızlıklarının artması ve kişinin günlük rutinlerini yerine getirememesi ile birlikte kendine yeterliliğinin azalması anlamına gelmektedir. Bu nedenle yaşlıların büyük bir bölümü, başkasının yardımına ihtiyaç duymaktadırlar.

2.2. Yaşlı Bakımı

Günlük gereksinimlerini karşılamakta zorlanan yaşlılara yardımcı olan kişilere “bakım veren” denilmektedir. Yaşlı bakımı iki şekilde karşılanır (Özyeşil 2014):

1. Formal bakım: Resmi ve özel kurumlar tarafından verilen profesyonel bakım hizmetidir
2. İnfomal bakım: Aile bireyleri, akrabalar ve arkadaşlar tarafından ücretsiz olarak verilen bakım türüdür.

Onat rafından yapılan bir araştırmada yaşlı bireylerin huzur evlerinde kalmak yerine, %91.7 oranında evde bakımı tercih ettikleri tespit edilmiştir. Bunun en önemli sebebi, alıştıkları ev ortamında daha rahat etmeleri ve daha mutlu olmalarıdır (Özyeşil 2014). Yaşlı bireyler, aile yanında kendilerini güvende hissetmekte, toplumdan soyutlanmadıkları için sosyal ve psikolojik kayıpları daha az düzeyde olmaktadır. Huzurevinde ve evde yaşayan 60 yaş üzeri kişilerde depresyon sıklığı incelendiğinde, huzurevinde yaşıyor olmak depresyon açısından önemli bir risk etmeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Huzurevlerinde yaşayanlarda depresyon yaygınlığı %48.1 iken, evde yaşayanlarda bu oran %24.3'tür (Maral 2001). Geriatrik Depresyon Ölçeği uygulanarak yapılan diğer bir çalışmada ise evinde yaşayanlarda %34.2, huzurevinde yaşayanlarda % 48,1 oranında depresyon tespit edilmiştir (Şahin 2003).

Tablo 1: Türkiye'deki huzurevi sayıları, kapasiteleri ve toplam yaşlı nüfus (SB Ekim 2016)

| Yıllar | Huzurevi sayısı | Kapasite | Huzurevlerinde bakılan yaşlı sayısı | Toplam yaşlı sayısı |
|-----------------|-----------------|----------|-------------------------------------|---------------------|
| 2016 (Eylül) | 140 | 14 439 | 12 926 | |
| 2015 | 132 | 13 880 | 12 990 | 6 495 000 |

Yaşam memnuniyeti araştırması sonuçlarına göre yaşlı bireylerin 2015 yılında en önemli mutluluk kaynağı %66,8 ile ailelerinin olduğu belirlenmiş, yaşam memnuniyeti araştırması sonuçlarına göre 2014 yılında genel sağlık durumundan memnun olduğunu beyan eden yaşlı bireylerin oranı %47,5 iken bu oran 2015 yılında %45,6'ya düştüğü görülmüştür (TÜİK 2016).

2.3. Bakım Veren

Yaşlı bireylerin genel olarak evde bakımı tercih etmesi, huzurevi kapasitelerinin yetersiz olması ve bazen de kültürel nedenlerden dolayı huzurevlerinin tercih edilmemesi dolayısıyla aile bireylerinden bir veya birkaçı yaşlının bakımı üstlenmekte veya aile tarafından ücretli bakıcı tutulmaktadır. Yaşlıların gereksinimlerini ve beklentilerini karşılayan kişilere “bakım veren”, yaptıkları hizmete de “bakım verme” denilmektedir. Bakım veren, bakıma ihtiyacı olan kişi ile birlikte yaşayarak ya da zamanının bir bölümünü ona ayırarak, temel ihtiyaçlarını karşılayan, tıbbi bakımını ve doktor ya da hastane ilişkilerini takip eden akraba, arkadaş, komşu veya bir yakını olarak tanımlanabilir. Yaşlının bakımında asıl sorumluluğu üstlenen bu kişilere primer bakım veren denir. Primer bakım verenlere, bazen aileden veya yakın çevreden bir başka bireyler de yardımcı olabilir. Bu kişilere ise sekonder bakım veren denilir (Janet 1993). Primer bakım veren, hastanın her gün düzenli bakımını veren kişi olabileceği gibi, bakım için gerekli düzenlemeleri yapan ve bakım işinin düzenli bir şekilde yürütmesini sağlayan kişi de olabilir (Yılmaz 2007).

Toplumlardaki yaşlanmanın artışı ile birlikte tüm dünyada olduğu ülkemizde de bakım veren ihtiyacı artmaktadır. Ülkemizin günümüz şartlarında, kalabalık aile yapıları azalmış, çekirdek aile yapıları artmıştır. Bu durum, bakım verenin üzerine daha fazla sorumluluk yüklemiş, bakım verme rolü zorlaşmıştır (Atagün 2011).

Bakım veren bireyler açısından bakım verme eylemi, çok boyutlu bir deneyim olarak algılanmaktadır. Samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde yaşamın anlamlandırılması, kişisel gelişim sağlanması, yakın ilişkilerin kurulması, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerin yanında birçok güçlüğü de yaşanmasına yol açabilmektedir (Özyeşil 2014). Bakım verme sadece fiziksel destek değil, duygusal ve maddi destek de gerektirmektedir.

2.4. Bakım Verme Nedenleri

Yapılan çalışmalarda ailede bakım verme görevini üstlenen bireylerin genellikle ailede en güçlü olan ve bakım verme sorumluluğunu üstlenebilecek olan bireylerin değil de, ekonomik ve duygusal nedenlere bağlı olarak bu işi yürüten kişiler olduğu tespit edilmiştir (Kasuya 2000). Bireyi bakım verme davranışına yönlendirecek nedenler şunlardır (Erdem 2005):

1. Yaşlıya karşı hissedilen duygusal bağlılık, yakınlık, empati ve sevgi,
2. Bu görevi üstlenmediğinde yaşayacağı suçluluk duygusu,
3. Aileye ve aile birliğine karşı duyarlı olmaya yönelik değer yargısı,
4. Yaşlıya karşı hissedilen borçluluk duygusu,
5. Yaşlının kendi gereksinimlerini karşılayamayacağına yönelik inancı,
6. Evlat, eş ya da akraba olma sorumluluğu,
7. Yaşlının ekonomik desteğine ihtiyaç duyulması,
8. Yaşlının manevi desteğine ihtiyaç duyulması,

2.5. Bakım Verme Yüğü

Araştırmalarda bakım verme sürecinin her birey tarafından farklı algılandığı ve deneyimlendiği tespit edilmiştir (Kasuya 2000). Yaşlı açısından bakıldığında, birinci derecede bakım veren kişi, onun yaşamının merkezindedir ve tüm sosyal ağları ile tam bir temas halindedir (Atagün 2011). Yaşlının bakım ihtiyaçlarının artmasıyla birlikte bakım verenin sorumlulukları da artmakta, bakım verme-alma ilişkisi tek yönlü bir boyut kazanmakta, yaşlının bakım verene bağımlı olduğu uzun dönemli bir ilişki ortaya çıkmaktadır. Bakım verme işi, bakım verenin finansal durumundan özel yaşamına kadar yaşamının tüm alanlarını etkilemektedir. Bu yoğun ve yorucu ilişkiyle birlikte, bakım verenin kendi yaşamındaki iş, aile hayatı ve sosyal çevresindeki bazı olumsuzlukların da eklenmesi, bakım veren yükü denilen durumu ortaya çıkmaktadır. Bakım verme yükü, bakım sunarken yaşanabilen fiziksel, psikolojik, sosyal veya finansal güçlükleri ifade eder (Atagün 2011).

2.5.1. Psikolojik Güçlükler

Bakım verenlerde kızgınlık, hayal kırıklığı, öfke, anksiyete, huzursuzluk, uykusuzluk, suçluluk duygusu, tükenmişlik, aile içi ve diğer ilişkilerde zorluk, madde kullanımı gibi belirtiler ortaya çıkabilir. Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin ruh sağlığının olumsuz yönde etkilendiği tespit edilmiştir. Yaşlı ya da hasta bir yakınına bakım hizmeti verenlerde stres, anksiyete, depresyon ve diğer ruhsal bozukluk oranlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Family Caregiver Alliance 2006). Klinik açıdan belirgin depresif semptom oranlarının bakım verenlerde %40 ila %70 arasında değiştiğini, %25 ile %50 oranlarında majör depresyon kriterlerinin karşılandığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Zarit 2006). Bakım verilen yaşının yetileri azaldıkça, bakım verenin depresyon düzeyi ve algıladığı bakım verme yükünde artış izlenmektedir (Grunfeld 2004).

2.5.2. Fiziksel Güçlükler

Bakım verende hazımsızlık gibi sindirim zorlukları, kas ve eklem ağrıları, baş ağrıları, iştahsızlık ya da iştah artışı, yeme düzeninde bozukluk, kilo alma ya da kilo kaybı, uyku bozuklukları görülebilir. Ayrıca kronik yorgunluk, konsantrasyon bozukluğu, öz bakımda azalma gibi bulgular ortaya çıkmaktadır (Toseland 2001). Schulz ve Bedard tarafından yapılan çalışmalarda, bakım verenlerde mortalite oranlarının bakım vermeyenlere göre %63 daha yüksek olduğu, sağlıkla ilgili algılamalarının bozulduğu, kaygı ve depresyon belirtilerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Schulz 1999; Bédard 2004).

2.5.3. Sosyal Güçlükler

Bakım verme işine daha uzun süre zaman ayıran bakım verenler, sosyal izolasyon gibi sorunlar yaşamaktadırlar ve bu durum hem aile içi ilişkileri, hem de sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir.

2.5.4. Ekonomik Güçlükler

Bakım verme hizmeti nedeniyle özellikle iş yaşantısı olumsuz etkilenir. Gallup tarafından 2011 yılında yapılan bir çalışmaya göre, tam zamanlı ve yarı zamanlı olarak çalışan tüm Amerikan vatandaşlarının beşte biri, aynı zamanda bakım verici görevini sürdürmektedirler (Writter 2011). Üstlendiği sorumluluğa bağlı olarak bakım veren

çalışanların %70'inin işgücü açısından olumsuz yönde etkilendiği tespit edilmiştir (National Alliance for Caregiving and AARP 2009).

Bu nedenlerden dolayı Dünya Sağlık Örgütü, bu ailelerin ve bakım verenlerin ihtiyaçlarının ele alınmasını, palyatif bakımın birincil hedeflerinden biri olarak tanımlamıştır (Zaybak 2012).

2.6. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım verenlerin bakım verme yükleri kişiden kişiye değişiklik göstermektedir. Bakım verme yükünü etkileyen faktörler hem bakım verenin hem de yaşlının özelliklerine göre değişiklik gösterse de, aile içi ilişkiler, sosyoekonomik özellikler de etkilidir. Aşağıdaki faktörlerin bakım verme yükünü etkilediği tespit edilmiştir (Margaret 1990; Erdem M. 2005; Kurasawa 2010; Işık 2013; Meecharoen 2013):

- Bakım veren kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitimi, çalışma durumu, dini inancı ve kültürel değerleri, etnik kökeni, sosyoekonomik düzeyi gibi kişisel özellikleri
- Bakım verdiği kişi ile daha önceki ilişki düzeyi ve yaşantıları
- Bakım verenin üstlenmiş olduğu diğer sorumluluklar
- Yaşlıya vermekte olduğu bakımın çeşitliliği ve boyutları
- Yaşlının, bakım verenin yaşantısına müdahale etmesi
- Bakım verenin ekonomik nedenlerle başka işlerde de çalışıyor olması
- Yaşlının aşırı ilgi beklemesi, çocuksu davranışlar göstermesi
- Bakım verenin sağlık sorunlarının bulunması veya ileri yaşta olması
- Bakım verme ile ilgili kararlar alınırken, ailesi tarafında bakım verenin düşüncelerinin göz ardı edilmesi
- Bakım verme süresi
- Paylaşılan evin büyüklüğü, yaşlının ve bakım verenin kendilerine ait alanlarının veya odalarının olmaması
- Yaşlı ve ailenin diğer bireyleri arasında kuşak ve kültür çatışmalarının olması

- Bakım verenin yaşlıya karşı ambivalan duygular içinde olması
- Yaşlı ve bakım veren arasında düşmanca davranışların sergilenmesi
- Bakım verenin çevreden soyutlandığını ve engellendiğini düşünmesi
- Yaşlı bireyin kendisini çevreden soyutlaması
- Yaşlının veya diğer aile bireylerinin verilen bakım ile ilgili memnuniyetsizliği
- Verilen bakımın gözle görünür olmaması, yaşlı veya aile bireyleri tarafından verilen çabanın değerinin anlaşılmaması.

2.7. Bakım Verenlerde Anksiyete ve Depresyon

Özellikle demanslı hastaların bakım verenleri üzerinde yapılan çalışmalarda anksiyete ve depresyon oranlarının, bakım veren görevi üstlenmeyen bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Baumgarten 1997; Mahoney 2005). Bu anksiyete ve stresin biyolojik etkileri üzerinde de yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Demanslı hasta yakınları üzerinde yapılan çalışmalarda, kronik strese bağlı biyolojik belirteçlerin yükseldiği gösterilmiştir (Andrew 2005):

1.Kortizol: Bakım verenlerde kortizon düzeyleri diğer bireylere daha yüksek bulunmuştur

2.İmmün sistem: Bakım verenlerde C-reaktif protein, IL-6 gibi immün sistem aktivasyonunu veya yanıtını gösteren belirteçlerin yükseldiğini gösteren yayınlar bulunmaktadır

3.Kardiyovasküler belirteçler: Demanslı hasta bakım verenleri üzerinde yapılan çalışmaların 47'sinde, istirahat halinde iken kalp hızlarının daha yüksek olduğu, sistolik ve diyastolik kan basınçlarının daha yüksek bulunduğu, D-dimer gibi psikososyal strese bağlı olarak geliştiği kabul edilebilecek hiperkoagülite belirteçlerinin yükseldiği bildirilmiştir.

4.Norepinefrin ve epinefrin: Demanslı hastaların bakım verenlerinde sempatik sistem aktivasyonuna yol açan bu iki nörotransmitterin kan düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir.

5.Nörokognitif testlerde, nörokognitif fonksiyonların gerilediğini gösteren yayınlar bulunmaktadır.

Yoga, meditasyon veya bilişsel davranışçı terapi gibi yöntemlerin uygulandığı müdahale çalışmalarında nörokognitif fonksiyonların düzeldiği, kortizol düzeyi ve strese bağlı diğer biyolojik belirteç düzeylerinde azalma olduğu rapor edilmiştir (Andrew P. 2005).

Demirtepe ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği bakıcı iyili hali anketi geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında bakıcıların hem temel ihtiyaçlar alt ölçeğinde hem de yaşamsal faaliyetler alt ölçeğinde anlamlı düzeyde düşük puanlar almış olmaları, iyilik düzeylerinin bakıcı olmayanlara göre daha düşük olduğunu göstermiştir (Demirtepe 2009). Bakım verenlerde kalp ve damar hastalıkları riskinin arttığını belirten yayınlar da bulunmaktadır (Family Caregiver Alliance 2006).

Toplum tabanlı yapılan bazı çalışmalarda, bakım verenlerin bir kısmının ise ciddi stres yaşamadıkları, zorluklarla çok rahat bir şekilde başa çıkarak duygusal açıdan kazanımlar elde ettikleri rapor edilmiş, hatta bu kişilerin sağlıklarının düzeldiği, mortalite oranlarının düştüğü bildirilmiştir (Amercan Psychological Association tarih yok). Schulz ve Beach 1999 yılında yaptıkları bir çalışmada bakım verenlerin %44'ünün bir zorluk yaşamadığını belirtilirken, Roth ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları ve aynı sorulardan oluşan çalışmasında bakım verenlerinin %33'ünün bakım verirken zorluk yaşamadığı, %50'sinin biraz zorluk yaşadıkları, sadece %17'sinin çok zorluk çektikleri ifade edilmektedir (Schulz R. 1999; Roth D. L. 2009).

2.8. Başa Çıkma Biçimleri

Baş çıkma biçimleri önceleri bir kişilik özelliği olarak görülmüş ve kişilik testleri ile ölçüldüğü için çalışmalar bu alanda yoğunlaşmıştır. Ancak Lazarus'un yaptığı çalışmalar neticesinde etkileşimsel yaklaşım benimsenmiş ve baş çıkma, bir kavram olarak ortaya atılmıştır. Bu yeni kavrama göre baş çıkma, belirli stres durumlarına karşı ortaya konulan biliş ve davranışlar bütünüdür. Baş çıkma, içinde bulunulan duruma göre öznel değerlendirmelere ve nesnel istemlere verilen tepkinin zaman içerisinde değişiklik gösteren dinamik bir sürecidir. Kişinin içinde bulunduğu durumu değerlendirme biçimi, baş çıkma biçimleri ve eylemlerine göre farklılık göstermektedir (Aysan 2003).

Endler ve Parker'in yaptıkları çalışmalarda başa çıkma biçimlerinin kişinin psikolojik uyumuna olumlu etkisi olduğunu göstermektedir (Parker 1990). Başa çıkma stratejileri etkin bir şekilde kullanıldığında, stresin meydana getirdiği riskler de azalmaktadır. Gündelik stresörlerden başlayarak insan yaşamında önemli dönüm noktaları olan doğal felaketler, boşanma, kronik hastalıklar ve ölüm gibi daha uzun etki süresi olan stresörlerin etkilerine kadar birçok alanda başa çıkma tepkileri incelenmiştir. Büyük yaşam olaylarının insanın yaşam kalitesini ve işlevselliğini daha fazla etkilediği iddiası uzun bir süre kabul görse de, daha sonra yapılan çalışmalarda gündelik zorlukların da önemli stres kaynağı olduğu tespit edilmiştir (Sean 1988).

Folkman ve Lazarus, stres ve başa çıkma arasında süregiden bir ilişki olduğunu ve süreklilik gösteren bir stresörün başa çıkma davranışlarına yol açtığını belirtmektedir. Folkman'a göre başa çıkma, stresli etkileşim ile ortaya çıkan içsel ve dışsal istekleri kontrol altına almak ya da azaltmak için kullanılan bilişsel ve davranışsal çabalaradır. Bu şekilde birey, kendi davranışları ile çevresel talepler arasında stresle başa çıkma çabalarını bir tampon olarak kullanarak, stresin etkilerini en aza indirmeye çalışır (Topuzoğlu, 2015).

Etkileşimsel kuramın ortaya atılmasının ardından başa çıkma biçimlerini ölçmek için yeni yöntemler ve envanterler geliştirilmiştir. Bu envanterlerde kişinin stres durumunu düşünerek değerlendirme yapması ve bu stresle ilgili eylemlerine yönelik sorulara yanıt vermesi istenir (Aysan 2003). Başa çıkma stratejilerini belirlemeye yönelik testler genellikle probleme ve duyguya odaklanmaktadır. Başa çıkma stratejileri için en çok kullanılanlar durumu kabullenme, bilgi arama, daha kötü durumda olanlarla kendini karşılaştırma gibi iyimser ve olumlu düşüncelerdir. Spiritüalizm ve dinsel yaklaşımlar da başa çıkma stratejileri arasındadır. Aynı şekilde sosyal destek de belirleyici bir başa çıkma yöntemidir ve olumlu etkileri vardır.

Başta çıkma biçimlerinin nesnel olarak ölçümü, bazı pratik yararlar sağlamaktadır. Problem çözme becerilerinin objektif olarak ölçüldüğü bu araçlardan edinilen bilgi sayesinde bireyin psikolojik uyumunu etkileyen başa çıkma örüntüsü tespit edilir ve yardım stratejilerinin belirlenmesi kolaylaşır.

