



Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

**ALZHEİMER HASTALARINA BAKIM VERENLERİN KAYGI,
STRES, BAŞETME STİLLERİ VE YAŞAM DENEYİMLERİ**

Mustafa KESKİN

Doktora Tezi

Ankara, 2021

**ALZHEİMER HASTALARINA BAKIM VERENLERİN KAYGI,
STRES, BAŞETME STİLLERİ VE YAŞAM DENEYİMLERİ**

Mustafa KESKİN

Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

Doktora Tezi

Ankara, 2021

KABUL VE ONAY

Mustafa Keskin tarafından hazırlanan "Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Kaygı, Stres, Başetme Stilleri ve Yaşam Deneyimleri" başlıklı bu çalışma, 27/01/2021 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Yasemin Özkan (Başkan)

Doç. Dr. Ercüment Erbay (Danışman)

Prof. Dr. Mustafa Cankurtaran (Üye)

Prof. Dr. Elif Gökçearslan Çiftçi (Üye)

Prof. Dr. Eda Puruççuoğlu (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Prof. Dr. Uğur Ömürgönülşen

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*” kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

22/02/2021

Mustafa Keskin

¹“*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*”

(1) *Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*

(2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internette paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*

(3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlere ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir.*

Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir.

** Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.*

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, **Doç. Dr. Ercüment Erbay** danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Mustafa Keskin

TEŞEKKÜR

Öncelikle bu araştırma sürecindeki desteği, yol göstermesi ve sürece ilişkin çok değerli katkılarından dolayı danışmanım Sayın Doç. Dr. Ercüment Erbay Hocam'a çok teşekkür ediyorum. Araştırma sürecinin her aşamasında bilgisi, görüş ve önerileriyle bana yol gösteren ve aynı zamanda tez izleme komitemde yer alan Sayın Prof. Dr. Yasemin Özkan Hocam'a minnet ve şükranlarımı sunarım.

Araştırma sürecinde destekleri ve katkıları nedeniyle araştırmanın yürütüldüğü Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalı Başkanı ve aynı zamanda tez izleme komitemde yer alan Sayın Prof. Dr. Mustafa Cankurtaran Hocam'a, Bilim Dalı Doktorları Sayın Prof. Dr. Meltem Gülhan Halil ve Uzm. Dr. Meltem Koca ile Bilim Dalı idari çalışanlarına çok teşekkür ederim.

Tez jürime katılarak objektif bakış açısıyla ve verdiği değerli geribildirimleriyle bana yol gösteren değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Elif Gökçearslan Çiftçi ve Sayın Prof. Dr. Eda Purutçuoğlu'na teşekkürlerimi sunarım.

Doktora öğrenimim boyunca ders aldığım ve tez çalışmamın çeşitli aşamalarında bana destek olan Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Öğretim Üyeleri ve Araştırma görevlilerine sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Sabır gösterip zaman ayırarak çalışmaya katılan, araştırmanın gerçekleşmesini sağlayan ve araştırmama değer katan hasta yakınlarına şükranlarımı sunuyorum.

Uzun ve zor bir süreci birlikte yaşadığımız, çalışabilmem için her türlü özveriye gösteren sevgili eşim Yazgı'ya ve tezimle ilgilenebilmem için bana anlayış gösteren oğlum Ahmet Ege ve kızım Beren Defne'ye, anne ve babama teşekkür ederim.

ÖZET

KESKİN Mustafa. *Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Kaygı, Stres, Başetme Stilleri ve Yaşam Deneyimleri* , Doktora Tezi, Ankara, 2021.

Alzheimer hastalığı, bakım verenlerin ailesel ilişkilerini, arkadaşlıklarını, iş hayatını, fiziksel ve psikolojik iyilik halleri gibi yaşamlarının her noktasını etkilemektedir. Hastaya bakım verme sürecinde geçen zamana bağlı olarak bakım veren bireylerde belirgin olarak yorgunluk, sosyal izolasyon ve çevre ile olan ilişkilerin bozulduğu gözlemlenmektedir. Hastalıkla ani olarak karşılaşıldığında aile sistemini ve aile ilişkileri etkileyen bir kriz hali yaşanmaktadır. Fiziksel ve duygusal zorluklar, hastanın vefatından duyulan kaygı, ailedeki rollerin değişmesi ve tekrardan düzenlenmesi, ekonomik zorlukları da beraberinde getirmekte ve bakım verenlerde ağır bir psikolojik stres yaratmaktadır.

Alzheimer hastalarına bakım verenler, sürecin yarattığı yaşamsal tehditler karşısında içinde bulunduğu koşullara uyum sağlayabilmek ve bu süreçten daha güçlü olarak çıkabilmek için kendine özgü çeşitli yöntemlere başvurmaktadır. Literatürde, gerek belirli bir stresör nedeniyle gerekse gündelik hayatı sürdürmede, bireyin kullandığı ve güçlenmesine hizmet eden yöntemlerin bütününe açıklamak için geliştiren tanım baş etmedir. Baş etme, bireyin kişisel kaynaklarını aşan ya da zorlayan belirli içsel ve/veya dışsal taleplere yanıt vermek için kullandığı, sürekli değişim gösteren bilişsel ve davranışsal çabalar olarak tanımlanmaktadır.

Araştırmada Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin yaşadıkları kaygı durumları ve baş etme yöntemlerini nicel veriler üzerinden; süreç içerisinde yaşadıkları yaşamsal deneyimleri ise derinlemesine görüşmeler yoluyla öğrenebilmek amacıyla karma model tercih edilmiştir. Bakım verenlerin kaygı ve başa çıkma stratejilerini ölçmek için Durumluk/Sürekli Kaygı Ölçeği ve Kısa Form Baş Etme Ölçeği kullanılmıştır. Derinlemesine görüşme ve nicel veri için kullanılan bilgilerin benzer nitelikleri olduğu gibi iki yöntemde birbirinden farklı sorulara da cevap aranmıştır. Nicel ve nitel araştırma verileri eş zamanlı toplanılması, ayrı ayrı çözümlenmesi sağlanmıştır.

Son olarak bahsi geçen bilgiler dahilinde, Alzheimer hastalarına bakım verenler için güçlendirmenin anlamına ilişkin bilgilerin oldukça sınırlı olduğu görülmüştür. Bakım verenlerin güçlenmelerini kolaylaştırmak için, hâlihazırdaki durumu, nasıl ve hangi koşullarda güçlenmiş olabileceğini ve güçlendirilen bireylerin yeni durumlarını nasıl koruyacaklarını derinlemesine kavramak için elde edilen veriler güçlendirme yaklaşımı açısından değerlendirilerek sonuçlandırılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Alzheimer Hastalığı, Bakım Veren, Başetme, Kaygı

ABSTRACT

KESKİN Mustafa. *Anxiety, Stress, Coping Styles and Life Experiences of Alzheimer's Caregivers*, PhD Thesis, Ankara, 2021.

Alzheimer's disease affects every aspect of caregivers' lives, such as family relationships, friendships, business life, and physical and psychological well-being. Depending on the time spent in the process of providing care to the patient, it is observed that the individuals who give care have significantly tiredness, social isolation and their relations with the environment are deteriorated. Physical and emotional difficulties, anxiety felt in the death of the patient, change and reorganization of roles in the family bring along economic difficulties and create severe psychological stress in caregivers.

Caregivers of Alzheimer's patients use various methods unique to them in order to adapt to the conditions they are in against the vital threats created by the process and to get out of this process stronger. In the literature, "coping" is the definition that develops to explain the whole of the methods used and that serve to strengthen the individual, both due to a specific stressor and in maintaining daily life. Coping is defined as the ever-changing cognitive and behavioral efforts that the individual uses to respond to certain internal and / or external demands that exceed or force personal resources.

In the study, quantitative data on the anxiety states and coping methods of individuals caring for Alzheimer's patients; Their vital experiences during the process were obtained through in-depth interviews. Therefore, mixed model has been preferred to learn all these. State / Trait Anxiety Scale and Short Form Coping Scale were used to measure caregivers' anxiety and coping strategies. While the information used for in-depth interviews and quantitative data has similar qualities, answers to different questions were sought in both methods. Quantitative and qualitative research data were collected simultaneously and analyzed separately.

Finally, it has been observed that knowledge on the meaning of empowerment for caregivers of Alzheimer's patients is rather limited. In order to facilitate empowerment of caregivers, the data obtained were evaluated and concluded in terms of empowerment approach, in order to deeply understand the current situation, how and under what conditions it might be empowered, and how empowered individuals would preserve their new status.