Başta çıkma biçimleri sonucunda strese karşı tepkiler iki şekilde ortaya çıkar. Eğer başta çıkma stratejisi sayesinde kişinin çevresi ile ilişkileri değişime uğrarsa, psikolojik stres kaynağı ile ilgili durumda da düzelme olabilir. Lazarus buna problem odaklı başta çıkma

adını vermektedir. Problem odaklı başa çıkmada aktif başa çıkma, planlama, rekabet aktivitesinin baskılanması, kendini sınırlayarak başa çıkma, yardımcı sosyal destek arama şeklinde sorunun ana kaynağına ilişkin çözümler aranır. Lazarus'un duygu-odaklı diye adlandırdığı başa çıkma biçiminde ise olan olayla ilgili algımız veya dikkatimiz değişiklik göstermektedir. Duygu odaklı başa çıkmada duygulara odaklanma ve onları dışa vurma, davranışsal olarak ilgisini kesme, zihinsel olarak ilgisini kesme gibi yöntemler kullanılır (Lazarus 1993; Topuzoğlu 2015).

Problem odaklı başa çıkma yöntemi kişinin uyumunu arttırır ve kişiyi geliştirir. Duygulara bağlı geliştirilen stratejilerde ise daha çok savunmacı ve uyumsuz başa çıkma biçimleri izlenir ve gelişimi engelleyici olduğuna yönelik görüşler bulunmaktadır (Lazarus 1998; Ağargün 2005).

Başa çıkma tutumlarının aktif ve pasif olarak tanımlandığı farklı görüşler de bulunmaktadır. Aktif olan tutumlar, kişiyi stresörü değiştirmeye ya da ortadan kaldırmaya yönelik davranışlara ya da psikolojik yanıtlara sevk ederken, pasif tutumlar stresörden uzaklaşmaya yöneltir. Bu durumda aktif tutumlar uyuma yönelik davranışlara yol açarken, pasif tutumlar uyuma yönelik olmayan yanıtlardır. Yaşam olayları veya stres etkenleri ile psikiyatrik bozukluklar arasında ilişkinin anlaşılabilmesi için uyuma yönelik olan ve olmayan başa çıkma tutumlarının anlaşılması önem kazanmaktadır. Duygusal gerilimi azaltmaya yönelik başa çıkma biçimlerinin kullanılması, psikopatolojinin ortaya çıkmasını kolaylaştırmaktadır. Başa çıkma biçimlerinin tespit edilmesi, tedavi hedeflerinin belirlenmesi açısından önemlidir (Wegner 1987; Rohde 1990).

Başa çıkma stratejileri açısından işlevsel olan ve olmayan şeklinde ayırım yapılabilir. İşlevsel başa çıkma biçimlerinde problemin aktif olarak üstesinde gelebilmek için destek aramak, somut çözüme yönelik davranışlarda bulunmak ya da çözüm aramak şeklinde olabilir. Stresörün görmezden gelinmesi veya çözüm arama davranışında bulunulmaması işlevsel olmayan stratejileri içerir. Bu durumda kullanılan kaçınmacı başa çıkma stratejileri, uyumu bozucu bir etki gösterir ve bireyi psikolojik açıdan olumsuz etkileri. Pasif başa çıkma stratejileri üretkenlik üzerinde de olumsuz etki gösterirken, kişinin benlik saygısının azalmasına, madde kullanımına, kendine zarar verecek davranışlarda bulunmasına yol açabilir. Kaçınma davranışları depresyona zemin hazırlarken, ruminasyon gibi işlevsel olmayan tutumlara yol açabilir. Aktif başa

çıkma stratejileri ise bireyin psikolojik uyumu açısından olumlu sonuç verir (Topuzoğlu 2015).



3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın türü

Bu çalışma ankete dayalı kesitsel bir çalışmadır

3.2. Örneklem ve Çalışmanın Gücü

Toplam bakım yükü ve HAD-Anksiyete skoru arasındaki korelasyon katsayısı 0.400 olarak alındığında ve tip 1 hata 0.05, güç %90 olarak kabul edildiğinde minimum katılımcı sayısı 61 olarak hesaplandı. HAD-Anksiyete skoru ve başa çıkma biçimleri skoru arasındaki korelasyon katsayısı 0.380 olarak alındığında ve tip 1 hata 0.05, güç %90 olarak kabul edildiğinde minimum katılımcı sayısı 67 olarak hesaplandı.

Sinanpaşa Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan ve evde bakım hizmeti alan yaşlı hastalara en az 6 ay süreyle bakım veren ve Mart ve Nisan 2017 tarihlerinde başvuruda bulunan 84 kişiye ulaşıldı. Altı kişi çalışmaya katılmayı kabul etmedi. Sekiz kişinin anketi geçersiz sayıldı. Toplam 70 katılımcı çalışmaya dahil edildi.

3.3. Etik Kurul Onayı

TC Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığından verilen 09.01.2017 tarih ve B.08.6.YÖK.ÜS.0.05.0.06/2016/208 karar numarası ile çalışmanın etik açıdan uygun olduğu bildirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve İzinler

TC İstanbul Valiliği İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 64222187-060.99 sayılı izin kararı ile araştırmamız İstanbul ili Beşiktaş ilçesi Sinanpaşa Aile Sağlığı Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir.

3.5. Katılımcılara Uygulanan İşlemler

Beşiktaş ilçesi Sinanpaşa Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı yaşlı hastalara bakım veren 70 gönüllü araştırma kapsamına dahil edildi. Bilgilendirilmiş onam formu ile katılımcıların onamı alındıktan sonra anket yoluyla katılımcıların ve yaşlıların sosyodemografik özellikleri tespit edildi, bakım verenlere bakım verme yükü ölçeği, hastane anksiyete depresyon ölçeği ve başa çıkma biçimleri ölçeği uygulandı.

3.6. Veri Toplama Araçları

3.6.1. Sosyodemografik veri formu:

Sosyodemografik veri formunun kullanım amacı katılımcılar ve bakım verdikleri yaşlılar hakkında detaylı bilgi sağlamaktır. Katılımcıların ve bakım alan yaşlıların yaş, cinsiyet, eğitim gibi sosyodemografik özelliklerini tespit ederek, diğer ölçekler üzerine etki eden faktörleri araştırmak amaçlanmıştır.

3.6.2. Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA):

Katz ve arkadaşları tarafından 1963 yılında geliştirilen GYA indeksi yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan temel gereksinimleri sağlamaya yönelik aktiviteleri belirlemektedir. GYA indeksi banyo, giyinme, tuvalet, hareket, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren altı sorudan oluşmaktadır (Tel 2011). GYA indeksinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Puan arttıkça yaşlının bağımsızlığı artmaktadır. Yıldırım'ın 2011 yılında yaptığı çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0.77 bulunmuştur.

3.6.3. Bakım Verme Yüğü Ölçeği (Burden Interview) :

Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş olan ve oldukça yaygın kullanılan bu ölçek, bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri belirlemeye yöneliktir. Bakım verenin kendisi ya da araştırmacı tarafından doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamına olan etkisini (bedensel, ruhsal ve sosyal iyilik durumunu) belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek "asla", "nadiren", "bazen", "sık sık", "her zaman" şeklinde 0' dan 4' e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeyi içerir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının da yüksek olduğunu göstermektedir. Puanlamada 0 –20 puan: "bakım yüğü yok", 21– 40 puan: "hafif bakım yüğü", 41 –60 puan: "orta düzeyde bakım yüğü" ve 61 – 88 puan ise: "ağır bakım yüğü" olarak belirlenir. Ölçeğin birçok ülkede geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Ülkemizde ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği İnci ve Erdem tarafından yapılmıştır (İnci 2008).

Bu çalışmada Cronbach Alpha değeri 0,907 bulunmuştur.

3.6.4. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD):

Zigmond ve Snaith tarafından 1983 yılında geliştirilen ölçek, kaygı ve depresyonu değerlendirmek amacıyla kullanılır. Ölçeğin amacı hastalarda depresyon ve anksiyete belirtilerinin derecesini objektif olarak belirlemektir. Tanı koyma amacı taşımamaktadır. HAD kısa, uygulaması kolay 14 maddelik bir öz değerlendirme ölçeğidir, 7'si depresyon 7'si anksiyeteyi değerlendiren iki tane alt ölçeği vardır. Depresyon alt ölçeğine ait maddeler 2.4.6.8.10.12 ve 14. maddeler, anksiyete alt ölçeğine ait maddeler ise 1,3.5.7.9,11 ve 13. maddelerdir. Ölçekten alınan puanın artması hastanın depresyon ve /veya anksiyetesinin şiddetlendiği anlamına gelir. Yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışması sonucunda anksiyete alt ölçeği (HAD-Aanksiyete) için kesme puanı 10/11, depresyon alt ölçeği (HAD-Depresyon) için kesme puanı 7/8 olarak bulunmuştur (Aydemir 1997; Kılınç 2011).

Bu çalışmada Cronbach Alpha değeri HAD-A için 0,418, HAD-D için 0,371 bulunmuştur.

3.6.5. Başa Çıkma Stilleri Ölçeği (COPE)

Baş Çıkma Stilleri Ölçeğinin ilk hali Carver ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilmiştir. O dönemde ölçek 53 madde halinde toplam 14 faktörden oluşmaktaydı. Ölçek geliştirilirken Lazarus (1966) ve Lazarus ve Folkman'ın (1984) stres modeli ile Carver ve Scheier'in (1981, 1990) davranışsal kendini düzenleme modeli temel alınmıştır. Carver ve arkadaşları, ilk olarak 13 faktörlü bir yapı öngörmelerine karşın, faktör analizinde alkol ve uyuşturucu madde kullanımıyla ilgili maddenin zihinsel olarak geri çekilme boyutunda olması gerekirken ayrı bir faktöre yüklendiklerini gözlemlemişlerdir. Bunun üzerine araştırmacılar aracın 14 faktörlü olduğuna karar vermişlerdir.

Aracın güvenilirliğini test etmek için Cronbach'ın Alfa katsayısı ve test tekrarı yöntemi kullanılmıştır. Baş Çıkma Stilleri Ölçeğinin alt ölçeklerinin alfa katsayıları en düşük 0.45 (zihinsel olarak geri çekilme) ve en yüksek (dine yönelme) 0.92'dir. Test tekrarı sonucunda elde edilen korelasyon katsayıları ise 0.42 (davranışsal olarak geri çekilme) ve 0.89 (dine yönelme) aralığında bulunmuştur (Bacanlı 2013).

Daha sonra yapılan çalışmalarda Baş Çıkma Stilleri Ölçeğine mizah boyutu da eklenerek 15 faktörlü 60 maddelik bir form oluşturulmuştur. Bir (asla böyle yapmam)

ile dört (çoğunlukla böyle yaparım) arasında derecelendirilen aracın alt ölçeklerinden alınan puanların düşüklüğü o boyutların az kullanıldığını, alınan puanların yüksekliği ise o boyutların daha fazla kullanıldığı hakkında bilgi vermektedir. Buna karşın alınan puanların değerlendirilmesinde kullanılan bir normu yoktur (Bacanlı 2013).

On beş faktörlü ölçek, üç alt boyut içinde incelenmektedir.

1. Problem odaklı başa çıkma biçimleri: Aktif başa çıkma, plan yapma, geri durma, yararlı sosyal destek kullanımı, diğer meşguliyetleri bastırma.
2. Duygusal odaklı başa çıkma biçimleri: Kabullenme, şakaya vurma-mizah, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, duygusal sosyal destek kullanımı.
3. İşlevsel olmayan başa çıkma biçimleri: Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, inkar, davranışsal olarak ilişki kesme, zihinsel boş verme, madde kullanımı.

Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Ağargün ve arkadaşları tarafından 2005 yılında yapılmıştır. Ölçek 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmuştur. Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olanağı verir. Bu 15 başa çıkma tutumu ya da alt ölçek ve alt ölçeği oluşturan soru numaraları şunlardır: 1. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme (1, 29, 38, 59), 2. Zihinsel boş verme (2, 16, 31, 43), 3. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma (3, 17, 28, 46), 4. Yararlı sosyal destek kullanımı (4, 14, 30, 45), 5. Aktif başa çıkma (5, 25, 47, 58), 6. İnkâr (6, 27, 40, 57), 7. Dini olarak başa çıkma (7, 18, 48, 60), 8. Şakaya vurma-Mizah (8, 20, 36, 50), 9. Davranışsal olarak ilişki kesme (9, 24, 37, 51), 10. Geri durma (10, 22, 41, 49), 11. Duygusal sosyal destek kullanımı (11, 23, 34, 52), 12. Madde kullanımı (12, 26, 35, 53), 13. Kabullenme (13, 21, 44, 54), 14. Diğer meşguliyetleri bastırma (15, 33, 42, 55), 15. Plan yapma (19, 32, 39, 56) (Ağargün 2005; Litman 2006).

Bu çalışmada Başa Çıkma Ölçeği (COPE) için Cronbach'ın Alfa katsayısı 0,822 bulunmuştur.

3.7. İstatiksel Analizler

Verilerinin değerlendirilmesi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler, ortalama±standart sapma, medyan, %25 ve %75. persantiller ve yüzdeler olarak verildi. Normal dağılım gösteren ölçümsel verilerin analizde t-test ve ANOVA, normal dağılım göstermeyen ölçümsel verilerin analizinde ise Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare ve gereğinde Fisher testleri uygulandı. Korelasyonlar, Spearman veya Pearson korelasyon testleri ile değerlendirildi. $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi. Karıştırıcı değişkenlerin kontrolü için lojistik regresyon analizleri kullanıldı. Riskler, OR ve %95 güven aralığı içinde rapor edildi.



4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların demografik özellikleri

Toplam 70 katılımcıya anket uygulandı. Katılımcıların yaş ortalamaları $53,17 \pm 12,7$ idi ve yaşları 22 ile 87 arasında değişiyordu. Bakım alan yaşlıların yaşları 65 ile 96 arasındayken, yaş ortalamaları $83,6 \pm 6,8$ idi (Tablo 2).

Tablo 2: Bakım veren ve bakım alanların yaş ortalamaları, ortanca, minimum ve maksimum değerleri

| | N | Ortalama \pm SS | Medyan | Minimum | Maksimum |
|----------------------------|----|-------------------|--------|---------|----------|
| Bakım verenin yaşı | 70 | 53,2 \pm 12,7 | 54,0 | 22,0 | 87,0 |
| Bakım verilen yaşının yaşı | 70 | 83,6 \pm 6,8 | 85,0 | 65,0 | 96,0 |

Tablo 3: Bakım veren katılımcıların demografik özellikleri

| | | N | % |
|-----------------------------------|--------------------------|----|-------|
| Bakım verenin cinsiyeti | Erkek | 19 | 27,1% |
| | Kadın | 51 | 72,9% |
| Bakım verenin eğitim durumu | Okur-yazar değil | 3 | 4,3% |
| | İlköğretim | 9 | 12,9% |
| | Lise | 36 | 51,4% |
| | Üniversite/Yüksek Lisans | 22 | 31,4% |
| Bakım verenin medeni durumu | Evli | 31 | 44,3% |
| | Bekar/dul/boşanmış | 39 | 55,7% |
| Bakım verenin işi | Var | 26 | 37,1% |
| | Yok | 44 | 62,9% |
| Bakım verenin mesleği | Memur, işçi | 7 | 10,0% |
| | Emekli | 26 | 37,1% |
| | Ev hanımı | 19 | 27,1% |
| | Diğer | 18 | 25,7% |
| Bakım verenin sosyal güvencesi | Var | 54 | 77,1% |
| | Yok | 16 | 22,9% |
| Bakım verenin gelir düzeyi | Düşük gelirli | 16 | 22,9% |
| | Orta gelirli | 52 | 74,3% |
| | Yüksek gelirli | 2 | 2,9% |
| Bakım verenin çocuğu | Var | 40 | 57,1% |
| | Yok | 30 | 42,9% |
| Bakım verenin kronik rahatsızlığı | Var | 27 | 38,6% |
| | Yok | 43 | 61,4% |

Bakım verenlerin 51'i kadın (%72.9), %19'u erkekti (%27.1). Lise mezunu olanlar çoğunlukta (%51.4), okur yazar olmayanların oranı %4.3'tü. Evli olanlar 31 kişi

(%44.3), bekar, dul veya boşanmış olanlar ise 39 kişiydi (%55.7). Katılımcıların 26'sı (%37.1) çalışıyordu, 44'ü (%62.9) ise emekli, ev hanımı veya işsizdi. Bu nedenle zamanının çoğunu evde yaşlı birlikte geçiriyordu. Bakım verenlerin %77'sinin sosyal güvence sahibiydi, %57.1'nin çocuğu vardı, %38.6'sının kronik bir hastalığı bulunmaktaydı. Bakım verenlerin 52'si (%74.3) kendisini orta gelirli olarak tanımlarken 16'sı (%22.9) düşük gelirli, 2'si (%2.9) yüksek gelirli olarak ifade etti (Tablo 3).

Tablo 4: Bakım alan yaşlıların demografik özellikleri

| | | N | % |
|---------------------------|--------------------------|----|-------|
| Yaşlının cinsiyeti | Erkek | 14 | 20,0% |
| | Kadın | 56 | 80,0% |
| Yaşlının medeni durumu | Evli | 27 | 38,6% |
| | Bekar/dul/boşanmış | 43 | 61,4% |
| Yaşlının eğitim durumu | Okur-yazar değil | 16 | 22,9% |
| | İlköğretim | 38 | 54,3% |
| | Lise | 11 | 15,7% |
| | Üniversite/Yüksek Lisans | 5 | 7,1% |
| Yaşlının kronik hastalığı | Var | 64 | 91,4% |
| | Yok | 6 | 8,6% |
| Yaşlının sosyal güvencesi | Var | 66 | 94,3% |
| | Yok | 4 | 5,7% |
| Yaşlının geliri | Var | 56 | 80,0% |
| | Yok | 14 | 20,0% |

Bakım alan yaşlıların 56'sı (%80) kadın, 14'ü (%20) erkekti. Evli olanlar 27 kişiydi (%38.6), 43 kişi (%61.4) ise bekar, dul veya boşanmıştı. İlköğretim mezunları çoğunluğu oluştururken (n=38, %54.3), okur yazar olmayanlar 16 (%22.9), lise mezunları 11 (15.7), üniversite mezunları ise 5 (%7.1) kişiydi. Yaşlıların 66'sının kronik bir hastalığı vardı. %94.3'ünün sosyal güvencesi varken, %80'i gelir sahibiydi (Tablo 4).

Katılımcıların 41'i (%58.6) anne-babasına bakım verirken, 11'i (%15.7) akrabasına, 6'sı (%8.6) eşine, %10'u ise komşusuna bakım veriyordu. 5 kişi ise ücretli bakıcılık yapıyordu. 54 yaşlının (%77.1) ayrı odası vardı. Kalan 16 yaşlı ise diğer aile bireyleri ile aynı odayı paylaşıyordu. Katılımcıların 63'ü (%90) bakım vermektten memnun olduklarını ifade ettiler. Katılımcıların 54'ü (%77.1) ailevi sorumluluk nedeni ile bakım verdiklerini ifade ettiler. Dört kişi (%5.7) bakacak kimsenin olmaması, 7 kişi (%10) ise ekonomik katkı nedeniyle bakım veriyordu (Tablo 5).

Tablo 5: Bakım veren ile yaşlı arasında ilişkiyi belirlemeye yönelik sorulara alınan yanıtlar

| | N | % | |
|---|---------------------------------|----|-------|
| Yakınlık derecesi | Ebeveyn | 41 | 58,6% |
| | Akraba | 11 | 15,7% |
| | Ücretli bakıcı | 5 | 7,1% |
| | Eş | 6 | 8,6% |
| | Komşu | 7 | 10,0% |
| Yaşlının ayrı odası var mı? | Var | 54 | 77,1% |
| | Yok | 16 | 22,9% |
| Yaşlıya bakım vermekten memnun musunuz? | Evet | 63 | 90,0% |
| | Hayır | 7 | 10,0% |
| Yaşlıya bakım verirken yardım alıyor musunuz? | Evet | 38 | 54,3% |
| | Hayır | 32 | 45,7% |
| Yaşlıya bakım verme nedeni | Ailevi sorumluluk/aile bağlı | 54 | 77,1% |
| | Bakacak başka kimsenin olmaması | 4 | 5,7% |
| | Ekonomik katkısı olduğu için | 7 | 10,0% |
| | Diğer | 5 | 7,1% |

Tablo 6: Bakım verenlerin yaşlı ile birlikte geçirdikleri süre ortalamaları

| | Ortalama | SS |
|--|----------|------|
| Yaşlıya bakım verdiği süre (yıl) | 6,43 | 5,92 |
| Yaşlıya günlük bakım verme süresi (saat/gün) | 15,46 | 8,64 |

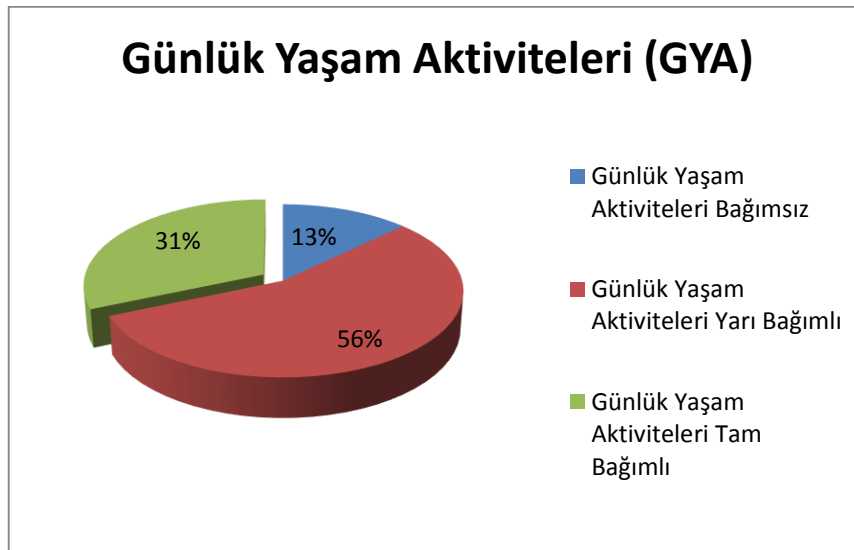
Bakım verenlerin yaşlıya bakım verdikleri süre ortalama $6,43 \pm 5,92$ yıldır. Bakım verenler günlük ortalama $15,46 \pm 8,64$ saatlerini yaşlı ile birlikte geçirmektedirler (Tablo 6).

Total GYA skorlarına göre yaşlıların dağılımı incelendiğinde bağımsız olanlar 9 kişi (%12.9), yarı bağımlı olanlar 39 kişi (%55.7), tam bağımlı olanlar ise 22 kişiydi (%31.4) (Tablo 7, Şekil 1).

Tablo 7: Yaşlıların günlük yaşam aktivitelerine (GYA) göre dağılımları

| | | N | % |
|--|--------------|----|-------|
| Giyinme durumu | Bağımsız | 24 | 34,3% |
| | Yarı bağımlı | 27 | 38,6% |
| | Tam bağımlı | 19 | 27,1% |
| Tuvalet durumu | Bağımsız | 37 | 52,9% |
| | Yarı bağımlı | 14 | 20,0% |
| | Tam bağımlı | 19 | 27,1% |
| Hareket edebilme durumu | Bağımsız | 19 | 27,1% |
| | Yarı bağımlı | 37 | 52,9% |
| | Tam bağımlı | 14 | 20,0% |
| İnkontinans | Bağımsız | 27 | 38,6% |
| | Yarı bağımlı | 31 | 44,3% |
| | Tam bağımlı | 12 | 17,1% |
| Beslenme durumu | Bağımsız | 33 | 47,1% |
| | Yarı bağımlı | 21 | 30,0% |
| | Tam bağımlı | 16 | 22,9% |
| Total GYA skoruna göre yaşlıların dağılımı | | | |
| Günlük Yaşam Aktiviteleri | Bağımsız | 9 | 12,9% |
| | Yarı Bağımlı | 39 | 55,7% |
| | Tam Bağımlı | 22 | 31,4% |

Şekil 2: Total GYA skoruna göre yaşlıların dağılımı



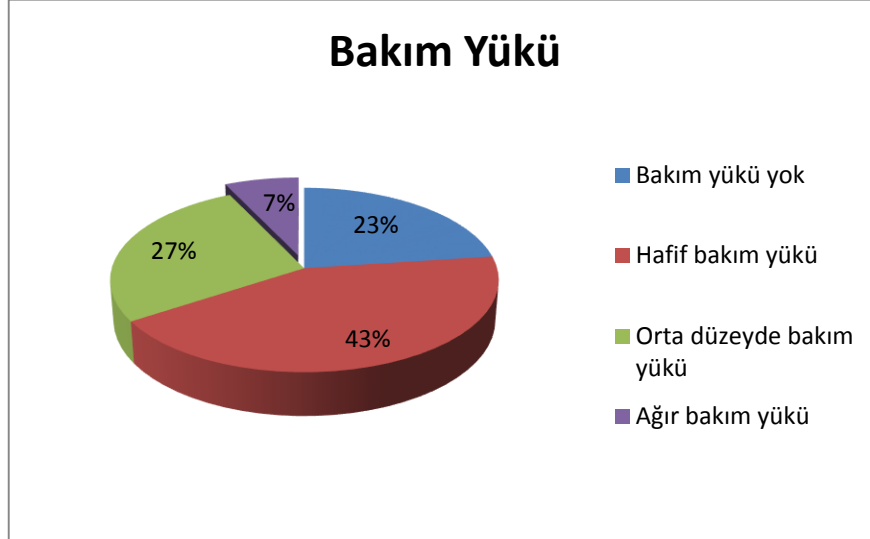
Tablo 8: Katılımcıların bakım yükü, HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete ortalamaları

| | Ortalama | SS |
|------------------|----------|-------|
| Bakım Yükü Skoru | 33,10 | 15,94 |
| HAD-Depresyon | 9,49 | 2,19 |
| HAD-Anksiyete | 9,29 | 2,83 |

Tablo 9: Katılımcıların bakım yükü dağılımları

| | N | % |
|-------------------------|----|-------|
| Bakım yükü yok | 16 | 22,9% |
| Hafif bakım yükü | 30 | 42,9% |
| Orta düzeyde bakım yükü | 19 | 27,1% |
| Ağır bakım yükü | 5 | 7,1% |

Şekil 3: Katılımcıların bakım yükü dağılımları



Katılımcıların toplam bakım yükü ortalamaları 33.10 ± 15.94 olarak tespit edildi (Tablo 8). Katılımcıların 16'sında (%22.9) bakım yükü yokken, 30'unda (%42.9) hafif bakım yükü, 19'unda (%27.1) orta düzeyde bakım yükü, 5'inde ağır bakım yükü (%7.1) vardı (Tablo 9, Şekil 2).

Tablo 10: Katılımcıların HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete skorlarına göre dağılımı

| | n | % | |
|-------|---------------|----|-------|
| HAD-D | Depresyon yok | 14 | 20,0% |
| | Depresyon var | 56 | 80,0% |
| HAD-A | Anksiyete yok | 47 | 67,1% |
| | Anksiyete var | 23 | 32,9% |

Katılımcıların HAD ölçeğine göre HAD-Depresyon skorlarının ortalamaları 9.49 ± 2.19 , HAD-Anksiyete ortalamaları 9.29 ± 2.83 idi. Katılımcıların 14'ünde (%20) depresyon tespit edilmezken, 56'sında (%80) depresyon skoru kesim değerinin üzerindedir. Aynı şekilde HAD ölçeğine göre katılımcıların 47'si (%67.1) anksiyete açısından kesim değerinin altındayken, 23'ünün (%32.9) anksiyete skoru kesim değerinin üzerindedir (Tablo 10).

4.2. İkili Karşılaştırmalar

Tablo 11: Katılımcıların bakım yüklerinin demografik özelliklerine göre karşılaştırılması

| | | Bakım Yükü Skoru | | | | | p |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------|-------|--------|---------------|---------------|-------|
| | | Ortalama | SS | Medyan | 25. Persantil | 75. Persantil | |
| Bakım verenin cinsiyeti | Erkek | 33,95 | 18,32 | 25,00 | 19,00 | 50,00 | 0,979 |
| | Kadın | 32,78 | 15,15 | 31,00 | 21,00 | 44,00 | |
| Bakım verenin eğitim durumu | Okur-yazar değil | 38,67 | 6,81 | 41,00 | 31,00 | 44,00 | 0,672 |
| | İlköğretim | 39,11 | 22,84 | 28,00 | 22,00 | 59,00 | |
| | Lise | 32,33 | 15,72 | 27,50 | 19,00 | 45,00 | |
| | Üniversite/Yüksek Lisans | 31,14 | 13,98 | 26,50 | 23,00 | 41,00 | |
| Bakım verenin işi | Var | 29,50 | 23,33 | 29,50 | 13,00 | 46,00 | 0,554 |
| | Yok | 33,41 | 17,13 | 28,00 | 19,00 | 45,00 | |
| Bakım verenin medeni durumu | Evli | 33,97 | 17,35 | 31,00 | 17,00 | 48,00 | 0,961 |
| | Bekar | 32,41 | 14,93 | 26,00 | 21,00 | 44,00 | |
| Bakım verenin mesleği | Memur, işçi | 29,57 | 16,45 | 25,00 | 15,00 | 47,00 | 0,888 |
| | Emekli | 32,92 | 17,47 | 30,00 | 19,00 | 44,00 | |
| | Ev hanımı | 33,05 | 17,30 | 27,00 | 19,00 | 46,00 | |
| | Diğer | 34,78 | 12,75 | 33,50 | 24,00 | 46,00 | |
| Bakım verenin sosyal güvencesi | Var | 32,30 | 16,46 | 27,00 | 21,00 | 46,00 | 0,425 |
| | Yok | 35,81 | 14,21 | 38,50 | 23,00 | 45,50 | |
| Bakım verenin aylık gelir düzeyi | Düşük gelirli | 38,25 | 15,67 | 36,00 | 24,50 | 51,50 | 0,358 |
| | Orta gelirli | 31,65 | 15,81 | 27,00 | 19,00 | 44,00 | |
| | Yüksek gelirli | 29,50 | 23,33 | 29,50 | 13,00 | 46,00 | |
| Bakım verenin çocuğu | Var | 34,23 | 17,11 | 29,50 | 21,50 | 48,00 | 0,495 |
| | Yok | 31,60 | 14,38 | 26,00 | 21,00 | 44,00 | |
| Bakım verenin kronik rahatsızlığı | Var | 35,41 | 16,05 | 39,00 | 23,00 | 46,00 | 0,267 |
| | Yok | 31,65 | 15,89 | 26,00 | 21,00 | 41,00 | |

Kadınlarda toplam bakım yükü medyan: 31 (25-75. persantiller 19-50) iken erkeklerde medyan: 25 (25-75. persantiller 21-44) olarak tespit edildi ve istatistiksel açıdan anlamlı farklılık yoktu ($p=0.979$). Bakım verenin eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, sosyal güvencesi, aylık gelir düzeyi, çocuğunun olup olmaması ve kronik rahatsızlıkları

açılırlarından değlerlendirildiğinde de gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 11).

Tablo 12: Katılımcıların yaşlıyla olan ilişkileri açısından bakım yüklerinin karşılaştırılması

| | | Bakım Yüğü Skoru | | | | | P |
|---|---------------------------------|------------------|-------|--------|---------------|---------------|--------------|
| | | Ortalama | SS | Medyan | 25. Persantil | 75. Persantil | |
| Yakınlık derecesi | Ebeveyn | 31,73 | 15,86 | 27,00 | 21,00 | 42,00 | 0,465 |
| | Akraba | 39,00 | 18,78 | 44,00 | 24,00 | 50,00 | |
| | Ücretli bakıcı | 27,40 | 13,07 | 25,00 | 15,00 | 41,00 | |
| | Eşi | 39,50 | 17,74 | 38,00 | 27,00 | 49,00 | |
| | Komşusu | 30,43 | 11,33 | 28,00 | 21,00 | 40,00 | |
| Yaşlının ayrı odası | Var | 54,00 | . | 54,00 | 54,00 | 54,00 | 0,817 |
| | Yok | 33,19 | 13,56 | 37,00 | 20,50 | 46,00 | |
| Yaşlıya bakım vermekten memnun musunuz? | Evet | 30,71 | 14,49 | 27,00 | 19,00 | 42,00 | 0,001 |
| | Hayır | 54,57 | 12,53 | 56,00 | 44,00 | 66,00 | |
| Yaşlıya bakım verirken yardım alıyor musunuz? | Evet | 32,05 | 15,24 | 29,00 | 22,00 | 44,00 | 0,389 |
| | Hayır | 34,34 | 16,91 | 28,00 | 21,00 | 48,00 | |
| Yaşlıya bakım verme nedeni | Ailevi sorumluluk/aile bağı | 33,69 | 16,68 | 27,50 | 22,00 | 46,00 | 0,946 |
| | Bakacak başka kimsenin olmaması | 31,50 | 14,15 | 34,50 | 20,50 | 42,50 | |
| | Ekonomik katkısı olduğu için | 32,29 | 11,91 | 38,00 | 21,00 | 41,00 | |
| | Diğer | 29,20 | 17,50 | 25,00 | 15,00 | 46,00 | |

Katılımcılar arasında “Yaşlıya bakım vermekten memnun musunuz?” sorusuna olumlu yanıt verenlerde bakım yükü skorları, olumsuz yanıt verenlerle karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı olarak düşüktü (sırasıyla medyan: 27 (25-75. persantiller 19-42) ve medyan: 56 (25-75. persantiller 44-66), $p=0,001$). Yaşlıyla olan yakınlık derecesi, yaşlının ayrı odasının olup olmaması, bakım verirken yardım alıp almaması ve yaşlıya bakım verme nedenleri açısından incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmedi (sırasıyla $p= 0.465$, $p=0.817$, $p=0.389$, $p=0.946$) (Tablo 12).

Tablo 13: Katılımcıların bakım yüklerinin bakım alan yaşlının demografik özelliklerine göre karşılaştırılması

| | | Bakım Yüğü Skoru | | | | | P |
|---------------------------|--------------------------|------------------|-------|--------|---------------|---------------|-------|
| | | Ortalama | SS | Medyan | 25. Persantil | 75. Persantil | |
| Yaşlının cinsiyeti | Erkek | 37,71 | 12,88 | 34,50 | 27,00 | 46,00 | 0,091 |
| | Kadın | 31,95 | 16,52 | 26,00 | 19,00 | 44,00 | |
| Yaşlının medeni durumu | Evli | 31,85 | 15,69 | 26,00 | 19,00 | 46,00 | 0,608 |
| | Bekar | 33,88 | 16,23 | 36,00 | 21,00 | 44,00 | |
| Yaşlının eğitimi | Okur-yazar değil | 33,69 | 18,34 | 25,50 | 23,00 | 43,00 | 0,554 |
| | İlköğretim | 32,82 | 15,40 | 29,50 | 21,00 | 46,00 | |
| | Lise | 30,00 | 17,58 | 26,00 | 17,00 | 48,00 | |
| | Üniversite/Yüksek Lisans | 40,20 | 8,14 | 40,00 | 38,00 | 46,00 | |
| Yaşlının kronik hastalığı | Var | 32,77 | 15,95 | 27,50 | 21,00 | 46,00 | 0,660 |
| | Yok | 36,67 | 16,94 | 34,00 | 23,00 | 44,00 | |
| Yaşlının sosyal güvencesi | Var | 33,27 | 16,35 | 28,00 | 21,00 | 46,00 | 0,913 |
| | Yok | 30,25 | 6,50 | 29,00 | 25,50 | 35,00 | |
| Yaşlının geliri | Var | 33,54 | 15,94 | 31,50 | 21,00 | 46,00 | 0,654 |
| | Yok | 31,36 | 16,44 | 26,50 | 22,00 | 39,00 | |

Katılımcıların bakım yükleri, yaşlının cinsiyeti ($p=0,091$), medeni durumu ($p=0,608$), eğitim düzeyi ($p=0,554$), kronik hastalığının olup olmaması ($p=0,660$), sosyal güvencesi ($p=0,913$) ve gelirinin bulunup bulunmaması ($p=0,654$) açısından incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmedi (Tablo 13).

Yaşlıların Günlük Yaşa Aktiviteleri arasında banyo yapabilme durumları, bakım verenlerin bakım yükü skorları üzerinde anlamlı etkiye sahipti ($p=0,015$). Aynı şekilde giyinme durumu ($p=0,020$), hareket edebilme durumu ($p=0,022$), inkontinans durumu ($p=0,049$), beslenme durumu ($p=0,010$) açısından tam bağımlı olan yaşlıların bakım verenlerinde bakım yükleri istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksekti. Tuvalet durumuna göre bakım yükleri değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0,369$), ancak tam bağımlı grupta daha yüksek iken (medyan:35 25-75. Persantiller 25-46), yarı bağımlı grupta daha düşük (medyan:35.50 ve 25-75. Persantiller 23-46), bağımsız grupta en düşüktü (medyan 27 ve 25-75. Persantiller 18-44) (Tablo 14).

Tablo 14: Katılımcıların bakım yükü skorlarının yaşının Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) İndeksine göre karşılaştırılması

| | | Bakım Yükü Skoru | | | | | P |
|----------------------------------|--------------|------------------|-------|--------|---------------|---------------|--------------|
| | | Ortalama | SS | Medyan | 25. Persantil | 75. Persantil | |
| Banyo yapabilme durumu | Bağımsız | 25,69 | 19,10 | 19,00 | 14,00 | 26,00 | 0,015 |
| | Yarı bağımlı | 31,06 | 14,25 | 28,00 | 22,00 | 42,00 | |
| | Tam bağımlı | 39,23 | 14,49 | 40,50 | 26,00 | 46,00 | |
| Giyinme durumu | Bağımsız | 26,46 | 16,56 | 23,00 | 14,50 | 36,00 | 0,020 |
| | Yarı bağımlı | 36,59 | 15,20 | 31,00 | 24,00 | 49,00 | |
| | Tam bağımlı | 36,53 | 14,17 | 39,00 | 25,00 | 46,00 | |
| Tuvalet durumu | Bağımsız | 30,70 | 16,94 | 27,00 | 18,00 | 44,00 | 0,369 |
| | Yarı bağımlı | 36,14 | 15,41 | 35,50 | 23,00 | 46,00 | |
| | Tam bağımlı | 35,53 | 14,28 | 38,00 | 25,00 | 46,00 | |
| Hareket edebilme durumu | Bağımsız | 25,16 | 17,64 | 22,00 | 13,00 | 28,00 | 0,022 |
| | Yarı bağımlı | 35,59 | 13,92 | 36,00 | 24,00 | 46,00 | |
| | Tam bağımlı | 37,29 | 15,92 | 40,50 | 25,00 | 46,00 | |
| İnkontinans durumu | Bağımsız | 27,81 | 17,35 | 24,00 | 15,00 | 42,00 | 0,049 |
| | Yarı bağımlı | 36,68 | 14,31 | 36,00 | 25,00 | 46,00 | |
| | Tam bağımlı | 35,75 | 14,57 | 40,50 | 23,00 | 46,00 | |
| Beslenme durumu | Bağımsız | 27,18 | 16,00 | 24,00 | 18,00 | 28,00 | 0,010 |
| | Yarı bağımlı | 39,29 | 12,39 | 39,00 | 32,00 | 44,00 | |
| | Tam bağımlı | 37,19 | 16,44 | 40,50 | 23,00 | 48,00 | |
| Toplam Günlük Yaşam Aktiviteleri | Bağımsız | 20,67 | 18,69 | 15,00 | 11,00 | 19,00 | 0,009 |
| | Yarı Bağımlı | 33,38 | 14,73 | 31,00 | 22,00 | 46,00 | |
| | Tam Bağımlı | 37,68 | 14,87 | 39,50 | 25,00 | 46,00 | |

Toplam günlük yaşam aktiviteleri açısından değerlendirildiğinde tam bağımlı grubun bakım verenlerinin bakım yükleri (medyan: 39.50 ve 25-75. persantiller 25-46), yarı bağımlı grupta daha düşük (medyan 28 ve 25-75. Persantiller 22-42), bağımsız grupta ise en düşüktü (medyan 15 ve 25-75. Persantiller 11-19). Farklılıklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p=0,009$) (Tablo 14).