Key Words: Alzheimer's Disease, Caregiver, Coping, Anxiety

KISALTMALAR DİZİNİ

ADI	: Uluslararası Alzheimer Federasyonu
BM	: Birleşmiş Milletler
Brief-COPE	: Kısa Form Başetme Ölçeği
COPE	: Başetme Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği
DSM	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
IFSW	: Sosyal Hizmet Uzmanları Uluslararası Federasyonu
MMSE	: Mini Mental Durum Ölçeği
NASW	: Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği
OECD	: Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
TDK	: Türk Dil Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI.....	ii
ETİK BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar DİZİNİ	xii
GİRİŞ	1
1. BÖLÜM: ARAŞTIRMA HAKKINDA GENEL BİLGİLER	1
1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ	2
1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI	5
1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ	6
1.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	7
2. BÖLÜM: KAVRAMSAL ÇERÇEVE	9
2.1. ALZHEİMER HASTALIĞI.....	9
2.1.1. Alzheimer Hastalığının Tarihi ve Hastalık Hakkında Genel Bilgiler	9
2.1.2. Alzheimer Hastalığının Epidemiyolojisi.....	10
2.1.3. Alzheimer Hastalığında Tanı / Değerlendirme	12
2.1.4. Alzheimer Hastalığı Hakkında İstatistiksel Veriler	13
2.1.5. Alzheimer Hastalığının Mali Boyutu	14
2.2. ALZHEİMER HASTALIĞINDA BAKIM.....	16
2.2.1. Bakım ve Bakım Veren Kavramları.....	16
2.2.2. Alzheimer Hastalarına Bakım Vermede Yaşanılan Sorunlar	18
2.2.3. Alzheimer Hastalarına Yönelik Yasal Mevzuat ve Bakım Hizmetleri	21
2.3. STRES, KAYGI VE STRESLE BAŞETME	25
2.3.1. Stres ve Kaygı Kavramları.....	25

2.3.2. Stresle Baş Etme Kuramları	27
2.3.3. Stresle Baş Etme Kaynakları.....	30
2.3.4. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Stres ve Baş Etme Stilleri.....	31
2.4. GÜÇLENDİRME YAKLAŞIMI.....	33
2.4.1. Güç ve Güçlendirme Kavramları	33
2.4.2. Yaklaşımın Tarihsel Arka Planı	37
2.4.3. Psikoloji Disiplininde Güçlendirme:.....	39
2.4.4. Güçlendirme Yaklaşımının Sosyal Hizmet Disiplini İçerisindeki Yeri	41
2.4.5. Güçlendirme Yaklaşımının Baş Etme İle İlişkisi.....	47
3. BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	50
3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ.....	50
3.1.1. Nicel Verilere Ait Araştırma Soruları	52
3.1.2. Derinlemesine Görüşmelere Ait Araştırma Soruları:.....	53
3.1.3. Araştırmanın Katılımcıları	54
3.2. VERİ TOPLAMA SÜRECİ	64
3.2.1. Nicel Veriler İçin Yapılan Uygulamalar	64
3.2.2. Derinlemesine Görüşmelere Ait Uygulamalar.....	64
3.2.3. Veri Toplama Araçları	66
3.3. NİCEL VERİLERLE İLGİLİ ANALİZ SÜREÇLERİ ve SONUÇLARI	67
3.3.1. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	69
3.3.2. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Cinsiyete Göre İncelenmesi	70
3.3.3. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi	72
3.3.4. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek Alma Durumuna Göre İncelenmesi.....	75
3.3.5. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Gelir Durumuna Göre İncelenmesi	77

3.3.6. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Sigara İçme Durumuna Göre İncelenmesi	80
3.3.7. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Alkol Kullanma Durumuna Göre İncelenmesi	81
3.3.8. Bakım Verenlerin Baş Etme ve Kaygı Düzeylerinin Kronik Hastalık Durumlarına Göre İncelenmesi.....	83
3.3.9. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Sağlık Hizmeti Almakta Zorluk Yaşama Durumlarına Göre İncelenmesi ..	85
3.3.10. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Bakım Verilen Kişinin Cinsiyetine Göre İncelenmesi.....	87
3.3.11. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Bakım Verilen Kişinin Yaşına Göre İncelenmesi.....	90
3.3.12. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Hastalığın Evresine Göre İncelenmesi.....	92
3.3.13. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Bakım Verilen Kişi İle İlgilenme Süresine Göre İncelenmesi.....	95
3.3.14. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Bakım Verilen Kişi ile Günlük İlgilenme Süresine Göre İncelenmesi	98
3.3.15. Güvenirlilik Analizi.....	101
3.4. NİTEL GÖRÜŞMELERE AİT ANALİZ SÜREÇLERİ ve SONUÇLARI .	102
3.4.1. Hastalığın Sezilmesi Süreci	103
3.4.2. Bakım Verenin Süreç İçinde Kendi Yaşamı ve Çevresiyle Olan İlişkilerinde Yaşanan Değişiklikler.....	107
3.4.3. Bakım Verenlerin Bakım Vermeye Yükledikleri Anlamlar	114
3.4.4. Bakım Vermenin Güçlükleri/ Zorlukları.....	121
3.4.5. Bakım Verenlerin Yaşadıkları Stres ve Geleceğe İlişkin Kaygıları	128
3.4.6. Bakım Verenlerin Baş Etme Mekanizmaları	134
3.4.7. Beklentiler, İhtiyaçlar ve Görüşler.....	144
4. BÖLÜM: TARTIŞMA.....	154
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	166
KAYNAKÇA	170

EKLER	184
EK 1. BAKIM VERENLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNİ BELİRTEN ARAŞTIRMA FORMU	184
EK 2. BAŞETME (KF) ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMU	188
EK 3. DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMU	190
EK 4. DERİNLEMESİNE GÖRÜŞMEYE AİT ARAŞTIRMA ONAM FORMU	192
EK 5. ETİK KURUL İZİNİ	194
EK 6. ORJİNALLİK RAPORU.....	195



TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1.	Ülkemizdeki Huzurevleri Sayıları ve Kapasiteleri	24
Tablo 2.	Yaş ve Tanı Sürelerini Gösteren Veriler.....	54
Tablo 3.	Bakım Verenlerin Sosyo Demografik Özellikleri - I.....	55
Tablo 4.	Bakım Verenlerin Sosyo Demografik Özellikleri – II.....	56
Tablo 5.	Bakım Veren Kişilerin Bakım Vermeye Yönelik Özelliklerini Gösteren Dağılım	57
Tablo 6.	Bakım Veren Kişilerin Sağlık Durumuna Yönelik Özelliklerini Gösteren Dağılım	57
Tablo 7.	Bakım Verilen Kişiye Ait Bilgileri Gösteren Dağılım-I.....	58
Tablo 8.	Bakım Verilen Kişiye Ait Bilgileri Gösteren Dağılım-II.....	59
Tablo 9.	Hastanın Günlük Hayatta Bakım Veren Kişiyi En Çok Zorladığı Durumların Dağılımı	60
Tablo 10.	Bakım Verilen Kişilerdeki Kronik Hastalıkların Dağılımı	61
Tablo 11.	Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistikler.....	68
Tablo 12.	Baş Etme Stilleri ve Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki	69
Tablo 13.	Bakım Verenlerin Baş Etme Stillерinin Cinsiyete Göre Değişimi.....	71
Tablo 14.	Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Cinsiyetlerine Göre Değişimi	72
Tablo 15.	Bakım Verenlerin Baş Etme Stillерinin Eğitim Durumuna Göre Değişimi	73
Tablo 16.	Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Değişimini	75
Tablo 17.	Bakım Verenlerin Baş Etme Stillерinin Sosyal Destek Alma Durumuna Göre Değişimi	76
Tablo 18.	Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek Alma Durumuna Göre Değişimi	77
Tablo 19.	Bakım Verenlerin Baş Etme Stillерinin Gelir Durumuna Göre Değişimi ...	78
Tablo 20.	Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Gelir Durumuna Göre Değişimi	79

Tablo 21.	Bakım Verenlerin Baş Etme Stillerinin Sigara İçme Durumuna Göre Değişimi	80
Tablo 22.	Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Sigara Kullanım Durumuna Göre Değişimi	81
Tablo 23.	Bakım Verenlerin Baş Etme Stillerinin Alkol Kullanım Durumuna Göre Değişimi	82
Tablo 24.	Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Alkol Kullanımına Göre Değişimi	83
Tablo 25.	Bakım Verenlerin Baş Etme Stillerinin Kronik Hastalık Durumlarına Göre Değişimi	84
Tablo 26.	Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Kronik Hastalık Durumlarına Göre Değişimi	85
Tablo 27.	Bakım Verenlerin Baş Etme Stillerinin Sağlık Hizmeti Almakta Zorluk Yaşama Durumlarına Göre Değişimi	86
Tablo 28.	Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Sağlık Hizmeti Almakta Zorluk Yaşama Durumlarına Göre Değişimi	87
Tablo 29.	Bakım Verenlerin Baş Etme Stillerinin Bakım Verilen Kişinin Cinsiyetine Göre Değişimi	88
Tablo 30.	Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Bakım Verilen Kişinin Cinsiyetine Göre Değişimi	89
Tablo 31.	Bakım Verenlerin Baş Etme Stillerinin Bakım Verilen Kişinin Yaşına Göre Değişimi	90
Tablo 32.	Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Bakım Verilen Kişinin Yaşına Göre Değişimi.....	92
Tablo 33.	Bakım Verenlerin Baş Etme Stillerinin Hastalık Evresine Göre Değişimi	93
Tablo 34.	Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Hastalık Evresine Göre Değişimi	94
Tablo 35.	Bakım Verenlerin Baş Etme Stillerinin Bakım Verilen Kişi İle İlgilenme Süresine Göre Değişimi.....	96
Tablo 36.	Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Bakım Verilen Kişi İle İlgilenme Süresine Göre Değişimi	98

Tablo 37. Bakım Verenlerin Baş Etme Stillerinin Bakım Verilen Kişi ile Günlük İlgilenme Süresine Göre Değişimi	99
Tablo 38. Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Bakım Verilen Kişi ile Günlük İlgilenme Süresine Göre Değişimi.....	101
Tablo 39. Kullanılan Ölçeklerin Çalışmadaki Güvenilirlik Analizi.....	102
Tablo 40. Nitel Verilere (Ana Temalar ve Alt Temalar için) ait Frekanslar ve Yüzdeler	152



GİRİŞ

Sosyal yaşam ve tıptaki ilerlemeler insanların yaşam sürelerini uzatmış ve refah düzeylerini arttırmıştır. Dolayısıyla her geçen gün nüfus içerisindeki yaşlı sayılarında artışlar olmuştur. Teknolojik ilerlemeler sebebiyle yaşlı popülasyon oranındaki artış ve bu popülasyonun sorunlarının artması, bu refah alanına olan bilimsel merakı da arttırmış ve alanda yapılan araştırmalar Geriatri ve Gerontoloji gibi çeşitli bilim dallarının meydana çıkmasını sağlamıştır. Yaşam sürelerindeki artış beraberinde toplumlarda kronik hastalıkların artmasına neden olmaktadır. Bu hastalıkların bir kısmına henüz tıbbi bir tedavi geliştirilememiştir. Alzheimer hastalığı da bunlardan bir tanesidir.