Bakım verenin yaşı, bakım alan yaşının yaşı, evde yaşayan kişi sayısı, yaşlıya bakım verilen yıl sayısı ve günlük bakım süreleri ile bakım yükü skoru arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon tespit edilmedi (sırasıyla $\rho=0.203$, $p=0.092$; $\rho=-0.091$, $p=0.453$; $\rho=0.043$, $p=0.722$; $\rho=-0.038$, $p=0.756$; $\rho=-0.051$, $p=0.673$) (Tablo 15).

Tablo 15: Bakım Yüğü Skoru ile diğer ölçümsel faktörler arasındaki ilişki

| | | Bakım verenin yaşı | Bakım alan yaşının yaşı | Evde yaşayan kişi sayısı | Yaşlıya bakım verdiği süre (yıl) | Yaşlıya günlük bakım verme süresi (saat) | Günlük Yaşam Aktiviteleri Skoru |
|------------------|-----|--------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------------|--|---------------------------------|
| Bakım Yüğü Skoru | Rho | 0,203 | -0,091 | -0,043 | -0,038 | -0,051 | -0,329 |
| | P | 0,092 | 0,453 | 0,722 | 0,756 | 0,673 | 0,005 |
| | N | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 | 70 |

Bakım yüğü skoru ile günlük yaşam aktiviteleri skoru arasında istatistiksel açıdan anlamlı ancak zayıf bir ters korelasyon tespit edildi ($\rho=-0.329$, $p=0.005$). Yaşının günlük yaşam aktiviteleri skoru yükseldikçe, bakım verenlerin bakım yüğü skoru düşüyordu (Tablo 15).

Tablo 16: Bakım verenlerin demografik özelliklerine göre HAD depresyon ve HAD anksiyete skorlarının karşılaştırılması.

| | | HAD-Depresyon | | | p | HAD-Anksiyete | | | P |
|----------------------------------|---------------------------|---------------|---------------|---------------|-------|---------------|---------------|---------------|-------|
| | | Medyan | 25. Persantil | 75. Persantil | | Medyan | 25. Persantil | 75. Persantil | |
| Bakım verenin cinsiyeti | Erkek | 9,00 | 8,00 | 11,00 | 0,704 | 8,00 | 6,00 | 11,00 | 0,613 |
| | Kadın | 9,00 | 8,00 | 10,00 | | 9,00 | 7,00 | 12,00 | |
| Bakım verenin eğitim durumu | Okur-yazar değil | 10,00 | 9,00 | 13,00 | 0,301 | 12,00 | 7,00 | 17,00 | 0,403 |
| | İlköğretim | 10,00 | 9,00 | 11,00 | | 11,00 | 8,00 | 12,00 | |
| | Lise | 9,00 | 7,00 | 10,00 | | 9,00 | 7,00 | 11,50 | |
| | Üniversite/ Yüksek Lisans | 10,00 | 8,00 | 11,00 | | 8,00 | 7,00 | 10,00 | |
| Bakım verenin medeni durumu | Evli | 10,00 | 8,00 | 11,00 | | 10,00 | 7,00 | 12,00 | |
| | Bekar | 9,00 | 8,00 | 11,00 | | 9,00 | 7,00 | 10,00 | |
| Bakım verenin işi | Var | 9,00 | 7,00 | 11,00 | 0,494 | 12,00 | 10,00 | 14,00 | 0,409 |
| | Yok | 9,00 | 8,00 | 11,00 | | 9,00 | 7,00 | 12,00 | |
| Bakım verenin mesleği | Memur, işçi | 9,00 | 7,00 | 10,00 | 0,697 | 6,00 | 6,00 | 11,00 | 0,309 |
| | Emekli | 9,00 | 8,00 | 10,00 | | 8,50 | 8,00 | 11,00 | |
| | Ev hanımı | 9,00 | 8,00 | 11,00 | | 9,00 | 7,00 | 12,00 | |
| | Diğer | 10,00 | 9,00 | 12,00 | | 9,00 | 8,00 | 12,00 | |
| Bakım verenin aylık gelir düzeyi | Düşük gelirli | 10,00 | 9,00 | 11,00 | 0,546 | 8,00 | 7,00 | 11,50 | 0,225 |
| | Orta gelirli | 9,00 | 8,00 | 10,00 | | 9,00 | 7,50 | 11,50 | |
| | Yüksek gelirli | 9,00 | 7,00 | 11,00 | | 12,00 | 10,00 | 14,00 | |
| Bakım verenin sosyal güvencesi | Var | 9,00 | 8,00 | 10,00 | 0,047 | 9,00 | 7,00 | 11,00 | 0,521 |
| | Yok | 10,00 | 9,00 | 13,00 | | 8,00 | 6,00 | 12,00 | |
| Bakım verenin çocuğu | Var | 9,50 | 8,00 | 11,00 | 0,947 | 9,00 | 7,00 | 12,00 | 0,370 |
| | Yok | 9,00 | 8,00 | 10,00 | | 9,00 | 7,00 | 10,00 | |

Bakım verenler cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, sosyal güvence, aylık gelir düzeyi, çocuk sahibi olup olma durumu veya kronik rahatsızlıklarına göre gruplandırıldıklarında, gruplar arasında HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmedi (sırasıyla $p=0.613$, 0.403 , $p=0.409$, $p=0.309$, $p=0.225$, $p=0.521$, $p=0.370$) (Tablo 16).

Tablo 17: Yaşlıyla olan ilişkilerine göre gruplandırılan katılımcıların HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete skorları açısından karşılaştırılması

| | | HAD-Depresyon | | | HAD-Anksiyete | | | | |
|---|---------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------|---------------|---------------|--------------|
| | | Medyan | 25. Persantil | 75. Persantil | P | Medyan | 25. Persantil | 75. Persantil | P |
| Yakınlık derecesi | Ebeveyn | 9,00 | 8,00 | 10,00 | 0,996 | 9,00 | 7,00 | 11,00 | 0,324 |
| | Akraba | 9,00 | 6,00 | 12,00 | | 9,00 | 8,00 | 12,00 | |
| | Ücretli bakıcı | 10,00 | 9,00 | 10,00 | | 8,00 | 6,00 | 12,00 | |
| | Eşi | 10,00 | 7,00 | 10,00 | | 10,50 | 9,00 | 12,00 | |
| | Komşusu | 9,00 | 9,00 | 11,00 | | 8,00 | 5,00 | 9,00 | |
| Yaşlının ayrı odası | Var | 9,00 | 8,00 | 10,50 | 0,439 | 9,00 | 8,00 | 12,00 | 0,779 |
| | Yok | 10,00 | 9,00 | 10,50 | | 9,00 | 6,50 | 11,50 | |
| Yaşlıya bakım verirken yardım alıyor musunuz? | Evet | 10,00 | 8,00 | 11,00 | 0,628 | 8,00 | 7,00 | 11,00 | 0,156 |
| | Hayır | 9,00 | 8,00 | 10,50 | | 9,00 | 8,00 | 12,00 | |
| Yaşlıya bakım vermektan memnun musunuz? | Evet | 9,00 | 8,00 | 10,00 | 0,165 | 9,00 | 7,00 | 11,00 | 0,029 |
| | Hayır | 12,00 | 7,00 | 13,00 | | 12,00 | 10,00 | 12,00 | |
| Yaşlıya bakım verme nedeni | Ailevi sorumluluk | 10,00 | 8,00 | 11,00 | 0,877 | 9,00 | 7,00 | 12,00 | 0,329 |
| | Bakacak başka kimsenin olmaması | 9,50 | 8,50 | 10,50 | | 10,50 | 9,00 | 11,50 | |
| | Ekonomik katkı için | 9,00 | 9,00 | 11,00 | | 8,00 | 5,00 | 9,00 | |
| | Diğer | 8,00 | 7,00 | 10,00 | | 9,00 | 6,00 | 12,00 | |

Katılımcılar, bakım verdikleri yaşlıyla olan yakınlık derecelerine göre gruplandırıldıklarında HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete skorları açısından anlamlı farklılık izlenmedi (sırasıyla $p=0,996$ ve $p=0,324$). Yaşlının ayrı odasının bulunup bulunmamasının da bu iki skor üzerine etkisi yoktu (sırasıyla $p=0,439$ ve $p=0,779$). Yaşlıya bakım verirken yardım alıp almaması ve bakım verme nedenleri açısından gruplandırıldıklarında, HAD-Depresyon ($p= 0,439$ ve $p=0,877$) ve HAD-Anksiyete ($p=0,156$ ve $p=0,329$) skorlarında gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık izlenmedi. “Yaşlıya bakım vermektan memnun musunuz” sorusunda “evet” ya da

“hayır” diyenler arasında HAD depresyon skorları benzerdi ($p=0,160$). Ancak HAD-Anksiyete skorları bu soruya “hayır” yanıtı verenlerde, (medyan:12, 25-75. Persantiller 10-12), “evet” diyenlere (medyan:9, 25-75. Persantiller 7-11) kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksekti ($p=0,029$) (Tablo 17).

Tablo 18: Bakım verilen yaşlının demografik özelliklerine göre katılımcıların HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete skorları açısından karşılaştırılması

| | | HAD-Depresyon | | | | HAD-Anksiyete | | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------|---------------|---------------|-------|---------------|---------------|---------------|-------|
| | | Medyan | 25. Persantil | 75. Persantil | P | Medyan | 25. Persantil | 75. Persantil | P |
| Yaşlının cinsiyeti | Erkek | 9,50 | 8,00 | 10,00 | 0,726 | 9,00 | 7,00 | 11,00 | 0,756 |
| | Kadın | 9,00 | 8,00 | 11,00 | | 9,00 | 7,00 | 12,00 | |
| Yaşlının medeni durumu | Evli | 10,00 | 9,00 | 11,00 | 0,056 | 8,00 | 7,00 | 12,00 | 0,508 |
| | Bekar | 9,00 | 7,00 | 10,00 | | 9,00 | 8,00 | 11,00 | |
| Yaşlının eğitimi | Okur-yazar değil | 10,00 | 9,00 | 11,50 | 0,110 | 8,50 | 7,00 | 9,50 | 0,785 |
| | İlköğretim | 9,50 | 8,00 | 10,00 | | 9,00 | 7,00 | 12,00 | |
| | Lise | 8,00 | 7,00 | 10,00 | | 9,00 | 8,00 | 11,00 | |
| | Üniversite/ Yüksek Lisans | 10,00 | 9,00 | 12,00 | | 9,00 | 8,00 | 11,00 | |
| Yaşlının kronik hastalığı | Var | 9,00 | 8,00 | 11,00 | 0,601 | 9,00 | 7,00 | 12,00 | 0,630 |
| | Yok | 9,00 | 7,00 | 10,00 | | 8,50 | 8,00 | 10,00 | |
| Yaşlının sosyal güvencesi | Var | 9,00 | 8,00 | 10,00 | 0,038 | 9,00 | 7,00 | 12,00 | 0,240 |
| | Yok | 11,00 | 10,50 | 12,00 | | 7,00 | 7,00 | 8,50 | |
| Yaşlının geliri | Var | 9,00 | 8,00 | 10,00 | 0,034 | 9,00 | 7,50 | 12,00 | 0,162 |
| | Yok | 10,00 | 9,00 | 12,00 | | 8,00 | 7,00 | 10,00 | |

Bakım verdikleri yaşlının cinsiyeti, medeni durumu, kronik hastalığının olup olmamasına göre gruplandırılan katılımcıların HAD depresyon ve HAD-Anksiyete skorlarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (HAD-Depresyon için sırasıyla $p=0.726$, $p=0.056$, $p=0.110$, $p=0.601$ ve HAD-Anksiyete için sırasıyla $p=0.756$, $p=0.508$, $p=0.785$ ve $p=0.630$). Yaşlının sosyal güvencesinin veya yaşlının gelirinin olup olmaması HAD-Anksiyete skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermese de (sırasıyla $p=0.240$ ve $p=0.60$), depresyon skorları üzerine etkiliydi. Sosyal güvencesi olan yaşlıların bakım verenlerinde HAD-Depresyon değerleri için medyan: 9 (25-75. Persantiller 8-10) iken, sosyal güvencesi olmayanlarda medyan: 11 (25-75. Persantiller 9-12) idi. Aynı şekilde geliri olan yaşlıların bakım

verenlerinde HAD-Depresyon skorları medyan 9 (25-75. Persantiller 8-10) iken, geliri olmayanlarda medyan: 10 (25-75. Persantiller 9-12) olarak tespit edildi (Tablo 18).

Tablo 19: Bakım verilen yaşlının Günlük Yaşam Aktivitelerine göre gruplandırılan katılımcıların HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete skorlarının karşılaştırılması

| | | HAD-Depresyon | | | | HAD-Anksiyete | | | |
|--|--------------|---------------|---------------|---------------|-------|---------------|---------------|---------------|-------|
| | | Medyan | 25. Persantil | 75. Persantil | P | Medyan | 25. Persantil | 75. Persantil | P |
| Banyo yapabilme durumu | Bağımsız | 9,00 | 8,00 | 10,00 | 0,431 | 9,00 | 8,00 | 12,00 | 0,940 |
| | Yarı bağımlı | 9,00 | 8,00 | 11,00 | | 9,00 | 7,00 | 11,00 | |
| | Tam bağımlı | 10,00 | 9,00 | 11,00 | | 8,50 | 7,00 | 12,00 | |
| Giyinme durumu | Bağımsız | 9,00 | 8,00 | 10,00 | 0,360 | 9,00 | 7,00 | 11,50 | 0,492 |
| | Yarı bağımlı | 10,00 | 7,00 | 11,00 | | 9,00 | 8,00 | 12,00 | |
| | Tam bağımlı | 10,00 | 9,00 | 11,00 | | 8,00 | 6,00 | 12,00 | |
| Tuvalet durumu | Bağımsız | 9,00 | 8,00 | 10,00 | 0,070 | 9,00 | 8,00 | 12,00 | 0,245 |
| | Yarı bağımlı | 10,00 | 9,00 | 11,00 | | 8,00 | 8,00 | 10,00 | |
| | Tam bağımlı | 10,00 | 9,00 | 11,00 | | 8,00 | 6,00 | 12,00 | |
| Hareket edebilme durumu | Bağımsız | 9,00 | 7,00 | 9,00 | 0,084 | 9,00 | 7,00 | 11,00 | 0,900 |
| | Yarı bağımlı | 10,00 | 8,00 | 11,00 | | 9,00 | 7,00 | 11,00 | |
| | Tam bağımlı | 10,00 | 9,00 | 10,00 | | 8,50 | 6,00 | 12,00 | |
| İnkontinans | Bağımsız | 9,00 | 8,00 | 10,00 | 0,454 | 9,00 | 7,00 | 12,00 | 0,900 |
| | Yarı bağımlı | 10,00 | 8,00 | 11,00 | | 9,00 | 7,00 | 11,00 | |
| | Tam bağımlı | 9,50 | 8,00 | 11,00 | | 8,50 | 6,50 | 12,50 | |
| Beslenme durumu | Bağımsız | 9,00 | 8,00 | 10,00 | 0,228 | 9,00 | 7,00 | 11,00 | 0,490 |
| | Yarı bağımlı | 10,00 | 8,00 | 11,00 | | 10,00 | 8,00 | 12,00 | |
| | Tam bağımlı | 10,00 | 9,00 | 12,50 | | 8,00 | 6,00 | 12,00 | |
| Toplam Günlük Yaşam Aktiviteleri Skoru | Bağımsız | 9,00 | 8,00 | 9,00 | 0,333 | 9,00 | 6,00 | 9,00 | 0,280 |
| | Yarı Bağımlı | 9,00 | 8,00 | 10,00 | | 9,00 | 8,00 | 12,00 | |
| | Tam Bağımlı | 10,00 | 9,00 | 11,00 | | 8,00 | 6,00 | 10,00 | |

Banyo yapabilme durumu, giyinme durumu, tuvalet durumu, hareket edebilme durumu, inkontinans ve beslenme durumu açısından bağımsız, yarı bağımlı ve tam bağımlı olarak gruplandırılan yaşlıların bakım verenlerinde HAD-Anksiyete (sırasıyla p=0.431, p=0.360, p=0.070, p=0.084, p=0.454, p=0.228 ve p=0.333) ve HAD-depresyon

(sırasıyla $p=0.940$, $p=0.490$, $p=0.245$, 0.245 , $p=0.900$, $p=0.490$ ve $p=0.280$) skorları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi (Tablo 19).

Toplam Günlük Yaşam Aktiviteleri Skoru açısından bağımsız, yarı bağımlı ve tam bağımlı olan yaşlıların bakım verenlerinde de HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon skorlarında anlamlı farklılık izlenmedi (sırasıyla $p=0.333$ ve $p=0.280$) (Tablo 19).

Tablo 20: Katılımcıların bakım yükü skoru ile HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon skorları arasındaki ilişki

| | | HAD-Depresyon | HAD-Anksiyete |
|------------------|-----|---------------|------------------|
| Bakım Yükü Skoru | Rho | 0,225 | 0,471 |
| | P | 0,062 | <0,001 |
| | N | 70 | 70 |

Katılımcıların bakım yükü skorları ile HAD-Depresyon skorları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($\rho=0.225$, $p=0.062$). Ancak HAD-Anksiyete skorları ile bakım yükü skorları orta düzeyde korelasyon gösteren anlamlı bir ilişki vardı ($\rho=0.471$, $p<0.001$) (Tablo 20).

Bakım yüklerine göre bakım yükü yok, hafif bakım yükü, orta bakım yükü ve ağır bakım yükü olarak gruplandırılan katılımcılar, başa çıkma biçimlerine göre değerlendirildi. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma açısından bakım yükü olmayanlarda medyan: 11 (25.75 persantiller 8,5-12,5), hafif bakım yük olanlarda medyan 12 (25-75 persantiller 10-13) orta ve ağır bakım yükü olanlarda ise medyan 13 (25-75 persantiller 11-15) olarak tespit edildi. Fark istatistiksel açıdan anlamlıydı ($p=0.017$). Diğer başa çıkma biçimleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 21).

Tablo 21: Bakım yükü derecesine göre gruplandırılan katılımcıların başa çıkma biçimlerinin karşılaştırılması

| | Bakım Yükü Medyan (25-75. Persantiller) | | | | P |
|--|--|-------------------------------|--|--------------------------------|--------------|
| | Bakım Yükü Yok (n=16) | Hafif Bakım Yükü (n=30) | Orta Düzeyle Bakım Yükü (n=19) | Ağır Bakım Yükü (n=4) | |
| Problem odaklı başa çıkma biçimleri | | | | | |
| Aktif başa çıkma | 15 (13,5-15) | 14 (12-15) | 14 (12-15) | 15 (14-15) | 0,538 |
| Plan yapma | 14 (12,5-15,5) | 13 (10-15) | 12 (11-14) | 14 (11-15) | 0,281 |
| Geri durma | 10,5 (8,5-12,5) | 10 (8,5-12) | 9 (8-11) | 8 (8-11) | 0,519 |
| Yararlı sosyal destek kullanımı | 13 (11,5-14) | 13 (11-14) | 12,5 (11-14) | 13 (12-14) | 0,977 |
| Diğer meşguliyetleri bastırma | 12 (10,5-14,5) | 11 (10-13) | 11 (10-13) | 13 (11-14) | 0,425 |
| Duygusal odaklı başa çıkma biçimleri | | | | | |
| Kabullenme | 14 (11,5-15) | 10 (9-13) | 12 (10-14) | 12 (10-13) | 0,065 |
| Şakaya vurma-Mizah | 6 (4,5-9) | 7 (4-10) | 6 (5-9) | 4 (4-5) | 0,66 |
| Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme | 14,5 (12,5-16) | 14 (12-15) | 14 (12-15) | 15 (14-15) | 0,346 |
| Dini olarak başa çıkma | 11 (8,5-15,5) | 14 (10,5-16) | 13 (8-16) | 12 (11-13) | 0,627 |
| Duygusal sosyal destek kullanımı | 11,5 (9,5-13,5) | 13 (9-14) | 12 (11-14) | 13 (11-14) | 0,933 |
| İşlevsel olmayan başa çıkma biçimleri | | | | | |
| Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma | 11 (8,5-12,5) | 12 (10-13) | 13 (11-15) | 13 (13-15) | 0,017 |
| İnkâr | 7 (5-8,5) | 5,5 (4-9) | 7 (4-8) | 4 (4-5) | 0,404 |
| Davranışsal olarak ilişki kesme | 6 (4,5-8,5) | 7 (4-8) | 6 (4-10) | 6 (4-7) | 0,89 |
| Zihinsel boş verme | 10 (8-11) | 8,5 (7-11,5) | 9 (8-12) | 11 (8-11) | 0,72 |
| Madde kullanımı | 4 (4-4) | 4 (4-5) | 4 (4-6) | 4 (4-4) | 0,395 |

Tablo 22: HAD-Depresyon varlığına veya yokluğuna göre sınıflandırılan katılımcıların başa çıkma biçimlerinin karşılaştırılması

| | HAD-Depresyon | | | | | | P |
|--|---------------|---------------|---------------|------------|---------------|---------------|-------|
| | Var (n=14) | | | Yok (n=56) | | | |
| | Medyan | 25. Persantil | 75. Persantil | Medyan | 25. Persantil | 75. Persantil | |
| Problem odaklı başa çıkma biçimleri | | | | | | | |
| Aktif başa çıkma | 15 | 14 | 16 | 14 | 12 | 15 | 0,084 |
| Plan yapma | 13 | 12 | 16 | 13 | 11 | 14 | 0,259 |
| Geri durma | 10,5 | 9 | 13 | 10 | 8 | 12 | 0,435 |
| Yararlı sosyal destek kullanımı | 13 | 11 | 14 | 13 | 11 | 14 | 0,661 |
| Diğer meşguliyetleri bastırma | 11,5 | 10 | 13 | 11 | 10 | 13 | 0,111 |
| Duygusal odaklı başa çıkma biçimleri | | | | | | | |
| Kabullenme | 11,5 | 9 | 14 | 12 | 10 | 14 | 0,961 |
| Şakaya vurma-Mizah | 6,5 | 4 | 8 | 6 | 4 | 9 | 0,792 |
| Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme | 15 | 13 | 16 | 14 | 12 | 15 | 0,246 |
| Dini olarak başa çıkma | 11,5 | 9 | 16 | 13 | 9 | 16 | 0,348 |
| Duygusal sosyal destek kullanımı | 13,5 | 9 | 14 | 12 | 10 | 13 | 0,509 |
| İşlevsel olmayan başa çıkma biçimleri | | | | | | | |
| Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma | 12 | 10 | 15 | 12 | 10 | 13 | 0,403 |
| İnkâr | 4,5 | 4 | 8 | 6 | 4 | 8 | 0,361 |
| Davranışsal olarak ilişki kesme | 6 | 4 | 8 | 6 | 4 | 9 | 0,468 |
| Zihinsel boş verme | 10 | 7 | 11 | 9 | 8 | 12 | 0,133 |
| Madde kullanımı | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 6 | 0,438 |

HAD ölçeğine göre depresyon var veya depresyon yok şeklinde gruplandırılan katılımcılar başa çıkma biçimleri açısından karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermedi ($p>0.05$) (Tablo 22).

HAD ölçeğinde göre anksiyete tespit edilen katılımcıların zihinsel boş verme (medyan 10; 25 ve 75. Persantiller 8-13) ve soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma (medyan 13; 25 ve 75. Persantiller 11-14) başa çıkma biçimleri, anksiyete tespit edilmeyen katılımcılara göre ((medyan 9; 25 ve 75. Persantiller 9-7 ve medyan 12; 25 ve 75. Persantiller 9-13) anlamlı olarak daha yüksekti ($p=0.044$ ve 0.011). Diğer başa çıkma biçimleri her iki grup arasında anlamlı farklılık göstermedi ($p>0.05$) (Tablo 23).

Tablo 23: HAD-Anksiyete varlığına veya yokluğuna göre sınıflandırılan katılımcıların başa çıkma biçimlerinin karşılaştırılması

| | HAD-Anksiyete | | | | | | P |
|--|---------------|---------------|---------------|------------|---------------|---------------|--------------|
| | Var (n=47) | | | Yok (n=23) | | | |
| | Medyan | 25. Persantil | 75. Persantil | Medyan | 25. Persantil | 75. Persantil | |
| Problem odaklı başa çıkma biçimleri | | | | | | | |
| Aktif başa çıkma | 14 | 12 | 15 | 14 | 13 | 15 | 0,366 |
| Plan yapma | 13 | 11 | 15 | 13 | 12 | 14 | 0,474 |
| Geri durma | 10 | 8 | 12 | 10 | 8 | 13 | 0,963 |
| Yararlı sosyal destek kullanımı | 13 | 12 | 14 | 12 | 10 | 13 | 0,064 |
| Diğer meşguliyetleri bastırma | 11 | 10 | 13 | 12 | 10 | 13 | 0,301 |
| Duygusal odaklı başa çıkma biçimleri | | | | | | | |
| Kabullenme | 11 | 9 | 14 | 13 | 11 | 14 | 0,316 |
| Şakaya vurma-Mizah | 6 | 4 | 10 | 7 | 5 | 9 | 0,769 |
| Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme | 14 | 14 | 13 | 14 | 12 | 15 | 0,854 |
| Dini olarak başa çıkma | 13 | 9 | 16 | 13 | 8 | 15 | 0,239 |
| Duygusal sosyal destek kullanımı | 12 | 10 | 13 | 12 | 11 | 14 | 0,559 |
| İşlevsel olmayan başa çıkma biçimleri | | | | | | | |
| Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma | 12 | 9 | 13 | 13 | 11 | 14 | 0,011 |
| İnkâr | 6 | 4 | 8 | 7 | 4 | 8 | 0,72 |
| Davranışsal olarak ilişki kesme | 6 | 4 | 8 | 6 | 5 | 9 | 0,333 |
| Zihinsel boş verme | 9 | 9 | 7 | 10 | 8 | 13 | 0,044 |
| Madde kullanımı | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 5 | 0,633 |

Katılımcıların bakım yükleri ile başa çıkma biçimleri arasındaki ilişki incelendiğinde soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ile bakım yükü arasında zayıf fakat anlamlı bir ilişki tespit edildi ($\rho= 0.383$, $p=0.001$). Diğer başa çıkma biçimleri ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi ($p>0.05$) (Tablo 24).

Tablo 24: Katılımcıların başa çıkma biçimleri ile bakım yükü skorları arasındaki ilişki

| | Bakım Yükü Skoru | | |
|--|------------------|--------------|----|
| | Rho | P | N |
| Problem odaklı başa çıkma biçimleri | | | |
| Aktif başa çıkma | -0,05 | 0,684 | 68 |
| Plan yapma | -0,199 | 0,102 | 69 |
| Geri durma | -0,134 | 0,275 | 68 |
| Yararlı sosyal destek kullanımı | -0,022 | 0,861 | 68 |
| Diğer meşguliyetleri bastırma | -0,018 | 0,887 | 68 |
| Duygusal odaklı başa çıkma biçimleri | | | |
| Kabullenme | -0,116 | 0,352 | 67 |
| Şakaya vurma-Mizah | -0,012 | 0,92 | 69 |
| Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme | -0,061 | 0,616 | 70 |
| Dini olarak başa çıkma | -0,039 | 0,75 | 68 |
| Duygusal sosyal destek kullanımı | 0,051 | 0,672 | 70 |
| İşlevsel olmayan başa çıkma biçimleri | | | |
| Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma | 0,383 | 0,001 | 70 |
| İnkâr | -0,073 | 0,546 | 70 |
| Davranışsal olarak ilişki kesme | -0,059 | 0,628 | 69 |
| Zihinsel boş verme | 0,027 | 0,827 | 68 |
| Madde kullanımı | 0,04 | 0,741 | 69 |

Tablo 25: Başa çıkma biçimleri ile HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete skorları arasındaki ilişki

| | HAD-Depresyon | | | HAD-Anksiyete | | |
|---|---------------|--------------|----|---------------|-------|----|
| | Rho | P | N | Rho | P | N |
| Problem odaklı başa çıkma biçimleri | | | | | | |
| Aktif başa çıkma | -0,187 | 0,127 | 68 | 0,046 | 0,713 | 68 |
| Plan yapma | -0,258 | 0,032 | 69 | 0,036 | 0,769 | 69 |
| Geri durma | -0,281 | 0,02 | 68 | 0,037 | 0,763 | 68 |
| Yararlı sosyal destek kullanımı | -0,187 | 0,127 | 68 | -0,026 | 0,831 | 68 |
| Diğer meşguliyetleri bastırma | -0,192 | 0,117 | 68 | 0,173 | 0,157 | 68 |
| Duygusal odaklı başa çıkma biçimleri | | | | | | |
| Kabullenme | -0,073 | 0,558 | 67 | 0,154 | 0,214 | 67 |

| | | | | | | |
|--|--------|-------|----|--------|-------|----|
| Şakaya vurma-Mizah | -0,036 | 0,766 | 69 | 0,04 | 0,744 | 69 |
| Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme | -0,158 | 0,192 | 70 | 0,054 | 0,658 | 70 |
| Dini olarak başa çıkma | 0,104 | 0,398 | 68 | -0,119 | 0,334 | 68 |
| Duygusal sosyal destek kullanımı | -0,281 | 0,019 | 70 | 0,128 | 0,292 | 70 |
| İşlevsel olmayan başa çıkma biçimleri | | | | | | |
| Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma | -0,052 | 0,668 | 70 | 0,383 | 0,001 | 70 |
| İnkâr | 0,191 | 0,113 | 70 | 0,109 | 0,368 | 70 |
| Davranışsal olarak ilişki kesme | 0,013 | 0,915 | 69 | 0,165 | 0,175 | 69 |
| Zihinsel boş verme | 0,085 | 0,492 | 68 | 0,233 | 0,056 | 68 |
| Madde kullanımı | -0,023 | 0,854 | 69 | 0,129 | 0,29 | 69 |

Katılımcıların başa çıkma biçimlerinden geri durma, duygusal destek kullanımı ve plan yapma ile HAD-Depresyon skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı fakat zayıf negatif ilişki tespit edildi (sırasıyla $\rho = -0,281$, $p = 0,020$, $\rho = -0,281$, $p = 0,019$ ve $\rho = -0,258$, $p = 0,032$). Diğer başa çıkma biçimleri ile HAD- Depresyon skorları arasında anlamlı bir ilişki yoktu ($p > 0,05$) (Tablo 25).

Başta çıkma biçimlerinden soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ile HAD-Anksiyete skorları arasında zayıf ancak anlamlı bir ilişki tespit edildi ($\rho = 0,383$, $p = 0,001$) (Tablo 25).

4.3.Çok Değişkenli Analizler

Tablo 26: Bakım verenlerin ve bakım alan yaşlıların demografik özelliklerinin ve yaşlı ile ilişkilerinin bakım yükü üzerine etkileri

| | B katsayısı | Std Hata | p | Odds Oranı | B katsayısı için %95 Güven Aralığı | |
|--|-------------|----------|--------------|------------|------------------------------------|--------|
| | | | | | En az | En çok |
| Bakım verenin kronik rahatsızlığı | 1,548 | 0,705 | 0,028 | 4,702 | 1,180 | 18,741 |
| Bakım verenin memnuniyeti | -2,712 | 1,186 | 0,022 | 0,066 | 0,006 | 0,679 |
| Yaşlıya bakım verdiği süre (yıl) | -0,100 | 0,065 | 0,123 | 0,904 | 0,796 | 1,027 |
| Yaşlının günlük yaşam aktiviteleri skoru | -0,157 | 0,074 | 0,033 | 1,170 | 1,013 | 1,351 |

Modelde bakım verenin demografik özellikleri (eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, sosyal güvencesi, aylık gelir düzeyi, çocuk sayısı ve kronik rahatsızlığı olup olmaması), yaşlının demografik özellikleri (yaşı, cinsiyet, medeni durumu, sosyal

güvencesi, aylık gelirinin olup olamaması) ve bakım veren ile yaşlı arasındaki ilişki (yaşlıyla olan yakınlık derecesi, yaşlının ayrı odasının olup olmaması, bakım verirken yardım alıp almaması, yaşlıya bakım verme nedenleri, bakım verdiği süre) dahil edildi. Binary logistic Backwards Elimination yöntemi kullanıldı ve 12 adımda bağımsız değişkenler test edildi. Analizlerde bakım verenlerin kronik rahatsızlığının olması 1.5 katsayı ile ($p=0.028$), bakım verenin memnuniyetinin -2.712 katsayı ile ($p=0.022$) ve yaşlının günlük yaşam aktivitelerinin -0,157 katsayı ile ($p=0.033$) bakım yükü üzerine etkili olduğu tespit edildi (Tablo 26).

Tablo 27: Bakım verenlerin ve bakım alan yaşlıların demografik özellikleri ve yaşlı ile ilişkilerinin HAD-Depresyon üzerine etkileri

| | B katsayısı | Std Hata | p | Odds Oranı | B katsayısı için %95 Güven Aralığı | |
|----------------------------|-------------|----------|-------|------------|------------------------------------|--------|
| | | | | | En az | En çok |
| Bakım verenin aylık geliri | 1,084 | 0,550 | 0,459 | 2,957 | 0,168 | 51,981 |
| Yaşlının tanısı | 0,755 | 0,618 | 0,432 | 2,127 | 0,324 | 13,976 |
| Yaşlının geliri | -1,130 | 1,022 | 0,312 | 0,323 | 0,036 | 2,890 |

Modelde bakım verenin demografik özellikleri (eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, sosyal güvencesi, aylık gelir düzeyi, çocuk sayısı ve kronik rahatsızlığı olup olmaması), yaşlının demografik özellikleri (yaşı, cinsiyet, medeni durumu, sosyal güvencesi, aylık gelirinin olup olamaması) ve bakım veren ile yaşlı arasındaki ilişki (yaşlıyla olan yakınlık derecesi, yaşlının ayrı odasının olup olmaması, bakım verirken yardım alıp almaması, yaşlıya bakım verme nedenleri, bakım verdiği süre) dahil edildi. Analizlerde bakım verenlerin ve bakım alan yaşlıların demografik özelliklerinin ve yaşlı ile ilişkilerinin HAD-depresyon üzerine etkileri olmadığı tespit edildi ($p>0.05$) (Tablo 27).

Tablo 28: Bakım verenlerin ve bakım alan yaşlıların demografik özellikleri ve yaşlı ile ilişkilerinin HAD-Anksiyete üzerine etkileri

| | B katsayısı | Std Hata | p | Odds Oranı | B katsayısı için %95 Güven Aralığı | |
|--------------------------------|-------------|-----------|--------------|------------|------------------------------------|--------|
| | | | | | En az | En çok |
| Bakım veren kronik rahatsızlık | 1,338 | 0,647 | 0,039 | 3,813 | 1,073 | 13,556 |
| Yaşlıya baktığı süre | 0,042 | 0,052 | 0,423 | 1,043 | 0,941 | 1,155 |
| Günlük bakım verme süresi | -0,030 | 0,036 | 0,405 | 0,970 | 0,903 | 1,042 |
| Yaşlının cinsiyeti | -0,465 | 0,798 | 0,560 | 0,628 | 0,132 | 2,998 |
| Yaşlının sosyal güvencesi | 20,820 | 18930,749 | 0,999 | 110,544 | 0,000 | |

Tablo 29: HAD Depresyon skoru üzerine başa çıkma biçimleri ve bakım yükünün etkileri

| | B katsayısı | Std Hata | P | Odds Oranı | B katsayısı için %95 Güven Aralığı | |
|---|-------------|----------|-------|------------|------------------------------------|--------|
| | | | | | En az | En çok |
| Aktif başa çıkma | -0,352 | 0,316 | 0,265 | 0,703 | 0,379 | 1,306 |
| Plan yapma | -0,258 | 0,241 | 0,284 | 0,773 | 0,482 | 1,239 |
| Geri durma | -0,385 | 0,215 | 0,073 | 0,68 | 0,447 | 1,036 |
| Yararlı sosyal destek kullanımı | 0,322 | 0,215 | 0,134 | 1,38 | 0,906 | 2,101 |
| Diğer meşguliyetleri bastırma | 0,362 | 0,243 | 0,136 | 1,437 | 0,893 | 2,312 |
| Kabullenme | 0,259 | 0,182 | 0,156 | 1,295 | 0,906 | 1,851 |
| Şakaya vurma-Mizah | 0,005 | 0,131 | 0,972 | 1,005 | 0,777 | 1,298 |
| Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme | -0,414 | 0,276 | 0,135 | 0,661 | 0,385 | 1,137 |
| Dini olarak başa çıkma | 0,021 | 0,097 | 0,827 | 1,021 | 0,845 | 1,234 |
| Duygusal sosyal destek kullanımı | -0,009 | 0,203 | 0,966 | 0,991 | 0,667 | 1,475 |
| Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma | -0,247 | 0,212 | 0,243 | 0,781 | 0,515 | 1,183 |
| İnkâr | -0,049 | 0,189 | 0,73 | 1,068 | 0,736 | 1,548 |
| Davranışsal olarak ilişki kesme | -0,047 | 0,194 | 0,808 | 0,954 | 0,653 | 1,394 |
| Zihinsel boş verme | 0,189 | 0,181 | 0,298 | 1,208 | 0,847 | 1,724 |
| Madde kullanımı | 0,106 | 0,166 | 0,522 | 1,112 | 0,803 | 1,54 |
| Toplam bakım yükü | 0,009 | 0,025 | 0,737 | 1,009 | 0,960 | 1,060 |

Modelde bakım verenin demografik özellikleri (eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, sosyal güvencesi, aylık gelir düzeyi, çocuk sayısı ve kronik rahatsızlığı olup olmaması), yaşlının demografik özellikleri (yaşı, cinsiyet, medeni durumu, sosyal güvencesi, aylık gelirinin olup olmaması) ve bakım veren ile yaşlı arasındaki ilişki (yaşlıyla olan yakınlık derecesi, yaşlının ayrı odasının olup olmaması, bakım verirken yardım alıp almaması, yaşlıya bakım verme nedenleri, bakım verdiği süre) dahil edildi.