Demans, “Bilişsel işlevlerin (düşünme, hatırlama ve akıl yürütme) ve davranışsal yeteneklerinin, kişinin günlük yaşamına ve faaliyetlerine müdahale edecek ölçüde kaybı”dır. Alzheimer hastalığı ise demans hastalığının en sık görülen türü olup, “Entelektüel işlevlerin gerilemesi, çeşitli nöropsikiyatrik davranış bozuklukları ve günlük yaşam faaliyetlerini etkileyen ilerleyici dejeneratif bir bunama” olarak tanımlanmaktadır. 1906 yılında Alman psikiyatrist bilim insanı Alois Alzheimer ilk olarak demansı, “klinik belirtileri ile birlikte beyinde nöropatolojik, dejeneratif değişikliklere yol açan nadir görülen bir beyin zarı hastalığı” şeklinde ifade etmiştir. Alzheimer hastalığı, yaşlı bireylerde görülen en büyük mortalite ve morbidite sebebidir. Demans vaka oranlarının %50 ile %70’ini, Alzheimer hastalığı meydana getirmektedir. Belirtiler genellikle ağır gelişmekte ve zaman içinde daha da kötüye giderek günlük yaşam faaliyetlerini etkileyip kısıtlayacak kadar şiddetli hale gelmektedir.

1. BÖLÜM: ARAŞTIRMA HAKKINDA GENEL BİLGİLER

1.1. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Alzheimer hastalığı, demans hastalığının en sık görülen türü olup, “Bilişsel işlevlerin zayıflaması, farklı nöropsikiyatrik davranış bozuklukları ve günlük yaşam standartlarında bozulmaya neden olan ilerleyici dejeneratif bir bunama” şeklinde tanımlanmaktadır. Yaşlı bireylerdeki mortalite ve morbiditenin en önemli nedenleri arasında yer almaktadır (<https://www.nia.nih.gov/health/what-dementia-symptoms-types-and-diagnosis-> Erişim Tarihi 27/02/2019). Demans rahatsızlıklarının %50 - %70 oranını Alzheimer hastalığı oluşturmaktadır. Hastalığının yıkıcı etkisinin 8 ila 10 yıl arasında olduğu belirtilmektedir. Bu dönemde hastalar artan bakım desteğine ve süreç içinde ciddi bir gözetime ihtiyaç duymaktadırlar. Bakım verenler hastalık sürecinde bilgiye, duygusal sosyal destek ve yardıma; toplumdan ilgi ve duyarlılığa, bakım süreciyle ilgili gerekli kurumsal yapılara, yasal anlamda bilgi ve desteğe, özellikle de bakımda çok zorluk oluşturan psikiyatrik sorunlar için desteğe ve önerilere gereksinim duymaktadırlar (<https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-alzheimers-> erişim tarihi 27/02/2019).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2017 veri raporu göz önüne alındığında ölüm nedeni bazında, Alzheimer hastalığı nedeniyle vefat eden yaşlıların sayısı, 2012 yılında 7 bin 524 iken 2016 yılında 12 bin 900'e yükselmiştir. Alzheimer hastalığı nedeniyle vefat eden yaşlı hastaların oranı 2012 yılında %3,4 iken bu oran 2016 yılında %4,5'e yükselmiştir. Alzheimer hastalığı nedeniyle vefat eden yaşlı bireylerin oranı cinsiyete göre incelendiğinde, her iki cinsiyette artışlar yaşandığı görülmüştür. Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların oranı 2012 yılında erkeklerde %2,7, kadınlarda %4,2 iken bu oranlar 2016 yılında erkeklerde %3,5'e, kadınlarda ise %5,4'e yükselmiştir (TÜİK, 2017).

Alzheimer hastalığı, DSM ve NINCDS-ADRDA (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association) ölçütleri alınarak tanımlanmaktadır. Sekiz parametre içinde (hafıza, dil, boyutsal algı, dikkat, yürütücü fonksiyonlar, uyum, problem çözme becerisi ve

işlevsellik) en az ikisinde yaşanan dejenerasyon “Muhtemel Alzheimer” tanısının yapılmasını sağlamaktadır.

Hastalarda ortaya çıkan hafıza, düşünme, davranışsal sendromlar ve beyinde meydana gelen patolojik değişimler sebebiyle hastaların günlük yaşamsal faaliyetleri artacak şekilde bozulmaktadır. Ayrıca hasta bireylerin tedavilerinde kullanılan ilaçların da bilişsel fonksiyonlarındaki bozuklukları artarak devam ettiği ve kötüye gidecek şekilde yaşam faaliyetlerinin etkilediği belirtilmektedir. Kognitif sıkıntılar, depresyon, uyku bozuklukları, günlük yaşamsal faaliyetlerinde bağımlılığın fazlaşması gibi birbirleriyle bağımlı olan bu semptomlar hastalık süreci içinde hem hastaların hem de bakım verenlerin yaşam kalitelerinin bozulmasına sebep olmaktadır (Alzheimer’s Association, 2019).

Bilişsel alanda, fonksiyonellik ve davranışlarda zayıflamaya yol açan bir progresif hastalık olan Alzheimer hastalığının yıkıcı etkisinin 8 ila 10 yıl arası sürdüğü belirtilmektedir. Hastalar bu süreçte yoğun bir bakım gereksinimi duymaktadırlar. Hastalık sürecinde bakım veren bireyler bilgiye, duygusal ve fiziksel desteğe, toplumsal ilgi ve alakaya, hastalıkla ilgili kurumsal kaynaklara, yasal haklarını öğrenme amacıyla yardıma, bunun yanında kendi psikiyatrik sorunlarının çözümü için önerilere gereksinim duymaktadırlar. Bakım alan ve bakım veren bireyler yaşadıkları zorluklar tüm aile sistemini etkilemektedir. Hastalar açısından hastalığın prognozu, kullandığı ilaç sayısı, tedavi uyumu, doktora gitme sıklığı, bakım verenin ise bakım performansını, psikiyatrik morbiditesini ve çevreyle olan ilişkilerini direkt olarak etkileyebilmektedir. Alzheimer hastası için “gerçek karar verici” bakımı veren kişilerdir ve doktorla birlikte işbirliğinin özellikleri, ilaç tedavilerinin devamı ve olası sağlık sorunları gibi konularda kararları çok belirleyici olmaktadır.

Alzheimer hastalığı, bakım verenlerin ailesel ilişkilerinin yanında, arkadaşlarıyla olan ilişkilerini, iş hayatını, fiziksel ve psikolojik iyilik halleri gibi hayatlarının her alanını etkilemektedir. Bakım verenlerde tükenmişlik; Alzheimer hastasına bakım veren yakın çevresinde ortaya çıkan fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal ve ekonomik problemler olarak tanımlanabilir. Tükenmişliği hastaların bakımı için harcanan süre önemli oranda

etkilemektedir. Yapılan araştırmalarda Alzheimer hastalarına evde bakım verenlerin bu hastaların bakımı için günün büyük bir kısmını bakım verdiği kişi için harcadığını göstermiştir. Bu sürenin hastalığın şiddetine bağlı olarak ileri safhalarda artmaktadır. Bakım verenlerin tükenmişliği ile kendilerini iyi hissetmeleri arasında negatif bir korelasyon vardır. Alzheimer hastalarıyla yaşanan sürece bağlı olarak bakım veren bireylerde yorgunluk, sosyal izolasyon ve evre ile olan ilişkilerin bozulduğu gözlemlenmektedir. Aynı zamanda bakım verenlerde ağır bir psikolojik stres ortaya çıkar.

Stres, stresörlere karşı duygusal ve fizyolojik reaksiyonlar olarak tanımlanabilmekte olup, bir insanın günlük yaşamında yüzleştiği herhangi bir durumun kendini ve iyilik halini tehdit ettiğini hissetmesi ve bunun neticesinde baş etme becerilerini değerlendirmesi olarak ifade edilmiştir. Bu tanımdan yola çıkararak stresin birey ve evre arasındaki etkileşime vurgu yaptığı anlaşılmaktadır. Lazarus ve Folkman (1984)'a göre baş etme gayretleri, problem odaklı ve duygu odaklı baş etme olarak iki gruba ayrılmıştır. Genelde problem odaklı baş etmenin, değersebilir olarak nitelendirilen hallerde, duygu odaklı baş etmenin ise değerştirilemeyen haller olarak değerlendirilmesi halinde görece daha sık kullanıldığı belirtilmektedir. Problem odaklı baş etme, tehdit yaratan bir olayı ortadan kaldırma veya etkisini hafifletmeye yönelik biçimde problem çözme ve formülasyonu üzerinde odaklaşma gibi stresli durumu yaratan unsurlarını direkt olarak değerştirmeye yönelik faaliyetleri kapsamaktadır. Problem odaklı baş etmeye örnek olarak; bilişsel problem çözme, karar verme, bireyler arası problemleri çözme, öğüt alma, amaçları belirleme ve zamanı iyi yönde kullanabilme gösterilebilir. Duygu odaklı baş etme ise stres durumlarına gösterilen tepkiler incelendiğinde, bazı bireylerin bu durumun i dünyalarında oluşturduğu etkilerle çabaladıkları ve özellikle olumsuz etkileri hafifletmeye yöneldikleri görülmektedir. Duygu odaklı baş etmeye örnek olarak; olayın anlamını farklı yönleriyle görmeye yönelik bilişsel gayretler, bilişsel yeniden yorumlama, sosyal benzetimler, en aza indirgeme-yalınlaştırma (minimize etme), olayları iyi yönüyle görme, kaçma kaçınma (escapism-yiyerek, alkol sigara veya ilaç kullanarak kendini daha iyi hissetme çabalarını içerir) ve inkâr (durumu gerçekliğini reddetme, görmezden gelmeye çalışma çabalarıdır) gösterilebilir.

Araştırmada Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin, yaşadıkları zorlu süreçle baş etmeye çalıştığı bir mücadeleyi ifade etmesi ve yaşanan kriz durumunun bireye biyolojik, psikolojik veya sosyal bir baskı ve aynı zamanda zorlanmanın üstesinden gelme deneyimi kazandırdığı için bireyin güçlenmesine vurgu yapmaktadır. Bu bağlamda yapılan değerlendirme Güçlendirme Yaklaşımı çerçevesinde yapılmıştır. Güçlendirme ve güçler perspektifi etkili bir sosyal hizmet uygulaması süreçlerini belirlemenin yanında, insan davranışını değerlendirmek ve anlamak için önemli bir çerçeve ortaya koymaktadır. Yaklaşımın önemli kavramlardan biri dayanıklılıktır. Bireyin temel işlevselliğini sürdürmesi için güçlü yönlerine odaklanmasını vurgulamaktadır. Güçler perspektifi, sorunlar ve patolojiler yerine yeteneklere, bireylerin pozitif özelliklere odaklanırken, dayanıklılık, zorluklarla baş etmek ve yaşamsal faaliyetlerini sürdürebilmek için güçlü yönler vurgu yapmaktadır. Güçlendirme yaklaşımı birey, grup ya da topluluklarda güç veya kontrol yoksunluğu üzerine eğilmeyi amaçlamakta olup, sosyal hizmet uzmanları ile müracaatçıların baskıyla baş edebilmeleri için işbirliği yaptıkları ve müracaatçının ihtiyaçlarını daha iyi karşılayabilmesine yardım edebilecek çevresel kaynaklara daha fazla erişimi kazandıkları bir süreç ve sonuç olarak nitelendirilmektedir.

Sonuç olarak araştırmanın problemi; Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin, stresli bir durumla karşı karşıya geldiklerinde başvurdukları baş etme stilleri, kaygı düzeyleri ile bunların birbirleriyle ilişkileri konusundaki bilgi eksikliğidir. Ayrıca, bakım veren bireylerin yaşanan süreçteki yaşam deneyimleri, sorunlarla nasıl başa çıktıkları, güç ve kaynaklarının neler olduğu noktasındaki bilgi eksikliği de araştırmanın diğer bir problemini meydana getirmektedir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Araştırmanın amacı, stres verici yaşam olayı sınıflamasına giren Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin ve stresli bir durumla karşı karşıya kaldıklarında başvurdukları baş etme stillerini, kaygı düzeylerini ve bunların birbirleriyle ilişkilerini nicel veriler aracılığıyla incelemektir. Derinlemesine görüşmelerde ise bakım verenlerin yaşanan süreçteki yaşam deneyimlerini, sorunlarla nasıl baş ettiklerini, güçlerini ve kaynakları hakkında bilgi sahibi olmaktır. En sonunda

her iki yöntemle elde edilen verilerin bütünlük çerçevesinde değerlendirilip güçlendirme yaklaşımı perspektifinden açıklamaktır.

Nicel ve nitel veri için kullanılan bilgilerin benzer özellikler taşımasının yanı sıra, her iki yöntem için kullanılan birbirinden farklı sorulara da yanıtlar aranmıştır. Derinlemesine görüşme bakım verenlerin tecrübelerini daha detaylı bir şekilde ele alırken nicel veride kullanılan ölçekler daha sınırlayıcı bir çerçeve sunmaktadır. Derinlemesine görüşme ve nicel araştırma verileri aynı anda ancak ayrı toplanarak ayrı analiz edilmiştir. Her iki verilerle alakalı bulguların ayrı başlıklar halinde belirtilmesinin akabinde verilerin birleştirilmesi ve yorumlanması genel değerlendirme başlığı içinde yapılmıştır. Böylece hem nitel verilerle ilgili görüşmelerin hem de nicel verinin kendi içindeki bütünlüğünün bozulmaması ve her iki yönetime ait sonuçları değerlendirip yorumlamada kolaylık sağlanması amaçlanmıştır.

1.3. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Türkiye’de Alzheimer hastalarının yakınları ile yapılan çalışmaların genellikle Tıp, Hemşirelik, Psikoloji gibi alanlarda olduğu görülmektedir. Alan yazında konuya Sosyal Hizmet Bilim Dalı bakış açısından yapılan az sayıda çalışma bulunmaktadır.

Akyar ve Akdemir (2009), Alzheimer Hastalarına bakım veren bireylerin tecrübe ettiği zorluklar hakkında yaptıkları çalışmalarında, bakım verenlerin %64’ü bakım verme sebebiyle ailede güçlükler yaşadıklarını, güçlük yaşayanların %40.6’sı bakım verdiği süreçte dayanaklarının olmadığını, %34.4’ü psikolojik, %18.8’i ekonomik güçlükler yaşamakta olduklarını, bakım veren bireylerin %90’ının günlük yaşamsal olayları etkilenirken, ileri düzeyde Alzheimer hastası bulunan hasta yakınlarının %83.3’ü bakımlarında problem yaşadıklarını belirtmiştir. Sonuçlar doğrultusunda bakım verenlerin bakım verme konusunda uzman kişiler ya da kurumlarca desteklenmesi ve sonrasında da izlenmesi tavsiyelerinde bulunmuşlardır.

Soner ve Aykut (2017), Alzheimer hastalarına yaşadıkları süreç içerisinde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler ile ilgili çalışmalarında Alzheimer hastasındaki ani

ruh hali değişikliklerinin, tekrarların, unutkanlıkların bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükünü fazlalaştırdığı, bakım verenlerin en çok psikolojik ve ekonomik yardıma gereksinim hissettikleri, hastalarının bakımı konusunda uzman kişiler tarafından destek almak istediklerini ancak kurumsal bakımı seçenekleri arasında önceliği taşımadıklarını belirtmişlerdir.

Küçükğüçlü, Şentürk ve Söylemez (2017) ise, Alzheimer hastalığı olan kişilere bakım veren aile mensuplarının bakım verme sürecindeki deneyimlerini içeren çalışmalarında, bakım verme sürecinin bakım verenleri farklı boyutlarda etkilediğini, bakım verenin bakım sürecinin olumlu yönlerini görmesini sağlamalarını, eğitim yoluyla bilgi ve becerisinin artırılması, başa çıkma şekillerinin farkında olmasının sağlanmasının gerekliliğine vurgu yapmışlardır.

Gerek toplumun kültürel düzeyi, gerekse ekonomik ve siyasal yapısı, Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin yaşam alanlarının sınırlanmasına, hatta bakım süreci içerisinde yok olmalarına sebebiyet vermektedir. Bu alanda yapılabilecek her yeni araştırmanın, akademik bağlamın dışında, bu özel bireylerin var olma mücadelesine de katkı özelliği bulunmaktadır. Dolayısıyla araştırmanın bir önemi bu özel yaşamlara yönelik farkındalığı artırmaya, onları daha fazla görünür sağlanmasına yöneliktir.

Araştırmanın önemli diğer katkısı ise Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin deneyimlerine, sorunlarına, ihtiyaçlarına dikkat çekiyor olmasıdır. Ayrıca araştırmanın karma araştırma modeli şeklinde olması, Türkiye’de Sosyal Hizmet Biliminde dünyadaki yaygınlığına düşünöldüğünde yeteri kadar yaygın kullanılmadığı görölen araştırmanın yöntemi ve uygulamasının da metodolojik bağlamda yarar teşkil edeceği düşünölmektedir.

1.4. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın önemli sınırlılıklarında biri veri toplama esnasında Covid 19 hastalığına bağlı olarak yaşanan pandemi sürecidir. Yapılan görüşmelerin bir kısmı bu yüzden

internet ortamında sağlanabilmiştir. Araştırmaya katılan bakım verenlerin büyük bölümünün kadın bakım verenlerden oluşması diğer sınırlılığı oluşturmaktadır.



2. BÖLÜM: KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. ALZHEİMER HASTALIĞI

2.1.1. Alzheimer Hastalığının Tarihi ve Hastalık Hakkında Genel Bilgiler

Sosyal yaşam ve tıptaki ilerlemeler insanların yaşam sürelerini uzatmakta ve refah düzeylerini arttırmaktadır. Dolayısıyla her geçen gün nüfus içerisindeki yaşlı sayılarında artışlar olmaktadır. Teknolojik ilerlemelerle ilintili olarak yaşlı nüfus oranındaki artış ve bu nüfusun problemlerinin fazlaşması beraberinde alana olan bilimsel ilgiyi de arttırmıştır. İnsanların yaşam sürelerinin artması, beraberinde toplumlarda kronik rahatsızlıkların artmasına sebep olmuştur. Alzheimer hastalığı, demans hastalığının en sık görülen türüdür.