Bakım verenin kronik rahatsızlığının bulunmasının HAD-Anksiyete skoruna 1.338 katsayı ile etki ettiği izlendi (p=0.039) (Tablo 28).

Modelde, katılımcıların HAD-Depresyon skoru üzerine başa çıkma biçimleri ve bakım yüklerinin etkisi incelendi. Başa çıkma biçimleri ve bakım yükünün HAD-Depresyon skorları üzerine istatistiksel açıdan anlamlı bir katkısı olmadığı izlendi (p>0.05) (Tablo 29).

Tablo 30: HAD Anksiyete toplam skoru üzerine başa çıkma biçimleri ve bakım yükünün etkileri

| | B katsayısı | Std Hata | P | Odds Oranı | B katsayısı için %95 Güven Aralığı | |
|---|-------------|----------|--------------|------------|------------------------------------|--------|
| | | | | | En az | En çok |
| Aktif başa çıkma | -0,287 | 0,333 | 0,389 | 0,75 | 0,39 | 1,443 |
| Plan yapma | 0,105 | 0,201 | 0,602 | 1,11 | 0,749 | 1,645 |
| Geri durma | 0,187 | 0,21 | 0,375 | 1,205 | 0,798 | 1,82 |
| Yararlı sosyal destek kullanımı | -0,554 | 0,239 | 0,02 | 0,574 | 0,359 | 0,918 |
| Diğer meşguliyetleri bastırma | 0,256 | 0,265 | 0,334 | 1,291 | 0,769 | 2,17 |
| Kabullenme | 0,221 | 0,188 | 0,239 | 1,248 | 0,863 | 1,804 |
| Şakaya vurma-Mizah | -0,069 | 0,137 | 0,611 | 0,933 | 0,714 | 1,219 |
| Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme | 0,054 | 0,32 | 0,865 | 1,056 | 0,564 | 1,975 |
| Dini olarak başa çıkma | -0,056 | 0,111 | 0,615 | 0,946 | 0,761 | 1,175 |
| Duygusal sosyal destek kullanımı | 0,155 | 0,213 | 0,466 | 1,168 | 0,77 | 1,772 |
| Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma | 0,057 | 0,256 | 0,823 | 1,059 | 0,642 | 1,748 |
| İnkâr | 0,049 | 0,21 | 0,816 | 0,952 | 0,631 | 1,438 |
| Davranışsal olarak ilişki kesme | -0,176 | 0,204 | 0,388 | 0,839 | 0,562 | 1,251 |
| Zihinsel boş verme | 0,212 | 0,198 | 0,285 | 1,236 | 0,838 | 1,823 |
| Madde kullanımı | -0,118 | 0,145 | 0,414 | 0,888 | 0,669 | 1,18 |
| Toplam bakım yükü | 0,103 | 0,035 | 0,003 | 1,109 | 1,036 | 1,187 |

Modelde, katılımcıların HAD-Anksiyete skoru üzerine başa çıkma biçimleri ve bakım yüklerinin etkisi incelendi. Başa çıkma biçimleri arasında yararlı sosyal destek kullanımı HAD-Anksiyete skorları üzerine etkiliydi (p=0,020, Odds oranı: 0.574 %95 GA: 0.359-0.918). Yararlı sosyal destek kullanımının -0.554 katsayı ile HAD-anksiyete puanlarını düşürüyordu.

Toplam bakım yükündeki her bir birimlik artış, HAD-Anksiyete puanlarını da 0.103 katsayı ile artırıyordu (p=0.003, Odds oranı: 1.109, %95 GA:1.036-1.187) (Tablo 30).

5. TARTIŞMA

Çalışmaya 70 bakım veren dahil edildi. Katılımcıların yaş ortalamaları 53.2 ± 12.7 idi ve bu ortalama diğer çalışmalardaki yaş ortalamalarına benzerdi (Işık 2013). ABD’de yapılan çalışmalarda da bakım verenlerin ortalama yaşlarının 48.0 olduğu ifade edilmektedir (Hunt G. G. 2015). Bakım verenlerin %72.9’unu kadınlar oluşturuyordu. Yapılan tüm çalışmalarda aynı şekilde bakım verenler arasında kadınlar çoğunluğu oluşturmaktaydı (Akça 2005; Işık 2013). ABD’de yapılan çalışmalarda da 2009 yılı verilerine göre bakım verenlerin %66’sını kadınların oluşturduğu bildirilmektedir (Hunt 2015).

Katılımcıların arasında evli olanlar %44.3’lük bir bölümü oluştururken, bekar, dul veya boşanmış olanlar ise %55.7 oranındaydı. ABD’de yapılan çalışmalarda gene 2009 yılı verilerine göre evli olan bakım veren oranı %58 idi. ABD’de bakım verenlerin %43’ü üniversiteyi, %29’u liseyi bitirmişti. Çalışmamıza katılanların %51.4’ü lise mezunu, %22’si üniversite mezunu idi. İlkokul mezunu olanlar %12.9 iken, okuma yazma bilmeyen katılımcı oranı %4.3 idi. Bu oranlara göre, katılımcıların eğitim düzeyleri Türkiye’de yapılan diğer çalışmalara kıyasla daha yüksek iken, ABD’deki bakım verenlere kıyasla daha düşüktü (Akça 2005; Babayiğit 2009; Işık 2013; Hunt 2015).

Katılımcıların %37.1’i çalışıyordu, %62.9’u ise emekli, ev hanımı veya işsizdi. Bu nedenle katılımcıların büyük bir bölümü zamanının çoğunu evde yaşlıyla birlikte geçiriyordu. Bakım verenlerin %77’si sosyal güvence sahibiydi, %57.1’nin çocuğu vardı. Katılımcıların %58.6’sı anne-babasına bakım verirken, %15.7’si akrabasına, %8.6’sı eşine, %10’u ise komşusuna bakım veriyordu. ABD’de yapılan çalışmalarda akrabalara bakım verenlerin %86, arkadaşına bakım verenlerin %11, eşine veya partnerine bakım verenler %5, komşusuna bakım verenlerin ise %1 oranında olduğu tespit edilmiştir (Hunt 2015). Türkiye’deki çalışmalarda da sonuçlar benzerdir (Akça 2005; Babayiğit 2009; Taşdelen 2012; Işık 2013; Özyeşil 2014).

Çalışmamızda katılımcıların %90’ı bakım vermekten memnundu. Türkiye’de yapılan diğer çalışmalarda da bakım verenlerin bakım vermekten dolayı memnun oldukları belirtilmiştir. Bu oranlar Işık’ın çalışmasında %90, Akça’nın çalışmasında %85’tir.

Katılımcıların %77.1’i ailevi sorumluluk nedeni ile bakım verdiklerini ifade ettiler. Dört kişi (%5.7) bakacak başka kimsenin olmaması, 7 kişi (%10) ise ekonomik katkı

nedeniyle bakım veriyordu. Akça'nın çalışmasında bakım verenlerin %52.2'sinin, Işık'ın çalışmasında ise %70.6'sının yaşlıya ailevi sorumluluk nedeniyle bakım verdiğini saptanmıştır.

Birçok çalışmada, bakım verenlerin büyük bir kısmının üstlendikleri rol için hazır olmadıkları bildirilmektedir (Alzheimer's Association and the National Alliance for Caregiving 2004). Bu da bakım vereleri bakım konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları, aynı zamanda yaşamlarının hiç beklemedikleri bir dönemde böyle sorumluluk ile karşı karşıya kaldıklarını göstermektedir. ABD'de yapılan çalışmalarda bakım verenlerin yaklaşık üçte birinin sağlık sorunları yaşadığı ifade edilmektedir (Navaie-Waliser 2002). Bakım verenlerin almış oldukları sorumluluk nedeni ile kendilerinin sağlık açısından yüksek risk altında olduğu tespit edilmiştir (Family Caregiver Alliance 2016). Bizim çalışmamızda bakım verenlerin %38.6'sının kronik bir hastalığı bulunmaktadır. Bu oran Taşdelen ve arkadaşlarının çalışmasında %48.6'dır (Taşdelen 2012).

Çalışmamızda bakım verenlerin %74.3'ü kendisini orta gelirli olarak tanımlarken %22.9'u düşük gelirli, %2.9'u yüksek gelirli olarak ifade etti. ABD'de yapılan çalışmalarda bakım verenlerin %18'inin maddi sıkıntı içinde olduğu rapor edilmektedir (Hunt G. G. 2015). Bunun nedenleri arasında bakım verme maliyetinin yüksek olması ve bakım veren kişinin vaktinin önemli bir bölümünü yaşlıya ya da bakım verdiği kişiye ayırmasıdır. Sonuç olarak bakım verenlerin iş performansları düşmekte, bazen de işlerini bırakmak zorunda kalmaktadırlar. Çalışmamızda bakım verenlerin ortalama $6,43 \pm 5,92$ yıldır bakım hizmetine devam ettikleri ve günlük ortalama $15,46 \pm 8,64$ saatlerini yaşlı ile birlikte geçirdikleri belirlendi. Bakım verme süresi 2009 yılında ABD'de haftalık ortalama 20.4 saat olarak belirlenmiştir. Bu sürenin 2004 yılındaki verilere göre haftalık 2.6 saat azaldığı belirlenmiş, neden olarak da gelişen teknoloji gösterilmiştir. İzlem ve takip amaçlı kamera ve uyarı sistemlerinin gelişmesi ve ucuzlaması sonucunda bakım verme için harcanan zamanın azaldığı ifade edilmektedir (Hunt 2015). Bunun yanı sıra çalışma hayatına harcanan sürenin artışı da diğer bir nedendir. Çalışmamızı oluşturan popülasyonda ise bakım verme süresince teknoloji kullanımının çok düşük düzeyde olduğu izlendi.

Bakım alan yaşlıların yaş ortalaması 83.6 ± 6.8 idi. Bakım alan yaşlıların %80'i kadın, %20'si erkekti. Evli olanlar 27 kişiydi (%38.6), 43 kişi (%61.4) ise bekar, dul veya boşanmıştı. İlköğretim mezunları çoğunluğu oluştururken (%54.3), okur yazar

olmayanlar %22.9, lise mezunları %15.7, üniversite mezunları ise %7.1 idi. Bakım verenlerin çoğunluğunun lise ve üniversite mezunu olması, bakım verenler ve alanlar arasında eğitim açısından farkı ortaya koymaktadır. Yaşlıların 66'sının kronik bir hastalığı vardı. %94.3'ünün sosyal güvencesi varken, %80'i gelir sahibiydi.

Total GYA skorlarına göre bağımsız olan yaşlılar %12.9, yarı bağımlı olanlar %55.7, tam bağımlı olanlar ise %31.4 oranındaydı. Zaybak ve arkadaşlarının 2011 yılında yaptıkları çalışmada da tam bağımlı hastaların oranı %30 iken, orta düzey bağımlı hastaların oranı %70 idi (Zaybak 2012).

Katılımcıların toplam bakım yükü ortalamaları 33.10 ± 15.94 olarak tespit edildi. Katılımcıların 16'sında (%22.9) bakım yükü yokken, 30'unda (%42.9) hafif bakım yükü, 19'unda (%27.1) orta düzeyde bakım yükü, 5'inde ağır bakım yükü (%7.1) vardı. Zaybak ve arkadaşlarının çalışmasında bakım yükü ortalaması 27.71 ± 8.85 tespit edilmiştir. Bakım verenin cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, sosyal güvencesi, aylık gelir düzeyi, çocuğunun olup olmaması ve kronik rahatsızlıkları açısından değerlendirildiğinde de gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıkların olmadığı izlendi. Ancak bakım yükü ortalama değerleri incelendiğinde, erkeklerde kadınlara göre daha fazla bakım yükü olduğu izlenmektedir. Jaisri, demanslı hastaların bakım verenleri üzerinde yaptığı çalışmada erkeklerde kadınlara göre daha fazla bakım yükü olduğunu tespit etmiştir (Jaisri 2014). Baker ve Robertson'un meta-analizinde inceledikleri 93 makalenin yalnızca 9'unda erkek bakım verenlerin bakım yüklerinin daha ağır olduğunu, 4 makalede cinsiyetin bakım yükü açısından fark göstermediğini, kalan makalelerde ise kadınların daha yüksek bakım yükü algıladıklarını ifade etmektedir (Baker 2008). Zaybak ve arkadaşlarının çalışmasında da istatistiksel açıdan anlamlı fark olmasa da, kadınların bakım yükü daha yüksek bulunmuş, çalışmayan bireylerde bakım yükü istatistiksel açıdan anlamlı olarak daha yüksek tespit edilmiş, diğer demografik özellikler bakım verenlerin bakım yüklerini etkilememiştir.

Çalışmamızda okuma yazma bilmeyenlerde ve ilkokul mezunu olanlarda lise ve üniversite mezunlarına göre, çalışmayanlarda çalışanlara göre, sosyal güvencesi olmayanlarda olanlara göre, aylık gelir düzeyi düşük olanlarda yüksek olanlara göre, kronik rahatsızlığı bulunanlarda bulunmayanlara göre daha yüksek bakım yükleri tespit edildi. İstatistiksel açıdan anlamlı fark olmamasının nedeni, örneklemin yeterli

büyükliğe sahip olmamasıdır. Bu sonuçlara göre sosyoekonomik açıdan daha iyi düzeyde olanların bakım yüklerinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılabilir. HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete skorları için de benzer bir yorum yapılabilir.

Bakım verenin yaşlıyla olan yakınlık derecesi, yaşlının ayrı odasının olup olmaması, bakım verirken yardım alıp almaması ve yaşlıya bakım verme nedenleri açısından incelendiğinde, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık tespit edilmedi. Bakım verenin yaşı, bakım alan yaşlının yaşı, evde yaşayan kişi sayısı, yaşlıya bakım verilen yıl sayısı ve günlük bakım süreleri ile bakım yükü skoru arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir korelasyon yoktu. Bu sonuçlar, yaşlının sosyodemografik özelliklerinden çok bakım verenin sosyodemografik özelliklerinin bakım verme yükü üzerinde etkili olduğunu göstermektedir.

Katılımcılar arasında “Yaşlıya bakım vermektan memnun musunuz?” sorusuna olumlu yanıt verenlerde bakım yükü skorları, olumsuz yanıt verenlerle karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı olarak düşüktü. Bakım verenin bakım vermektan duyduğu memnuniyet, yaşlının kişilik özellikleri ve yaşlı ile bakım veren arasındaki yaşlanmışlıklarla ilgilidir. Ev ziyaretleri sırasında yapılan gözlemlerde, günlük yaşam aktiviteleri en düşük olan, tamamen yatağa bağımlı ve ileri demanslı bazı yaşlıların bakım verenlerinin bakım vermektan dolayı duydukları memnuniyetin yanı sıra, kendi işini kendi görebilen ve günlük yaşam aktiviteleri çok yüksek olan yaşlıların bakım verenlerindeki memnuniyetsizlik bu görüşü desteklemektedir.

Yaşlıların Günlük Yaşam Aktiviteleri skoru ile bakım yükleri arasında negatif korelasyon tespit edildi. Günlük yaşam aktiviteleri skoru arttıkça, bakım yükü azalıyordu. Yaşlının bağımlılığı arttıkça, bakım yükü de artış gösterdi. Giyinme durumu, hareket edebilme durumu, inkontinans durumu, beslenme durumu açısından tam bağımlı olanların bakım verenlerinde bakım yükleri istatistiksel olarak daha yüksekti. Tuvalet durumuna göre bakım yükleri değerlendirildiğinde gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadı, ancak tam bağımlı grupta bakım yükü en yüksek iken, bağımsız grupta en düşüktü. Zaybak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da yaşlının bağımlılık derecesi arttıkça, bakım yükünün de arttığı tespit edilmiştir (Zaybak 2012). Cifu ve arkadaşlarının Parkinson hastalarının bakım verenlerinde yaptığı bir çalışmada, yaşlının kognitif fonksiyonları ile bakım yükü arasında negatif

korelasyon tespit edilmiştir (Cifu 2006). Bağımlılık düzeyi artan bireyin bakım verene olan ihtiyacı da artmaktadır ve bu durum bakım yükünü etkilemektedir.

Katılımcıların HAD ölçeğine göre HAD-Depresyon skorlarının ortalamaları 9.49 ± 2.19 , HAD-Anksiyete ortalamaları 9.29 ± 2.83 idi. Katılımcıların 14'ünde (%20) depresyon tespit edilmezken, 56'sında (%80) depresyon skoru kesim değerinin üzerindeydi. HAD ölçeğine göre katılımcıların 47'si (%67.1) anksiyete açısından kesim değerinin altındayken, 23'ünün (%32.9) anksiyete skoru kesim değerinin üzerindeydi. Bakım verenler cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, meslek, sosyal güvence, aylık gelir düzeyi, çocuk sahibi olup olmama durumu veya kronik rahatsızlıklarına göre gruplandırıldıklarında, gruplar arasında HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmedi. Mahoney ve arkadaşlarının 2005 yılında gerçekleştirdikleri LASER-AD çalışmasında HAD-Anksiyete skoru 7.4 ± 4.4 iken HAD-depresyon skoru 5.1 ± 4.0 idi. Bakım verenlerin %23.5'inde anksiyete, %10.5'inde depresyon tespit edilmişti. Mahoney'in çalışmasına dahil olan bakım verenlerin depresyon ve anksiyete oranları bizim çalışmamıza göre daha düşüktü. Kaldı ki bu çalışma Alzheimer tanısı alan yaşlıları bakım verenleri üzerinde yapılmıştı (Mahoney 2005). Bizim çalışmamızda anksiyete ve depresyon skorları, literatüre oranla daha yüksek bulunmuştur.

Katılımcılar, bakım verdikleri yaşlıyla olan yakınlık dereceleri açısından gruplandırıldıklarında HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete skorları açısından anlamlı farklılık izlenmedi. Yaşlının ayrı odasının bulunup bulunmamasının da bu iki skor üzerine etkisi yoktu. Yaşlıya bakım verirken yardım alıp almaması ve bakım verme nedenleri açısından gruplandırıldıklarında, HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete skorlarında gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık izlenmedi.

Çalışmamızda, yaşlıya bakım vermekten memnun olduklarını ifade eden bakım verenlerde HAD-Depresyon skorları benzerdi, ancak HAD-Anksiyete skorları anlamlı düşüş gösteriyordu. Çok değişkenli model kullanıldığında, bakım verenlerin kronik rahatsızlığının olması 1.5 katsayı ile, bakım verenin memnuniyetinin -2.712 katsayı ile ve yaşlının günlük yaşam aktivitelerinin 0,157 katsayı ile bakım yükü üzerine etkili olduğu tespit edildi. Mahoney ve arkadaşlarının çalışmasında da bakım veren ile bakım alan arasındaki ilişkinin kalitesi, anksiyete skorları açısından belirleyici bir faktördü. İlişkinin kalitesi yükseldikçe anksiyete skorları düşüyordu (Mahoney 2005). Yaşlıya

bakım vermek bazı bireyler için bir zorluk olarak kabul edilirken, bazı bireyler samimiyet ve sevginin artması, yaşamın anlamlandırılması, kişisel gelişim sağlanması, yakın ilişkilerin kurulması olarak görülebilir. Bakım veren kişinin kendisine saygısı artabilir, kişisel doyum sağlayabilir (Özyeşil 2014). Bakım veren ve bakım alan arasındaki geçmiş yaşantılar, kurulan ilişkinin kalitesi yanı sıra bakım verenin gerek bakım alan, gerekse sosyal çevre tarafından onay görmesi ve takdir edilmesi, bakım veren memnuniyetini artırırken, anksiyete skorlarını düşürmesi beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda, bakım verenlerin HAD-Depresyon ve HAD-Anksiyete skorları, yaşlının cinsiyeti, medeni durumu, kronik hastalığının olup olmaması açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiyordu. Çok değişkenli analizlerde de bakım verenlerin ve bakım alan yaşlıların demografik özelliklerinin ve yaşlı ile ilişkilerinin HAD-depresyon üzerine etkileri olmadığı tespit edildi. Ancak, bakım verenin kronik rahatsızlığının bulunmasının HAD-Anksiyete skoruna 1.338 katsayı ile etki ettiği izlendi. Mahoney ve arkadaşlarının çalışmasında ise erkek yaşlıların bakım verenlerinde anksiyete skorları daha yüksekti, aynı zamanda bakım alanın sağlık durumunun iyi olmaması, nöropsikiyatrik semptomların fazla olması, günlük yaşam aktivite skorlarının düşük olması anksiyete skorlarını yükseltiyordu. Bakım verenin kadın olması, bakım alan kişi ile birlikte yaşaması ve sağlık durumlarının bozuk olması ise depresyon skorlarını artırıyordu (Mahoney 2005).