1906 yılında Alman psikiyatrist Alois Alzheimer ilk defa demansı, hafıza bozukluğunun yanında dil, yönelim, soyut beceri, sorun çözme işlevlerinin en az bir tanesinin yitimi olarak tanımlanmıştır. (Yalçın ve ark. 2005:167). Alzheimer, 14 Haziran 1864'te Würzburg'a yakın küçük bir yerleşim yeri olan Marktbreit'de dünyaya gelmiştir. Berlin, Tübingen ve Würzburg'ta tıp ihtisaslarını tamamladıktan sonra 1888 yılının Aralık ayında, Tıp kariyerine, Frankfurt'ta bulunan Zihinsel Hastalıklar ve Epileptikler Hastanesi'nde devam etmiş ve kıdemli hekimliğe burada terfi olmuştur (Mourer, Volk ve Gerbaldo, 1997: 1546, Jucker ve ark., 2006:38). Yaptığı çalışmalar sadece dejeneratif ve vasküler kökenli demansı değil aynı zamanda psikozları, adli psikiyatri, epilepsi ve doğum kontrolü alanlarını da içermektedir. Demans bozuklukları nöropatolojisine olan ilgisi, 1889 yılı Mart ayında Frankfurt'a gelen meslektaşı Franz Nissl sayesinde olmuştur. Auguste D, 25 Kasım 1901'de Alzheimer tarafından muayene edildiği Frankfurt hastanesine yatırılmıştır. Afazi, oryantasyon bozukluğu, öngörülemeyen davranışlar, paranoya, işitsel halüsinasyonlar ve belirgin psikososyal bozulmanın yanı sıra, anlama ve hafızada azalma olduğunu gösteren çarpıcı bir belirti kümesi vardı (Mourer, Volk ve Gerbaldo, 1997: 1546). Alois Alzheimer, 51 yaşındaki Auguste D. adlı hastayı 4.5 yıl klinik ortamda takip etmiş, klinik özelliklerini tanımlayarak sonrasında da beyninde oluşan makroskopik ve mikroskopik farklılıkları ayrıntılı olarak ifade etmiştir. Beraber

çalışmalar yaptığı Emil Kraepelin klinik-patolojik parametreleri ile detaylı olarak ifade edilen bu tabloya Alzheimer adının verilmesini önermiş ve bu şekilde hastalığın tarihsel arka planı oluşmuştur.

Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'na (DSM-V) göre demans sınıflandırılmaları; Alzheimer Hastalığı, Lewy Cisimcikli Demans, Frontotemporal Lobar Dejenerasyon, Vasküler Demans, Parkinson Hastalığı, Huntington Hastalığı, Travmatik Beyin Sarsıntısı, Madde ve İlaç Kullanımına Bağlı Demans, HIV Enfeksiyonuna Bağlı Demans, Prion Hastalığına Bağlı Demans, Diğer Medikal Hastalıklara Bağlı Demans, Çoklu Etiyolojilere Bağlı Demans şeklindedir (Keleş ve Özalevli, 2018:39).

2.1.2. Alzheimer Hastalığının Epidemiyolojisi

Alzheimer hastalığı yaşlı nüfusun fazlaştığı ülkelerde önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastalığın prevalansı, 60 yaşından sonra her beş yılda bir iki katına çıkmakta olup, 65 yaş üzerinde % 6-10, 85 yaş üzerinde % 30-47 aralığında görülmektedir (Selekler, 2010:11, Cummings, 2004: 56). Hastalığın risk faktörleri sıralandığında en başta yaş faktörü gelmektedir (Eker, 2008:87). Akabinde, hastanın kadın olması, düşük eğitim düzeyi, genetik faktörler (aile), down sendromlu olma, ağır kafa travmaları, depresyon gibi nedenlerin etiyolojik bağlamda birer risk faktörü olduğu belirtilmektedir (Selekler, 2010:11, Roth, 1993:595-596, Yayla ve Güngör, 2016: 135). Diğer taraftan kolesterol taşınmasında görevli bir protein olan Apolipoprotein E ϵ 4 oranının normalden fazla olması da önemli bir faktördür.

Alzheimer tanısında hasta hikâyesinin önemli bir yeri bulunmaktadır. Hikâyede hastanın yanı sıra hasta yakınından da bilgi verilmesi istenmektedir. Hasta, erken evrede mevcut bilişsel yıkımın farkında olmayabilir veya ileri dönemde durum tersine dönebilmektedir. Hasta yakını ise hastanın bilişsel ve fiziksel kabiliyetlerini geçmişiyse, tarafsız bağlamda mukayese yapabilme durumu ve üstünlüğüne sahiptir. Bu nedenle hastaya bakım veren odaklı ya da yapılandırılmış değerlendirme anketleri de en az nöropsikolojik testler gibi önemli sonuçlar ortaya koymaktadır (Selekler, 2010:12). Hikâyeden sonra hasta fiziki ve

nörolojik muayeneye tabi tutulur. Mini mental durum testinde, dikkat, oryantasyon yakın-uzak bellek, dil, yürütücü ve görsel fonksiyonlar, agnozi, praksi gibi kognitif görevler kısaca araştırılmaktadır.

Alzheimer hastalığı vakalarının birçoğunun yakın hafıza dejenerasyonu ile başladığı ifade edilmektedir. Hastalığın ilerlemesi ile birlikte hastada lisan, görsel fonksiyonlarda bozulmalar, dikkat, yürütücü işlevler ve praksi (düşünsel/konseptüel bölüm) gibi kognitif fonksiyon bozuklukları ile günlük yaşamsal faaliyetlerinde bozulmalar yaşanmaktadır. Depresyon, ajitasyon, hezeyanlar ve halüsinasyonlar gibi davranışsal değişimler hastalığın çeşitli aşamalarında herhangi bir dönemde meydana gelebilmektedir. Hafıza bozukluğu ilk aşamalarında öğrenememe ve yeni bilgileri oluşturamama şeklinde olup geçmişte kalan bilgiler korunmaktadır. Devamlı aynı sorular tekrar edilerek sorulabilmektedir. İleri dönemlerde uzak geçmiş hatırlama kavramı da ortadan kalmaktadır. Hastanın kendini ifade edecek kelimeleri bulamama (anomi), yerine hatalı kelimeler kullanması şeklindedir (Mucke, 2009:895; Seleker, 2010:11; Cummings ve diğ., 2002:2263).

Literatürde Alzheimer hastalığının üç evrede; erken dönem, orta dönem ve ileri dönem olarak ele alındığı görülmektedir. Erken dönem hasta teşhisin konulduğu ilk evredir. Kişinin günlük aktivitelerini etkileyecek derecede olan ilk tablo olarak değerlendirilir. Bu dönemde bellek bozukluğu, dikkat ve soyutlama kavramlarında bozukluklar yer almakta olup, Praksi ve dil becerileri korunur. Bilinen objelerin ismi unutulur. Sosyal aktivitelerden hasta kendini soyutlamaya başlar. Daha önce bildiği isimleri unutmaya başlar ve Mini Mental değerlendirme testi skoru genel olarak 20-25 aralığındadır (Eker,2008:91, Yılmaz & Turan, 2007:446) .

Orta dönem Alzheimer hastalığında, hastanın günlük ihtiyaçlarını karşılama becerisi daha zayıf hale gelir. Hafıza ve hatırlama süreçlerinde bozulmalar yaşanır. Bu evrede hastanın uzak geçmişi ile ilgili verilere ulaşma güçlüğüne yanı sıra dikkatte ve dikkati devam ettirmede bozulmalar yaşanır. Soyutlama becerisindeki bozulmalarda artarak devam eder (Yavla ve Güngör, 2016:136). Dil işlevi, küçük kas grubunda hareket kısıtlaması ve oryantasyon kayıpları da bu evrede başlar. Hastanın görsel ve mekânsal işlevlerinde

bozulmalar yaşanır. Günlük işlerini yapabilmesi için yardıma ihtiyacı vardır. Mini Mental Durum Testi sonucu 12-20 aralığında olup, BBT ya da MRI normal veya hafif atrofi gösterir. Hasta eşe ya da yakınına daha bağımlı hale gelir (Eker,2008:91, Yılmaz & Turan, 2007:446).

İleri dönem Alzheimer döneminde ise yer mekân ve zaman kavramları tümü ile kaybedilmiştir. Bellek artık üst düzeyde bozuklar yaşar. Dil işlevselliğini kaybetmiş olup, hastanın kendini ifade edebilmesi ileri boyutlara ulaşır. Mini Mental Durum Testi sonucu 12 puandan aşağıdır (Yavla ve Güngör, 2016:137, Eker, 2008:92, Yılmaz & Turan, 2007: 446). Hasta, aile yakınlarının isimlerini söyleyemez, iletişim kuramaz, kısa cümleler kurar ve tekrarlama da kısıtlı hale gelir.

2.1.3. Alzheimer Hastalığında Tanı / Değerlendirme

Hastalık hakkında, 1983 yılının sonbaharında, National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke (Ulusal Nörolojik ve İletişimsel Bozukluklar ve İnme Bozuklukları ve İnme Enstitüsü)-(NINCDS), Alzheimer's Disease and Related Disorders Association (Alzheimer Hastalığı ve İlişkili Bozukluklar Derneği)-(ADRDA) tarafından oluşturulan kriterler aracılığıyla Alzheimer hastalığının klinik teşhisini tanımlamak için bir grup toplanmış, tıbbi öykü, klinik muayene, nöropsikolojik testler ve laboratuvar değerlendirmeleri neticesinde 1984 yılında bir rapor hazırlamıştır. Sonucunda hastalığı NINCDS-ADRDA kriterleri olarak adlandırılan bu rapordaki kriterler kullanılarak tanılanmıştır (McKhann ve diğ., 2011:1, Jucker ve ark., 2006: 67). Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV) kriteri de yine tanı kriterlerinden biridir. DSM-IV kriterlerine göre Alzheimer kriterleri şöyledir:

- A. Hafıza bozukluğu, afazi, apraksi, agnosi ya da planlama veya organizasyon becerisi gibi fonksiyonlarda yaşanan bozukluklar.
- B. Hastanın günlük hayatını etkileyecek düzeyde yaşanan sıkıntılar.
- C. Bilişsel fonksiyonlarda sürekli yaşanan kayıplar.
- D. Bozuklukların Majör depresyon ve şizofreni gibi hastalıklara uymaması. (Lazariciu, 2004:7, shorturl.at/ptzBQ- erişim tarihi 10.08.2020).

Bunun yanı sıra hastanın genel sağlık durumunu (bilişsel performansları, davranışları, vb. gibi) belirli bir zamanda değerlendirmeye çalışan küresel ölçekler de geliştirilmiştir.

Bunlar:

- Klinisyen Global Değişim İzlenimini (CGIC) ve bakım vereni dikkate alarak tasarlanmış değişik versiyonları,
- Bilişsel performans ölçen Klinik Demans Derecesi (CDR): bellek, yönlendirme, problem çözme, topluluk işleri, ev / hobiler ve kişisel bakım parametreler,
- Bilişsel bozulmanın ileri aşamalarını ölçen Küresel Bozulma Ölçeği (GDS),
- Oryantasyon ve hafıza, dil ve praxisleri ölçen 11 maddelik Alzheimer Hastalığı Değerlendirme Ölçeği (ADAS-cog),
- Oryantasyon, hafıza, konsantrasyon, lisan gibi parametrelerden oluşan 11 soruluk bilişsel tarama aracı olan Mini-Mental Durum Ölçeği (MMSE) dir (Lazariciu, 2004:11).

Alzheimer hastalığını % 100 teşhis etmek için, beynin ölüm sonrası ayrıntılı olarak mikroskopik olarak incelemesini gerekmektedir. Günümüzde Alzheimer hastalığı, canlı hastalarda bir araç kombinasyonu kullanarak % 95'ten fazla doğrulukla teşhis edilebilmektedir.

2.1.4. Alzheimer Hastalığı Hakkında İstatistiksel Veriler

Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) 2017 verilerine göre, Ülkemizde doğuştan beklenen yaşam süresi artmakta ve nüfusumuz yaşlanmaya devam etmektedir. Nüfusun yaş yapısının önemli bir göstergesi olan ortanca yaşın 2018 yılında 32, 2023'te 33.5, 2040'da 38.5, 2060'ta 42.3, 2080'de ise 45 olması beklenmektedir. Yaşlı nüfus olarak tanımlanan 65 yaş ve üzerindeki nüfusun oranının 2018 yılında %8,7, 2023'te %10,2, 2040'da %16,3, 2060'ta %22,6 ve 2080'de %25,6 olacağı öngörülmektedir. Yaşlı nüfus olarak belirtilen 65 yaş ve yukarıdaki popülasyon oranının 2018 yılında %8,7, 2023'te %10,2, 2040'da %16,3, 2060'ta %22,6 ve 2080'de %25,6 olabileceği öngörülmektedir (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567-> Erişim tarihi 03.08.2019). TÜİK 2017 verilerinin ölüm nedeni istatistikleri baz alındığında, Alzheimer hastalığından

hayatını kaybeden yaşlıların sayısı, 2012 yılında 7 bin 524 iken 2016 yılında 12 bin 900'e yükselmiştir. Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların oranı 2012 yılında %3,4 iken bu oran 2016 yılında %4,5'e yükselmiştir. Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların oranı cinsiyetlerine göre bakıldığında, her iki cinsiyette de artışlar yaşandığı görülmektedir. 2012 yılında Alzheimer hastalığından ölen yaşlıların oranı erkeklerde %2,7; kadınlarda %4,2 iken, 2016 yılında bu oranın erkekler için %3,5, kadınlar için %5,4'e yükselmiştir (TÜİK, 2017).

Uluslararası Alzheimer Federasyonu (Alzheimer's Disease International/ ADI) tarafından yayımlanan 2015 Dünya Alzheimer Raporu'nda dünyada 46,8 milyon Alzheimer hastası olduğu ifade edilmektedir. Raporda bu rakamın 2030 yılında 74.7 milyon, 2050 yılında ise 131.5 milyona ulaşacağı öngörülmektedir. Hasta sayılarının düşük ve orta gelirli ülkelerde daha hızlı artacağı konu ile ilgili araştırmanın önemli bir bulgusu olarak dikkat çekmektedir. 2015 yılında, tüm Alzheimer hastalarının % 58'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşarken; 2030'da %63'ü ve 2050'de %68'i düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayabileceği belirtilmiştir.

2.1.5. Alzheimer Hastalığının Mali Boyutu

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'nün (OECD) verileri incelendiğinde, Alzheimer hastalığı gibi kronik beyin hastalıklarının ekonomik ve sosyal etkilerinin, 2050 yılına kadar 100 milyon kişiyi doğrudan etkileyeceği dünya genelinde en önemli halk sağlığı sorunu haline geleceği ifade edilmektedir. Demografik eğilimlerin bu şekilde devam etmesi, yaşlı nüfusun toplum içindeki oranının muhtemel olarak artacağı düşünüldüğünde sağlık hizmetleri için tüketici talebinin benzeri görülmemiş şekilde artmasına neden olacağı belirtilmektedir. Dünya çapında sağlık sistemleri, yakın zamanda daralan kaynakların bulunduğu bir ortamda, sağlık piyasasının önemli bir şekilde büyümesinin bir sonucu olarak ciddi bir krizle karşı karşıya kalabileceği raporda yer almaktadır (OECD, 2013:5, <http://www.oecd.org/health/health-systems/Renewing-priority-for-dementia-Where-do-we-stand-2018.pdf>- Erişim Tarihi: 05/11/2020).

Alzheimer hastalığının maliyeti yalnızca hastalar, yakınları ya da bakım verenleri değil, aynı zamanda toplumu da bir bütün olarak etki etmektedir (Lazariciu, 2004:6). Hastaya tanı konulması, tedavi edilmesi ve hastalığın yönetilmesi için kullanılan ekonomik maliyetlerin yanı sıra sürekli bakım ve uzun süreli tedavi gerektiren bu hastalığın; hasta, aile bireyleri ve bakım veren üzerindeki duygusal yükü ve yaşam kalitesine etkisi de göz önünde bulundurulduğunda topluma sosyal olarak maliyeti çok yüksek olan kronik hastalıklardan biri olmaktadır (Eroymak ve Yiğit, 2017:189 ; Alzheimer's Association, 2015: 45).

Genel olarak demans hastasıyla yaşayan insanların sayısı 2018 yılında 50 milyondur ve 2030 yılında 82 milyona çıkması beklenmektedir. Hastaların çoğunluğu düşük ve orta seviyede gelire sahip olan ülkelerde yaşadığı belirtilmektedir. 2015 yılında Uluslararası Alzheimer Federasyonu (Alzheimer's Disease International/ ADI), demansın küresel ekonomik etkisine dair tahminleri ortaya koyan bir rapor hazırlamıştır. 2015 yılında demansın küresel maliyetinin 818 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir. Bu maliyetlerin %40'ının enformal bakım, %40'ının sosyal bakım alanı ve %20'sinin de sağlık sektörü ile ilgili olduğu belirtilmiştir. Raporda, maliyetlerin eşit olmayan bir şekilde dağıldığı belirtilerek, toplam gelirin %87 sinin yüksek gelirli ülkelerin elinde olduğu ifade edilmektedir. Maliyetlerin nasıl hesaplandığına bakılmaksızın enformal bakım verenlerin Alzheimer hastalığına katkısının olduğu vurgulanarak, bakım verenlerin çoğunun aile üyelerinin olduğu ve bununla beraber bakım verme işinin stresli olduğu ve başa çıkma, bakım yükü, stres, depresyon, sosyal ağ ve hastalık oranı ile tanımlanabileceği belirtilmektedir. Öte yandan raporun hazırlanmasını bir amacı da bakım verenlerin çoğunluğunu kadınların oluşturmasından dolayı toplumsal cinsiyet bakış açısına da yaptığı vurgudur. Düşük gelirli ülkelerde %71 oranında kadınların katkı verdiği belirtilmiştir. Aile üyeleri, arkadaş ve yakınların Alzheimer hastalarına bakım verme noktasında sosyal maliyetleri üzerinde büyük bir etkiye sahiptir.

Alzheimer hastalığının maliyeti ile hastalığın gelişimi arasındaki ilişkiye odaklanan hastalık maliyet çalışmalarının sonuçları incelendiğinde varılan ortak sonuç hastalığın maliyetinin hastalığın gelişimi ile doğru orantılı olarak arttığı görülmektedir (Eroymak ve Yiğit, 2017:189). Yaşlanan bir toplumun sağlık sunum hizmet sistemlerindeki etkisi

çok yönlü olmaktadır. Bunun da politikacılar tarafından üstesinden gelinmesi gereken zor bir mesele olduğu görülmektedir. Sorunun, sağlık ekonomisi ve sağlık hizmeti sunumundan sağlık teknolojisi ve biyotıp inovasyonuna kadar çeşitli karmaşık etkenlerden oluştuğu belirtilmektedir (OECD, 2013:6).

OECD'nin raporunda bu durumun radikal karar ve yaklaşımları zorunlu kılacağı ifade edilmektedir. Geleneksel yaklaşımların, yaşlanmakta olan bir toplumun sağlık sorunları ile ilgili beklentilerine çözüm için yeterli olmayacağı, sağlık hizmetlerinin finanse edilmesi ve / veya hizmeti için mevcut sistemlerin değişimine yönelik yeni paradigmalardan veya çözümlerin ortaya çıkarılmasına ihtiyacının kaçınılmaz olduğu belirtilmektedir. Bu bağlamda, gelişmiş ülkelerin sağlık politikaları ile önceliklerinin sistematik bir şekilde eleştirel analizleri yapmaları gerekmektedir. Bu analizlere göre, sağlık hizmetlerinin sunulması bilimsel ve teknolojik yeniliklerin uygulanması ve sağlık hizmetlerinin ekonomik yükünün azaltılmasına acil olarak ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir. Çoğu ülke için kritik olan zorluğun, sağlık üzerine araştırma ve geliştirmeye (Ar-Ge) teknik-bilimsel kapasite oluşturmak için uzun vadeli (10 yıl veya daha fazla) sürekli desteğin nasıl finanse edileceği konusu olduğu belirtilmektedir (OECD, 2013:6).