Yaşlının sosyal güvencesinin veya yaşlının gelirinin bulunup bulunmaması HAD-Anksiyete skorları açısından fark göstermese de, depresyon skorları üzerine etkiliydi. Sosyal güvencesi olan yaşlıların bakım verenlerinde HAD-Depresyon değerleri daha düşük iken, sosyal güvencesi olmayanlarda daha yüksek bulundu. Aynı şekilde, geliri olan yaşlıların bakım verenlerinde HAD-Depresyon skorları geliri olmayanlara göre daha düşüktü. Bazı yazarlar tarafından depresyonun oluşumunda birçok stres etkeninin katkısına yönelik güçlü kanıtlar olmasına karşın toplumsal konum ve olumsuz koşullar arasındaki ilişkinin diğer psikiyatrik bozukluklara göre yeterince açık olmadığı öne sürülmektedir (Kaya 2007). Ancak Lorant ve ark. (2003) tarafından yapılan bir meta-analizde depresyonun sosyoekonomik düzeyle ilişkili olduğu bildirilmektedir (Lorant 2003).

Çalışmamızda yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinden banyo yapabilme durumu, giyinme durumu, tuvalet durumu, hareket edebilme durumu, inkontinans ve beslenme

durumu açısından bağımsız, yarı bağımlı ve tam bağımlı olarak gruplandırılan yaşlıların bakım verenlerinde HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon skorları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermedi. Aynı şekilde toplam Günlük Yaşam Aktiviteleri Skoru da yaşlıların bakım verenlerinde HAD-Anksiyete ve HAD-Depresyon skorlarında etkili değildi. Oysa Mahoney ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlılardaki GYA düzeyleri ile bakım verenin anksiyetesi arasında çok güçlü bir ilişki vardı ve yaşlıların sağlık durumlarının bozulması, bakım verenlerdeki anksiyete ve depresyon düzeylerini artırıyordu (Mahoney 2005). Katılımcıların bakım yükü skorları ile HAD-Depresyon skorları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmedi. Ancak bazı çalışmalarda bakım yükü nedeniyle fiziksel ihtiyaçların yeterli karşılanamaması ile depresyon arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (Demirtepe ve Bozo, 2009; Schreiner, Morimoto, Arai ve Zarit, 2006). Ankara’da yaşlı ile ailesi arasındaki ilişkileri çok yönlü inceleyen bir araştırmada (Baran 2005), yaşlı ile birlikte yaşayanların çoğunluğu kendilerini daha çok mutlu, güvenli, endişesiz vb. olarak betimlemekte, sosyal yaşamlarının ise kısıtlandığından şikayet etmektedirler. Baran ve arkadaşlarının çalışmasında göreceli olarak daha az olmakla birlikte stres yaşadıklarını belirten bakım verenler de vardır ve stres yaşama düzeyi ile sosyo-ekonomik düzeyin ilişkili olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda HAD-Anksiyete skorları ile bakım yükü skorları arasında orta düzeyde korelasyon gösteren anlamlı bir ilişki vardı. Çok değişkenli analizlerde de toplam bakım yükündeki her bir birimlik artış, HAD-Anksiyete puanlarını da 0.103 katsayı ile artırıyordu. Literatürde demans, Alzheimer ve Parkinson hastalarının bakım verenlerinde depresyon ve kaygı düzeylerinin genel nüfusa oranla daha yüksek olduğunu, yaşam kalitelerinin ise düştüğünü bildiren yayınlar bulunmaktadır (Dökmen 2012). Dökmen ve arkadaşlarının araştırmasına göre, hasta, yaşlı ve engellilere bakım verenlerin ruh sağlıkları risk altındadır. Yakınlarına bakanlarda kaygı, depresyon, benlik algısı, bedensel şikâyetler, düşmanca duygular daha fazla görülmektedir (Dökmen 2012).

Bakım yüklerine göre bakım yükü yok, hafif bakım yükü, orta bakım yükü ve ağır bakım yükü olarak gruplandırılan katılımcılar başa çıkma biçimlerine göre değerlendirildiğinde, “soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma” başa çıkma puanı, bakım yükü az olanlarda daha düşüktü ve bakım yükü ile birlikte artış gösteriyordu. İki değişken arasındaki ilişki incelendiğinde, anlamlı pozitif bir korelasyon mevcuttu. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, işlevsel olmayan bir başa çıkma biçimidir.

Bakım yükü arttıkça, bu başa çıkma biçiminin kullanımının arttığı izlenmektedir. Cifu ve arkadaşlarının Parkinson hastalarının bakım verenleri üzerinde yaptıkları bir çalışmada, bakım verenin başa çıkma yetenekleri ve uyku düzeninin bakım verme yükü ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Cifu 2006). Bu çalışmaya göre bakım verenin uyku saatleri, bakım verenin sağlık düzeyi ve algıladığı başa çıkma yeteneği ile bakım yükü arasında ters ilişki olduğu gösterilmektedir. Artaso ve arkadaşlarının 2003 yılında 80 kişi üzerinde yaptığı kesitsel bir çalışmada kaçma-kaçınma başa çıkma biçimlerinin bakım yükü ile kuvvetli ilişkili olduğunu tespit etmiştir (Casado 2011). Kaçma-kaçınma başa çıkma biçimleri duygusal odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma biçimlerinin benzeridir. Cooper ve arkadaşlarının 2008 yılında 125 bakım veren üzerinde yaptıkları bir izlem çalışmasında, bakım veren yükü ile işlevsel olmayan başa çıkma biçimleri arasında anlamlı bir ilişki tespit etmişlerdir (Cooper 2008a).

HAD ölçeğine göre depresyon varlığı veya yokluğu başa çıkma biçimleri açısından anlamlı farklılık göstermiyordu. Ancak, problem odaklı başa çıkma biçimlerinin tümü (aktif başa çıkma, plan yapma, geri durma, yararlı sosyal destek kullanımı ve diğer meşguliyetleri bastırma) HAD-Depresyon puanı ile zayıf negatif korelasyon gösteriyordu. Bu demek oluyor ki, HAD-Depresyon puanı arttıkça, problem odaklı başa çıkma biçimlerinin tümü azalma eğilimindeydi. Problem odaklı başa çıkma biçimleri arasında HAD-Depresyon puanı ile anlamlı korelasyon gösterenler ise plan yapma ve geri durma skorlarıydı. Duygusal odaklı başa çıkma biçimleri arasında dini olarak başa çıkma biçimi zayıf pozitif ancak anlamlı olmayan korelasyon gösterirken, diğerleri negatif korelasyon göstermekteydi, ancak korelasyonlar istatistiksel açıdan anlamlı bulunmadı. İşlevsel olmayan başa çıkma biçimleri ile HAD-Depresyon puanları arasında bir ilişki izlenmedi. Çok değişkenli analizlerde ise başa çıkma biçimleri ve bakım yükünün HAD-Depresyon skorları üzerine istatistiksel açıdan anlamlı bir katkısı olmadığı izlendi.

HAD ölçeğine göre anksiyete tespit edilen katılımcılarda işlevsel olmayan başa çıkma biçimleri arasından zihinsel boş verme ile soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma başa çıkma biçimleri, anksiyete tespit edilmeyen katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksekti. Diğer başa çıkma biçimleri her iki grup arasında anlamlı farklılık göstermedi. Özellikle soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ile HAD-Anksiyete skorları arasında zayıf ancak anlamlı bir ilişki vardı. HAD-Anksiyete skorları arttıkça, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma puanı da artış gösteriyordu. Çok değişkenli

analizlerde, başa çıkma biçimlerinden yararlı sosyal destek kullanımı, HAD-Anksiyete skorları üzerine etkiliydi. Yararlı sosyal destek kullanımının -0.554 katsayı ile HAD-anksiyete puanlarını düşürüyordu.

Cooper ve arkadaşlarının 2008 yılında gerçekleştirdikleri LASER-AD çalışmasında, bir yıllık izlem sonunda bakım veren yüküne karşı kullanılan duygusal odaklı başa çıkma biçimlerinin, bakım verenleri yüksek anksiyete düzeylerinin gelişiminden koruduğu, ancak problem odaklı başa çıkma biçimlerinin korumadığı tespit edilmiştir. İşlevsel olmayan başa çıkma biçimlerinin yüksek anksiyete skorları ile ilişkili olduğu, bu başa çıkma biçimlerini kullananlarının anksiyete skorlarının bir yılın sonunda gene yüksek kaldığı ifade edilmiştir. Özellikle demans ve Alzheimer gibi ilerleyici hastalığı olan yaşlıların bakım verenlerinde, problem odaklı başa çıkma biçimlerinin, değiştirilebilir koşullar altında işe yaradığı, ancak koşulları değiştirmenin mümkün olmadığı durumlarda ise duygusal adaptasyonun daha etkili olduğu bildirilmiştir (Cooper 2008b). Yaşlılığın ilerleyen dönemlerinde bakım verenlerin kullandıkları problem odaklı başa çıkma biçimleri yetersiz kalmaktadır. Bu durumdaki kişilere duygusal odaklı başa çıkma biçimlerini kullanmayı öğretmek, anksiyete düzeylerinin azaltılabileceği ifade edilmektedir (Hoe 2013).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yaşlı nüfusun giderek arttığı ülkemizde yaşlı sağlığı kadar, yaşlılara bakım verenlerin sağlığı da önemli bir halk sağlığı sorunudur. Gelişmiş ülkelerde bakım verenlerin sağlığı konusunda çok sayıda çalışma yapılmasına karşın, ülkemizde bu çalışmalar henüz yeterli düzeyde değildir.

Çalışmamızda katılan bakım verenlerde anksiyete ve depresyon düzeyleri diğer çalışmalara oranla oldukça yüksekti. Özellikle anksiyete düzeyleri işlevsel olmayan başa çıkma biçimleri ile ilişkiliydi. İşlevsel olmayan başa çıkma biçimlerini kullanan bakım verenlerde, duygusal odaklı ve problem odaklı başa çıkma biçimlerinin kullanımı konusunda destek verilmelidir.

Yararlı sosyal destek kullanımı, anksiyete düzeylerini azalmaktadır. Problem odaklı başa çıkma biçimi olan yararlı sosyal destek kullanımının artırılması için çalışmalar yapılmalıdır. Bu konuda Çalışma Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve çeşitli belediyelerin evde yaşlı hasta bakımı, yemek ve temizlik gibi ihtiyaçlarının karşılanması ve hasta nakli konusunda çok çeşitli çalışmalarının bulunmasına rağmen, bu hizmetler daha çok yaşlılara ve hastalara yöneliktir. Yayınlanmamış olmasına karşın bakım verenlere belirli bir miktar maddi destek de sağlansa da, ülkemizde bakım veren yükünü azaltmaya yönelik yeterli destek bulunmamaktadır.

Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, yaşlılar ve bakım verenlerle en çok temas halinde olan sağlık personelidir. Aile hekimlerinin haftanın belirli günlerinde yaşlı ve yatalak hastaları evde ziyaret zorunluluğu bulunmaktadır. Aynı şekilde Sağlık Bakanlığının evde hasta bakımı birimleri de belirli periyotlarla ev ziyaretleri yapmaktadırlar. Bu ziyaretler sırasında bakım verenlerin bakım yükleri araştırılabilir. Bakım yükü yüksek olanlar için belediyelerle işbirliği yapılarak, destek sağlanabilir. Bu kişiler Toplum Sağlığı Merkezlerinde ve belediyelerde görev yapan psikologlara yönlendirilebilir. Bu tür yaklaşımlar, sağlık personeli ile bakım verenler arasında daha iyi bir diyalog kurulması sağlar. Özellikle uzun süreli bakım gereksiniminin olduğu yaşlı bakımında, sağlık personeli ile bakım veren arasında iletişimin sağlam temellere dayanması, hem yaşlı bakımı, hem de bakım verenin sağlığı açısından önemlidir. Bakım veren ile sağlık personelinin daha kolay iletişim sağlamaları, bakım verenlerin

zorlandıkları durumlarda danışabilecekleri sağlık profesyonellerin olması, bakım yükünü önemli ölçüde azaltacaktır.

Gelişmiş ülkelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde, bakım verenlerin sağlığını korumaya yönelik klinik kılavuzlar hazırlanmıştır. Ülkemiz şartlarına uygun olarak bakım veren sağlığını değerlendirmeye ve korumaya yönelik klinik kılavuzlar hazırlanabilir.

Bakım verenlerin en çok zorlandıkları konulardan bir diğeri, bakım konusunda yeterli bilgiye sahip olmamaları ve bu nedenden dolayı verdikleri bakımın yeterliliğinden ya da doğruluğundan şüphe duymalarıdır. Bakım verenler için yaşlı bakımı konusunda eğitimler düzenlenebilir. Sosyal destek grupları oluşturulabilir. Sağlık personeli ile iletişim halinde olabilmek, gereğinde tıbbi ve psikolojik destek alabilmek, bakım verenlerin bakım yüklerini ve dolayısıyla anksiyete ve depresyon düzeylerini azaltacaktır.

Bakım vermek, bakım veren kişiyi kısıtlayan ve sosyal olarak izole eden uzun ve zor bir süreçtir. Bu süreç hem bakım veren, hem de bakım alan kişi açısından iyi ilişkilerin kurulduğu, sevgi ve samimiyyetin arttığı, yaşamın anlamlandırıldığı bir süreç olarak yaşanabilir. Bakım vereninin ruhsal ve fiziksel olarak sağlıklı olması, verilen bakımın da kalitesini artırır.

İşlevsel olan başa çıkma biçimlerinin kullanılması, işlevsel olmayan başa çıkma biçimlerinin terkedilmesi ve ülkemiz şartlarına uygun başa çıkma biçimlerinin geliştirilebilmesi için uzun süreli ve çok merkezli klinik çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

7. KAYNAKLAR

- Ağargün M.Y., Beşiroğlu L. (2005) COPE (Başa çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma . *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,: 6:221-226.
- Akça N., Taşçı S. (2005).65 yaş üstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*,: 30-36.
- Alzheimer's Association and the National Alliance for Caregiving (2004). *Caring for Persons with Alzheimer's: 2004 National Survey* . Alzheimer's Association and the National Alliance for Caregiving.
- Amercan Psychological Association (2017) .Mental and Physical Health Effects of Family Caregiving. <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/faq/health-effects.aspx> (14. 04. 2017 tarihinde erişilmiştir).
- Andrew P., Allen Eileen A., Curran A., Duggan J. (2005).A systematic review of the psychobiological burden of informal caregiving for patients with dementia: Focus on cognitive and biological markers of chronic stress. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*: Kabul edilmiş makale.
- Arun, Özgür (2011). Türkiye’de Yaşlı Kadının En Büyük Sorunu: Dulluk. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 10(4):1515 -1527.
- Atagün M. İ., Balaban Ö. D., Atagün Z., Elagöz M., Özpolat A.Y. (2011) .Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 3(3):513-552.
- Aydemir Ö. (1997) Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formuna Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 8: 280-287 .
- Aysan F (2003). Başa Çıkma Stratejisi Ölçeğinin Türkçe Formunun Uyarlanması. *Ege Eğitim Dergisi*. 1: 123-132.
- Babayiğit D (2009). Diyaliz hastalarının yakınlarında bakım verme yükü ile bunun hastalardaki anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri ile ilişkisi. *T.C. Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Uzmanlık Tezi*
- Bacanlı H., Sürücü M., İlhan T (2013). Başa Çıkma Stilleri Ölçeği Kısa Formunun (BÇSÖ-KF) Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimler*. 13(1): 81-96.
- Bahar G., Bahar A., Savaş H (2009).Yaşlılık ve Yaşlılara Sunulan Sosyal Hizmetler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. Cilt:4, Sayı:12.
- Baker K., Roberston N (2008). Coping with caring for someone with dementia: Reviewing the literature about men. *Aging and Mental Health*. 413-422.
- Baran A. G. (2005) *Yaşlı ve Aile İlişkileri Araştırması: Ankara örneği*. Ankara: TC Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü

- Baumgarten, M., Hanley, J.A., Infante-Rivard, C., Battista, R.N., Becker, R., Gauthier, S. (1997). Health of family members caring for elderly persons with dementia: A longitudinal study. *Ann. Intern. Med.* 120:126-132.
- Bédard M., Koivuranta A., Stuckey A (2004).Health impact on caregivers of providing informal care to a cognitively impaired older adult: rural versus urban settings. *Can J Rural Med.* 9(1):15-23.
- BM (2015) *World Population Ageing 2015*. New York: Birleşmiş Milletler.
- Casado R., Osuna A, Mora P., Hidalgo P (2011).Coping and subjective burden in caregivers of older relatives: a quantitative systematic review. *Journa of Advanced Nursing.* 2311-2322.
- Cifu D. X., Carne W., Brown R., Pegg P., Ong J., Qutubuddin A., Baron M. S (2006). Caregiver distress in parkinsonism. *Journal of Rehabilitation Research & Development.* 499–508.
- Cooper C., Katona C (2008a) Livingston G. .Validity and reliabilityof the brief COPE in carers of people with dementia: the LASER-AD Study. *Journal of Nervous and Mental Dise.* 196(11), 838–843.
- Cooper, C. Katona, C. Orrell, M. Livingston, G. (2008b). Coping strategies, anxiety anddepression in caregivers of people with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 23(9) 929-936.
- Demirtepe D, Bozok Ö. (2009). Bakıcı İyilik Halinin Uyarılama, Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikoloji Yazıları.* 12 (23), 28-37
- Dökmen Z (2012). Yakınlarna bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Ankyra: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.* 3-38.
- Erdem M (2005). Yaşlıya Bakım Verme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 8(3): 100-106.
- Family Caregiver Alliance (2006).Caregiver Health. www.caregiver.org. 2006. <https://www.caregiver.org/caregiver-health> (12 06, 2016 tarihinde erişilmiştir).
- Family CaregiverAllianze (2016) *Caregiver Health: Population at risk*. 2016. <https://www.caregiver.org/caregiver-health> (Aralık 17, 2016 tarihinde erişilmiştir).
- Grunfeld, E (2004). Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *Canadian Medical Association Journal.* 170(12): 1795-1801.
- Hoe J., Cooper C., Livingstone G (2013). An overview of the Laser-AD study: a longitudinal epidemiological study of people with Alzheimer's disease (AD). *International Review of Psychiatry.* 25(6); 659-672.
- Hunt G. G., Reinhard S (2015) *Caregiving in the U.S*. Chicago: AARP.
- İnci F.H., Erdem M (2008). Bakım Verme Yüğü Ölçeği Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.*11: 4.

- Işık K (2013).Yaşlı Hastaya Evde Bakım Verenlerin Yaşam Doyumları İle Bakım Yükleri Arasındaki İlişki Ve Etkileyen Faktörler. *Yüksek lisans tezi*. Malatya: T.C.İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Jaisri M. .Caregiver Burden and Depression among Dementia Caregivers. *International Journal of Social Science and Humanities Research*, 2014: Vol. 2, Issue 4: 365-371.
- Janet AC, Katherine AW (1993). *Elderly caregiving*. Columbia: University of Missiouri.
- Kasuya RT, Polgar-Bailay P, Takeuchi R (2000). Caregiver burden and burnout: a gui-de for primary care physicians. *Postgraduate Medicine*. 108(7): 119-123.
- Kaya B (2007). Depresyon: Sosyo-ekonomik ve Kültürel Pencereden Bakıþ. *Klinik Psikiyatri*, 2007: 10(Ek 6):11-20.
- Kılınç S., Torun F (2011). Türkiye'de Klinikte Kullanılan Depresyon Değerlendirme Ölçekler. *Dirim Tıp Gazetesi*. 39-47.
- Kurasawa S., Yoshimasu K., Washio M.,Takemura S.(2010). Factors influencing caregivers' burden among family caregivers and institutionalization of in-home elderly people cared for by family caregivers. *Environ Health Prev Med*. 17:474-483.
- Lazarus R. S., Folkman S (1998). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*. 54(3), 466-475. .
- Lazarus R.S (1993). From psychological stress to emotions. *Annu. Rev. Psychol*. 44: 1-21.
- Levine, Morgan E (2013). Modeling the Rate of Senescence: Can Estimated Biological Age Predict Mortality More Accurately Than Chronological Age? *Journals of Gerontology: Biological Sciences*. 8(6):667-674.
- Litman A. j (2006). The COPE inventory: Dimensionality and relationships with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits. *Personality and Individual Differences*, 2006: 273-284.
- Lorant V., Kampfl D., Seghers A., Deliège D., Closon MC., Anseau M (2003).Socio-economic differences in psychiatric in-patient care. *Acta Psychiatr Scand*. 107(3):170-7.
- Mahoney, R., Regan, C., Katona, C., Livingston, G (2005). Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: The LASER-AD study. *Am. J. Geriatr. Psychiatr*. 13:795-801.
- Maral I., Aslan S., İlhan N.M (2001). Depresyon Yaygınlığı ve Risk Etkenleri: Huzurevinde ve Evde Yaşayan Yaşlılarda Karşılaştırmalı Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 12(4):251-259.
- Margaret J (1990).Factor inflncing caregiver burden. *Western Journal of Nursing Research*, 1990: 12(6): 758-776.
- Meecharoen W., Sirapongam Y., Monkong S., Oratai P., Northouse L (2013). Factors Influencing Quality of Life among Family Caregivers of Patients with Advanced Cancer: A Causal Model. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 304-316.

- Morley, John E (2004) .A Brief History of Geriatrics. *Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES*. Vol. 59A, No. 11, 1132–1152.
- National Alliance for Caregiving and AARP (2009). *Caregiving in the U.S. 2009*. Washington, DC: National Alliance for Caregiving and AARP, 2009.
- Navaie-Waliser M., Feldman P., Gould D (2002).When the Caregiver Needs Care: The Plight of Vulnerable Caregivers. *Am J Public Health*, 2002: 92(3): 409–413.
- Özyeşil Z, Oluk A., Çakmak D (2014).Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk-sürekli kaygıyı yordama düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 15:39-44.
- Özyeşil Z., Oluk A., Çakmak D.(2014) .Yaşlı Hastalara bakım verme yükünün durumluluk sürekli kaygıyı yordama düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15: 39-44.
- Parker, J.D.A., Endler, N.S. (1990) .Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*. 6: 321-344.
- Pinquart M., Sorensen S. (2003).Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*. 18(2): 250-267.
- Rohde P., Lewinshon T.M., Tilson M., Seeley J.(1990) .Dimensionality of coping and its relation to depression. . *J Pers Soc Psychol*. 58:499- 511.
- Roth D. L., Perkins M., Wadley V. G., Temple E., Haley W. E. (2009).Family caregiving and emotional strain: Associations with psychological health in a national sample of community-dwelling middle-aged and older adults. *Quality of Life Research*.18 , 679-688.
- SB (Ekim 2016). *Engellil ve Yaşlı Bireylere İlişkin İstatistik Bilgiler*. Ankara: TC Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü Araştırma Geliştirme ve Proje Dairesi Başkanlığı.
- Schulz R., Beach SR. (1999).Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. *JAMA*. 282(23):2215-9.
- Sean C. A. B., Frances P. M., Deviney P. (1988). A social-contextual model of coping with everyday problems across the lifespan. *International Journal of Behavioral Development*, 1988: 2:239-261.
- Şahin M., Yalçın M. (2003) .Huzurevinde veya kendi evlerinde yaşayan yaşlılarda depresyon sıklıklarının karşılaştırması. *Geriatr*. 6(1): 10-13.
- Taşdelen P., Ateş M. (2012).Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 9 (3): 22-29.
- Tel H., Güler N. (2011):.Yaşlıların Evde Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme Durumu ve Yaşam kaliteleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 59-67.

- Toseland, R.,W., Smith, G., McCallion, P. (2001). Family Caregivers of the Frail Elderly. *Handbook of Social Work Practise with Vulnerable and Resilient Population*. 8(2) 99-109.
- TÜİK. (2016).İstatistiklerle Yaşlılar, 2015. *Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni*. 17 Mart 2016. www.tuik.gov.tr (20.12.2016 tarihinde erişilmiştir).
- Wegner D.M., Schneider D.J., Carter S.R., White T.L. (1987) .Paradoxical effects of thought suppression. *J Pers Soc Psycho*. 53:5-13.
- WHO (2010) Definition of an older or elderly person. *World Health Organisation*.
<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html> (18.12.2016 tarihinde erişilmiştir).
- WHO (1998) .Life in the 21st century A vision for all. *The World Health Report*.
http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf (26.12. 2016 tarihinde erişilmiştir).
- Writter, Dan. (2011) *Caregiving Costs U.S. Economy \$25.2 Billion in Lost Productivity*. Temmuz 2011. <http://www.gallup.com/poll/148670/caregiving-costs-economy-billion-lost-productivity.aspx?version> (2.12 2016 tarihinde erişilmiştir).
- Yılmaz A., Turan E. (2007) .Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik, Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler ve Basetme Yolları. *Turkiye Klinikleri*. 27:445-454.
- Zarit, S. (2006).Assessment of Family Caregivers: A Research Perspective. *Caregiver Assessment: Voices and Views from the Field. Report from a National Consensus Development Conference* . San Francisco: Family Caregiver Alliance,. 12 – 37.
- Zaybak A., Güneş Ü.,İsmailoğlu E.G., Ülker E. (2012).Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi . *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*: 15: 1.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ÇALIŞMANIN ADI: Yaşlı hastalara bakım verenlerin bakım verici yükleri ve başa çıkma biçimleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi.

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı Formu**'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır.

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI : Dünyada ve ülkemizde yaşlı nüfus giderek artmaktadır. Bu yaşlı nüfusun bakımın da aile fertlerinden bir veya birkaç kişi, ya da profesyonel bakıcılar üstlenmektedir. Ancak, bakım vericilerin sorumluluk düzeyleri arttıkça, bakım yükleri de artmakta, özgürlükleri kısıtlanmakta, fiziksel ve ruhsal açıdan etkilenmektedirler. Yapılan çalışmada bir aile hekimliği merkezine kayıtlı olan yaşlı hastalara bakım veren kişilerin bakım yükleri ve başa çıkma biçimleri değerlendirilecek, aynı zamanda elde edilen bakım yükü ve başa çıkma biçimlerinin anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerine etkisi araştırılacaktır. Ayrıca yaşlıya ve bakım verene ait özelliklerin bakım yükleri ile depresyon ve anksiyete düzeylerine etkisi araştırılacaktır.

Çalışmanın amacı, yaşlıların sağlığına gösterilen önemin yanı sıra bakım vericilerin de fiziksel ve ruhsal açıdan değerlendirilmesinin ve gereğinde bakım vericilere de birinci basamak sağlık hizmetlerinde psikolojik destek sağlanmasının önemini araştırmaktır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ:

Bu çalışmaya katıldığınız takdirde size doldurmanız için dört adet form verilecektir. Bunlardan ilkinde size ve bakım vermekte olduğunuz kişiye yönelik bazı tanımlayıcı sorular bulunmaktadır. Bu form çalışmacılar tarafından hazırlanmıştır. Diğer üç form ise standardize ölçeklerdir. Bu ölçekler sizin bakım verici yükünüzü, depresyon ve kaygı düzeyinizi ve başa çıkma biçimlerinizi ölçmeye yöneliktir. Tüm formları eksiksiz doldurmanız beklenmektedir.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Çalışmaya katılmanız durumunda bilimsel veri sağlamamıza yardımcı olacaksınız.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. İsim, soy isim veya şahsınızı deşifre edebilecek hiçbir bilgi kullanılmayacak ve açıklanmayacaktır.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŞVURULACAK KİŞİLER :

1. Doç Dr Gökben Hızlı Sayar, Üsküdar Üniversitesi NP Psikiyatri
2. Serdar Ay, Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartışım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeceğim noktaları da içerecek şekilde bana teslim etmiştir.

| | | |
|----------------------------|--|-----------------------|
| <i>Gönüllü Adı Soyadı:</i> | | <i>Tarih ve İmza:</i> |
| <i>Telefon:</i> | | |

| | | |
|------------------------------------|--|-----------------------|
| <i>Vasi (var ise) Adı Soyadı:</i> | | <i>Tarih ve İmza:</i> |
| <i>Telefon:</i> | | |

| | | |
|--|---|-----------------------|
| <i>Araştırmacı² Adı Soyadı:</i> | Serdar Ay | <i>Tarih ve İmza:</i> |
| <i>Adres ve Telefon:</i> | Sinanpaşa Aile Sağlığı Merkezi Sinanpaşa Mah Sinanpaşa Köprüsü Sok No:13 Beşiktaş 0212 258 58 37 Dahili no: 13 | |

1: Gönüllünün bilgilendirilme işlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2:Gönüllüyü araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK-2

Bakım Vereni Tanıtıcı Anket Formu

Bu çalışmada yaşlı hastaya evde bakım verenlerin bakım yükleri ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmaktadır. Sizden alacağımız bilgiler araştırma ekibince saklı tutulacak ve araştırma dışında hiçbir amaç için kullanılmayacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederiz.

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yüksek Lisans Öğrencisi

Serdar Ay

1.Cinsiyetiniz ?

- a) Erkek b) Kadın

2.Yaşınız:

3.Eğitim durumunuz nedir?

- a) Okuryazar değil b) İlköğretim
c) Lise c) Üniversite/Yüksek lisans

4.Medeni durumunuz nedir?

- a) Evli b) Bekar

5. Çalışıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

6.Mesleğiniz nedir?

- a) Memur, işçi b) Emekli
c) Ev hanımı c) Diğer

7.Sosyal güvenceniz var mı?

- a) Evet b) Hayır

8. Aylık gelirinizi nasıl tanımlarsınız?

- a) Düşük gelirlili b) Orta gelirlili
c) Ev Yüksek gelirlili

9.Çocuğunuz var mı?

- a) Evet b) Hayır

10. Evinizde toplam kaç kişi yaşıyorsunuz?.....

11.Kronik bir rahatsızlığınız var mı?

- a) Evet b) Hayır

12. Bakım verdiğiniz yaşlı ile yakınlık dereceniz...

13. Bakım verdiğiniz yaşlının ayrı odası var mı?

- a) Evet b) Hayır

14. Yaşlıya bakım vermekten memnun musunuz?
a) Evet b) Hayır
15. Yaşlıya bakım konusunda yardım aldığınız birileri var mı?
a) Evet b) Hayır
16. Yaşlıya bakma nedeniniz nedir?
a) Ailevi sorumluk/aile bağı olduğu için b) Bakacak başka kimse olmadığı için
c) Ekonomik katkısı olduğu için d) Diğer (Açıklayınız).....
17. Yaşlıya ne kadar süredir bakıyorsunuz?.....
18. Günde kaç saatinizi yaşlı ile birlikte geçiriyorsunuz?....

EK 3:

Yaşlı Hastayı Tanıtıcı Anket Formu

1. Yaşlının cinsiyeti
a) Erkek b) Kadın
2. Yaşlı kaç yaşında?.....
3. Yaşlının medeni durumu nedir?
a) Evli b) Bekar
4. Yaşlının eğitim durumu nedir?
a) Okuryazar değil b) İlköğretim
c) Lise c) Üniversite/Yüksek lisans
5. Yaşlının hastalık tanısı nedir?.....
6. Yaşlının sosyal güvencesi nedir?.....
7. Yaşlının herhangi bir geliri var mı?
a) Evet b) Hayır

Yaşlının Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

1. Banyo yapabilme durumu
1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı
2. Giyinme durumu
1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı
3. Tuvalet durumu
1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı
4. Hareket durumu
1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı
5. Tuvaletini tutabilme (kontinans) durumu
1. Bağımsız 2. Yarı bağımlı 3. Tam Bağımlı

6. Beslenme durumu

1. Bağımsız

2. Yarı bağımlı

3. Tam Bağımlı

EK 4:

Bakım Verme Yüğü Ölçeği (Burden Interview)

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken neler hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Siz de, yaşlı ile birlikte yaşayan ve dolayısıyla onların bakımında sorumluluk alan bir birey olarak bu konu ile ilgili hissettiklerini “hiçbir zaman”, “nadiren”, “bazen”, “oldukça sık” ve “hemen her zaman” sıklık ifadesi ile aşağıdaki soruları cevaplayarak lütfen belirtiniz.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman

9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
16. Yakınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman

20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman

21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman

22. Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?
0. Hiçbir zaman 1. Nadiren 2. Bazen 3. Oldukça sık 4. Hemen her zaman

EK-5

HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

Adı soyadı:

Tarih:

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza yardımcı olacak. Her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır.

1) Kendimi gergin, 'patlayacak gibi' hissediyorum.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, bazen
- Hiçbir zaman

2) Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum.

- Aynı eskisi kadar
- Pek eskisi kadar değil
- Yalnızca biraz eskisi kadar
- Neredeyse hiç eskisi kadar değil

3) Sanki kötü bir şey olacakmış gibi bir korkuya kapılıyorum.

- Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli
- Evet, ama çok da şiddetli değil
- Biraz, ama beni endişelendirmiyor.
- Hayır, hiç öyle değil

4) Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Şimdi pek o kadar değil
- Şimdi kesinlikle o kadar değil
- Artık hiç değil

5) Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor.

- Çoğu zaman
- Birçok zaman
- Zaman zaman, ama çok sık değil
- Yalnızca bazen

6) Kendimi neşeli hissediyorum.

- Hiçbir zaman
- Sık değil
- Bazen
- Çoğu zaman

7) Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.

- Kesinlikle
- Genellikle
- Sık değil
- Hiçbir zaman

8) Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.

- Hemen hemen her zaman
- Çok sık
- Bazen
- Hiçbir zaman

9) Sanki içim pır pır ediyormuş gibi bir tedirginliğe kapılıyorum.

- Hiçbir zaman
- Bazen
- Oldukça sık
- Çok sık

10) Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.

- Kesinlikle
- Gerektiği kadar özen göstermiyorum
- Pek o kadar özen göstermeyebiliyorum
- Her zamanki kadar özen gösteriyorum

11) Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.

- Gerçekten de çok fazla
- Oldukça fazla
- Çok fazla değil
- Hiç değil

12) Olacakları zevkle bekliyorum.

- Her zaman olduğu kadar
- Her zamankinden biraz daha az
- Her zamankinden kesinlikle daha az
- Hemen hemen hiç

13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum.

- Gerçekten de çok sık
- Oldukça sık
- Çok sık değil
- Hiçbir zaman

14) İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.

- Sıklıkla
- Bazen
- Pek sık değil
- Çok seyrek

EK-6

BAŞA ÇIKMA BİÇİMLERİ ÖLÇEĞİ

Adı-Soyadı:

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin.

Seçenekleri belirtirken şu belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam 2=Çok az böyle yaparım 3=Orta derecede böyle yaparım
4=Çoğunlukla böyle yaparım

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

5.Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

7.Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

13.Kendimi yasadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

1 () 2 () 3 () 4 ()

16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

18.Allahın yardımını umarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

19. Bir eylem planı yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

20. Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

21. Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

22. Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

23. Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

24. Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

25. Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

26. Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

27. Sorun olduğuna inanmayı reddederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

28. Duygularımı dışarı vururum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

29. Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

30. Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

31. Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

32. Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

33.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

36.Sorunla ilgili şaka yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

37.İstediğimi elde etmek için uğraşmayı bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bu durumda ne yaptıklarını sorarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek bunun için dobra dobra bir tavır takınırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımımı zamanında atarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

59.Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

60. Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 ()

2 ()

3 ()

4 ()



EK-7

ETİK KURUL ONAYI



Altunizade Mah. Haluk Türksoy Sk. No:14, 34662 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Faks: +90 216 474 12 56

info@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2016 /208

09.01.2017

Sayın Doç. Dr. Gökben Hızlı Sayar
(Dr. Serdar Ay)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 23 Aralık 2016 tarihinde, 14 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "Yaşlı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verici Yükleri ve Başa Çıkma Biçimleri ile Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. Cumhur TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

EK-8

KURUM İZİNİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü



Sayı : 64222187-060.99
Konu : Uz. Dr. Serdar Ay - Araştırma İzni

SAYIN UZ. DR. SERDAR AY
(Beşiktaş Sinan Paşa Aile Sağlığı Merkezi)

Dilekçenize istinaden, Doç. Dr. Gökben HIZLI SAYAR danışmanlığında 01.03.2017 - 30.04.2017 tarihleri arasında Beşiktaş ilçesi Sinanpaşa Aile Sağlığı Merkezi'nde gerçekleştirmek istediğiniz "Yaşlı Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verici Yükleri ve Başa Çıkma Biçimleri ile Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi" başlıklı araştırmaya ilişkin izin talebi görüşülmüştür.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun 30.12.2015 tarih ve E.716 sayılı yazısının "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin Talepleri Başvuru ve Değerlendirme Mercii" Eki'nde

"9. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde yer alan "Aile hekimleri, bakımla yükümlü olduğu vatandaşlara aile, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür" hükmü ile Hasta Hakları Yönetmeliği'nde belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kurum ile anlaşma edilen haller dışında hiçbir biçimde açıklanamaz" hükmüne istinaden, kişisel veriler paylaşılamaz..."

denmektedir. Ayrıca aynı yazının "Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin Talepleri Değerlendirme Kriterleri" Eki'nde

"5. Aile hekimlerine kayıtlı utfusla ilgili verilerin, kişilerin veya yasal temsilcilerinin izni olmaksızın paylaşılmasına yönelik talepler kabul edilmeyecektir."

denmektedir. Bu hususlara bağlı kalmak kaydıyla, araştırma talebiniz uygun bulunmuştur.

Çalışma süresince protokolün dışına çıkılmaması ve araştırma tamamlandıktan sonra sonuç raporunun bir nüshasının tarafınıza iletilmesi hususu;

Bulgilerinize sunar.

Dr. Erdoğan KOCAYİĞİT
Müdür a.
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

EK: Protokol

İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü Projeler Birimi
Faks No:
e-Posta: mustafa.erata@saqlik.gov.tr İnt. Adresi:

Bilgi için: Mustafa ERATA
Unvan: UZMAN
Telefon No: 02124092000

Evrakın elektronik iznate suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 403c80a3-2018-4b90-9ac3-b812ca2fb9d3 kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.