2.2. ALZHEİMER HASTALIĞINDA BAKIM

2.2.1. Bakım ve Bakım Veren Kavramları

Türk Dil Kurumu (TDK)'na göre bakım, bakma işi, bir şeyin iyi geliştirilmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak ifade edilmektedir (<https://sozluk.gov.tr/> , Erişim Tarihi: 03/04/2020) Bakım veren ise; fiziksel, ekonomik, sosyal ve duygusal yönden hasta bireye destek sağlanmasından sorumlu olan kişidir. Bakım kavramı içeriği itibarıyla, insanın itibarını, saygısını ve acı çeken bir insan için fiziki ve duygusal anlamda orada bulunmayı içermektedir. Bakıma ihtiyaç duyan birinin yanında bulunmak, ona karşı sevgi, şefkat ve duyarlılık göstermek anlamı taşımaktadır (Altıok, Şengün ve Üstün, 2014).

Bakım verme kavramı literatürde çok geniş bir yelpazede tanımlanmaktadır. Kavramı bakıma muhtaç bireye, fiziksel, sosyal ve maddi açıdan destek vermenin yanında ona sağlık yönünden bakımını (hastane hizmetlerinden yararlanması, doktora ulaşım, ilaç temin edilmesi, sağlık durumu takibi vb. gibi) sosyal gereksinimlerini sağlama, kişisel bakım ihtiyaçlarını (beslenme, giyinme, tuvalet, yıkanma vb.) sağlama, ev içi işlerini yapma, ulaşımını sağlama ve parasının koordinasyonunu sağlama gibi birçok yardımı içeren kısa veya uzun süreli zamanı değişken olabilen, aile bireyleri veya profesyonel kişiler tarafından yapılan faaliyetlerin tümüdür (Baysan, 2016:30). Hastaların bakım sürecini bir ücret almadan üstlenen ve onların yaşam kalitelerini artırılması için çaba gösteren kişiler genellikle hasta yakını olan bireylerdir. Bunlar “informal bakım verenler” ya da “birincil/primer bakım verenler” olarak ifade edilmektedir (Akpınar, 2009:22).

Birincil bakım verenler, hastanın her gün ve sürekli olarak bakımını sağlayan kişiler olabileceği gibi, bakımı sürecinde onların çevresel düzenlemelerini sağlayan ve bunlardan sorumlu olan kişiler de olabilmektedir. Bakım veren birey aynı zamanda hastanın tıbbi tedavi ile psiko-sosyal iyileştirme sürecinde bir aracı olarak tanımlanabilmektedir (Yacı, 2010:30). Bu tanımlama çerçevesinde bakım verenin aynı zamanda sosyal çevresi değiştiği için yeni bir kimlik ve role sahibi olduğu; kimlerin hangi koşullarda aile üyeliğinden hasta yakınlığına, oradan da bakım veren durumuna geçtikleri ve bu rollerin zaman içindeki dönüşümleri üzerinde çalışılması gereken konular arasındadır. Alzheimer tipi demans tanısı konan bireyler arasında, bakım verme rolündekilerin çoğunluğunun eşler veya yetişkin çocuklar olduğu ve literatürün çoğunun bu tür aile üyelerine odaklandığı görülmektedir (Holley ve Mast, 2009: 388; Atagün ve ark., 2011; Brodaty ve Donkin, 2009; Garcia ve ark., 2012; Jathanna ve ark., 2010).

Formal bakım verenler ise, evinde bakım almaya muhtaç bireylere değişik mesleklerden uzman ya da yarı uzman olarak görevlendirilen kişilerin sağladıkları bakım olarak tanımlanmaktadır. Literatürde “ücretli bakım veren”, “resmi bakım veren”, “profesyonel bakım veren” şeklinde tanımlayıcı ifadelerle yer almaktadır. Bu bakımı sağlayan meslek elemanları, hemşireler, beslenme ve diyetetik uzmanları, sosyal hizmet uzmanları, fizyoterapi ve rehabilitasyon uzmanları ve evde bakım yardımcılarında oluşmaktadır. Bakıma ihtiyaç durumu sadece Alzheimer hastaları için değil tüm yaş grubundaki bireyler

için olabilmektedir. Yaşlıların, fiziki ve sosyoekonomik yetersizlikleri bakım ihtiyaçlarını etkileyen önemli parametrelerin başında gelmektedir.

2.2.2. Alzheimer Hastalarına Bakım Vermede Yaşanılan Sorunlar

Bakım verme, bakım veren bireyler açısından birden fazla boyut içeren ve algılanan bir deneyimdir. Yapılan araştırmalarda hasta bakımını üstlenen primer bakım verenlerin duygusal stres, kronik rahatsızlık, sosyal faaliyetlere katılımında azalma, aile üyeleri ile ilişkilerde, ekonomik ve iş yaşamında pek çok güçlük yaşadıkları belirlenmiştir. Bakım verme deneyimi ile ilişkili fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik stres değişkenlerine verilen çok boyutlu bir yanıt bakım yükü olarak tanımlanmakta ve bakım veren için olumsuz ve stres yaratan bir süreç olup birçok faktörden etkilenmektedir (Arffman, 2012:6, Yacı, 2010: 30).

Bakım verenlerin çoğu hastasına olan sorumluluk ve duygusal yüklerinin altında zarar görmekte, vücut fizyolojisi bozulmaktadır (Bahrer-Kohler, 2009:68; Koca, Taşkapılıoğlu & Bakar, 2017). Sigara kullanma, alkol alışkanlığı, madde bağımlılığı, uyku bozukluğu, reçeteli ilaçların daha fazla kullanımı ile ilişkilendirilmektedir (Reinhard vd.,2008). Bakım veren kişinin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitimi, çalışma durumu, geliri, sağlık sorunları gibi parametreler olabileceği gibi yakınlık derecesi, bakım verme nedenleri, bakılan süre de bakım verme ile ilgili sorunlarla alakalı değişkenler arasındadır (Uygun ve Taylan, 2018:517; Işıkkhan, 2018: 6).

Papastavrou ve arkadaşlarının (2009) demans hastalarının bakımında aile yükünü ve bakım verenlerdeki cinsiyet farklılıklarına ve bunun bakım verme noktasındaki zorluğuna olan etkisini araştırdıkları çalışmalarında bakım verenlerin bakım yükü, depresyon ile cinsiyet farklılıkları göz önüne alındığında kadınların daha fazla gerginlik yaşadıkları belirtilmiştir. Baş etme yollarına bakıldığında, bakım veren kadınların duygusal başa çıkma stratejileri kullandığı ifade edilmiştir.

Hastanın bakımında aile üyelerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Bilhassa kadınların ve kız çocukların hastaya bakım verme sürecinde doğal bakım verenler olarak

kabul edildiği görülmektedir. Aile üyelerinin verdiği bakım, aynı zamanda pek çok ülkede de bakım faaliyetlerinin merkezini oluşturmaktadır. Alzheimer hastalığının ilerleyici özelliği dolayısıyla hastada gözlemlenen sürekli değişimler, bakım verenlerde zorlanmalara ve yaşam deneyimlerinin etkilenmesine ve farklılaşmasına neden olmaktadır. Hastalığın erken evrelerinde bakım verenler, hastanın ev dışı faaliyetleri, tedavi işlemleri, ekonomik konulara ilişkin işlerin devamını sağlamasına yardım ederken, ileri evrelerinde hastanın temel bakım işlerinden (banyo yapması, giyinmesi, yemek yemesi) sorumludurlar. Dolayısıyla hastalığın evrelerine göre uzun, yıpratıcı ve zorlu bir süreç olduğu görülmektedir (Koca, Taşkapılıoğlu ve Bakar, 2016:84). Bu işlevleri yerine getirirken aileden ya da yakın çevresinden yeterince destek alamaması durumunda bakım verenler psikolojik, ekonomik ve aile içi rollerinde ve ilişkilerinde güçlükler yaşamaktadırlar (Lök, Günbayı ve Buldukoğlu, 2015). Hastalığın ilerlemesiyle bakım verenlerde mortalite ve morbiditenin arttığı gözlemlenmektedir (Koca, Taşkapılıoğlu ve Bakar, 2016:84).

Bakım verenin içinde yer aldığı kültürel ortam, bakım verdiği bireyle olan ilişki örüntüleri bir diğer önemli noktadır. Wezel ve arkadaşlarının (2016) Hollanda'daki Türk, Fas ve Surinamlı kadın bakım verenlerin bakım konusu hakkındaki algıları ve bakış açılarını açıklamaya çalıştıkları araştırmalarında bakım verenlerin bakıma ilişkin algıları şöyle ifade edilmiştir; aile üyelerine verilen bakım kültür ve din tarafından dayatılan bir iş olup, öncelikli olarak kadınlar için bir iştir. Dini ve kültürel yükümlülükleri daha güçlü vurgulayan bakım verenler dinlerinden ve inançlarından büyük bir güç ve destek elde ettiklerini ve bunun daha uzun süre bakım vermeye devam etmelerini sağladığını vurgulamışlardır. Araştırmada sahip oldukları kültür ve din ile bağlantılı olarak, Türk, Fas veya Surinam kökenli kadın bakım verenlerin, bakımı saygı ve sevgi ile yapmaları gereken bir görev olarak görmekte olduklarını belirtmişlerdir (Wezel ve Ark, 2016).

Alzheimer hastaları, fiziksel sorunlarına ilave olarak donukluk ve ilgi kaybı, dolaşma, oryantasyon bozukluğu, ilgi odağı olma isteği ve düşkünlük, öfke ve saldırganlık gibi davranış sorunları ile kişisel bakım, beslenme ve ile ilgili sorunlar yaşamaktadırlar (Barlas ve Onan, 2007; Kourakos, Kafkia ve Minasidau, 2016). Hastaların davranışlarında bozulma ve yaşamını tek başına sürdüremeyecek duruma gelmesi aile içi

rollerde değişime neden olarak aile bireylerini olumsuz etkilemekte ve bu bağlamda hastanın aile desteğine gereksinimi olduğu, hastanın tanı, tedavi ve bakım giderlerinin aileye yük oluşturduğu görülmektedir (Barlas & Onan, 2007). Hastalığın seyrine istinaden hastalarda ortaya çıkan değişimler yetişkinlikten çocukluğa dönüş veya giderek bakım aldığı kişiye bağımlı olma şeklindedir. Bakım verenin umudunu besleyecek ve destekleyecek hizmetlerin az olması ya da alınamaması bakım vereni zorlayan önemli faktörlerden bir diğeridir (Lök, Günbayı ve Buldukoğlu, 2015: 92).

Onat Kaya ve Çelik'in (2018), Alzheimer hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım verme yüklerini tespit etmek amacıyla yaptıkları araştırmada bakım veren aile üyelerini "Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması", "Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık", "Toplumsal İlişkilerde Bozulma", "Ekonomik Yük" ve 'Bağımlılık' alt problemleriyle yüzyüze geldikleri ve sonucunda bakım verenlerin kendilerini bakım vermeden önceki hayatlarına oranla daha izole, sosyal anlamda kısıtlanmış, görece daha sinirli bir ruh hali ve ekonomik olarak sıkıntılar yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Onat Kaya ve Çelik, 2018).

Alzheimer hastalarına bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları sıkıntılarını ortaya çıkarmak bağlamında Sinop'ta gerçekteştirilen diğer bir araştırmada bakım verenlerin çoğunlukla kadın (%74), evli (%81), orta yaş grubu ve hastanın kızı (%43) olduğu, asgari ücret ve daha az gelire sahip olduğunu %61.2 sinin bakım vermektten kaynaklı hastalığı olduğunu; hastalığı olanların %43 ünün psikiyatrik hastalık tanısı aldıkları ifade edilmiştir (Uygun, 2019). Bakım verenlerin en çok ihtiyaç duydukları şeyler ise ev işleri, ulaşım, kişisel temizlik, tedavi, mali durumları, giyim ve boşaltım ihtiyaçlarını karşılama olarak sıralanmıştır. Bakım vermektten kaynaklı olarak yaşanılan sorunları ise eve bağımlı hale gelmeleri, ani olarak sinirlenmeleri, kendilerini yorgun hissetmeleri ve zaman ayıramamaları olarak belirtmişlerdir. Bakım verenlerin %50 sinin bağımlı hastasına aileden gelen bir sorumluluk ve sevgi bağları nedeniyle bakım verdiklerini belirtmişlerdir (Uygun, 2019).

2.2.3. Alzheimer Hastalarına Yönelik Yasal Mevzuat ve Bakım Hizmetleri

Ülkeler kendi yaşlı bireylerinin bakım hizmet ve programlarını yürütmeye yönelik girişim ve politikalar üretmektedirler. Bu bölümde ülkemizde yaşlılara yönelik mevzuat ve bakım hizmetlerinin neler olduğu ve nasıl bir süreç ile şekillendiğine kısaca yer verilecektir.

2.2.3.1. Alzheimer Hastalarına Yönelik Yasal Mevzuat

1982 Anayasasının 10. Maddesinde yer alan “Herkes, dil, ırk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetmeksizin kanun önünde eşittir.” hükmü eşitlik vurgusunu yapmaktadır (https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2018.pdf, erişim tarihi: 29/04/2020). Anayasasının 61.maddesinde ise Sosyal Hizmetler alanına giren gruplar net olarak belirlenmiş, korunmaya, bakıma, yardıma ve rehabilitasyona muhtaç çocuk, engelli ve yaşlılara öncelik tanıyarak, devletin bu alanda gerekli teşkilat ve tesisleri kurması veya kurdurması hükmünü getirmiştir. Anayasanın bahsi geçen hükmü gereği doğrultusunda hazırlanan 2828 sayılı (mülga) Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile sosyal hizmetlere ilişkin faaliyetlere devletin denetim ve gözetiminde halkın gönüllü katkı ve katılımı da sağlanarak bir bütünlük içinde yürütülmesi esası getirilmiştir. Böylece 2828 sayılı Kanunla kurulan (mülga) Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu “Ekonomik ve sosyal yoksunluk içinde olan özel ihtiyaç gruplarının (aile, çocuk, sakat, muhtaç yaşlı ve diğer kişiler) ihtiyaçlarının karşılanmasını, çeşitli sorunların önlenmesi ve çözümlenmesine yardımcı olunmasını, hayat standartlarının iyileştirilmesini amaçlayan sistemli ve programlı hizmetler bütünü olarak mahalli ve ulusal düzeyde planlama, yönetim ve denetleme” görevini üstlenmiştir. Diğer bir şekilde ifade etmek gerekirse, görece dezavantajlı grupta olan bireylere sağlanan pozitif ayrımcılığın korunması görevi devlete yüklenmiştir. Devlet bu doğrultuda sosyal güvenlik kapsamı dışında kalan bireylere kendi mali kaynakları hacminde görevini yerine getirmeye çalışmaktadır.

Ülkemizde sosyal yardım anlamında yapılan önemli bir adım 2022 sayılı kanunla 65 yaşını doldurmuş, sosyal güvencesi olmayan, emekli aylığı almaya hak kazanmamış

mutsuz, güçsüz ve kimsesiz yaşlılara aylık bağlanması olmuştur (Ergin, 2016:15). Bahsi geçen kanundan yararlanabilmenin ilk şartı muhtaç olunma durumudur. Koşula uyan 65 yaşını doldurmuş yaşlı bireylere, 18 yaşından büyük engelli ve bakmakla yükümlü olunan 18 yaş altı engelli yakını bulunan Türk vatandaşlarına bu aylık bağlanmaktadır (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17049&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>- Erişim Tarihi 13/09/2020, Özdamar ve Çakar, 2015: 70). Aylık tutarı 2020 yılı için 711 TL olan yaşlı aylığını 2019 yılı itibariyle alan kişi sayısı 709.590 kişidir. Yaşlı aylığı alan bireylerin içinde ne kadarının Alzheimer hastası olduğu bilgisine net değildir (Nazlıer Keser, 2019). Öte yandan Alzheimer hastalarına bakım verenlere nakdi olarak verilen diğer yardım evde bakım maaşıdır. 2020 yılı Temmuz ayı enflasyon oranları baz alınarak belirlenen rakam 1383 TL'dir.

2.2.3.2. Alzheimer Hastalarına Yönelik Bakım Hizmetleri

Bakım hizmetlerinde amaç, Alzheimer hastasının ailesinin yanından ve sosyal çevresinden kopartılmadan bakımın sağlanarak ailenin bakım hizmetleri noktasında maddi ve manevi olarak desteklenmesidir. Bakım hizmetleri, evde bakım ve kurum bakımı olarak sınıflandırılmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin yöneldiği yaş grupları, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerindeki kronik ve uzun süreli bakımı gereken yaşlı bireylere ilaveten kronik rahatsızlığı bulunan her yaş grubu (bebek ve çocuk dahil) çok yönlü bakım hizmetlerini güvenli ev koşullarında alabilmektedirler (Yılmaz ve Ark., 2010: 127). Bu bakım hizmetleri için yapılan ilk yasal düzenleme 1 Temmuz 2005 ten itibaren başlayarak Mülga Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından gerçekleştirilmiştir. Böylece bakıma muhtaç bireylere kamu veya özel bakım merkezlerinde kurumda veya evde bakım hizmeti sunulması sağlanabilmiştir. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge 2011 yılında revize edilmiştir. Evde sağlık hizmetlerinin sunumunda Bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri, ağız ve diş sağlığı merkezleri bünyesinde kurulan evde sağlık merkezleri birimleri ile toplum sağlığı merkezleri, aile sağlığı merkezleri ve aile hekimleri yapılandırılmış ayrıca Üniversite hastanelerinin de evde bakım birimleri oluşturularak hizmetlerin etkin olarak sunulması sağlanmıştır (Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020).

Evde bakım hizmetlerinin, niteliği gereği üç açıdan sınıflandırıldığı görülmektedir. Birincisi; evde bakım yalnızca tıbbi hizmetlerle sınırlı kalmayarak bireyin ihtiyaç duyabileceği sosyal hizmetleri de içine almaktadır. İkincisi; evde bakım, kısa süreli veya uzun süreli olarak sunulmaktadır ve hizmet kapsamları çoğu kez birbirinden oldukça farklılık gösterebilmektedir. Kısa süreli sunulan evde bakım hizmetleri, tıbbi hizmet ağırlıklıdır ve çoğunlukla hastane sonrası nekahat (iyileşme) dönemi içinde verilmektedir. Bu süre, genel olarak 30 gün olarak belirlenmiştir. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ise, hem tıbbi hem de sosyal bakım hizmetlerini içermekle birlikte, sosyal bakım ağırlıklıdır ve 6 aydan daha fazla bakım gereksinimini olan bireylere yönelik verilen hizmetleri kapsamaktadır. Üçüncüsü ise; Profesyonel olarak evde bakım hizmeti veren meslek grupları ki bunlar profesyonel/resmi bakım verenler (formal) şeklinde; diğeri ise aile fertleri veya karşılığında para almayan yakınlardan (akraba, komşu, arkadaş vb.) oluşan gayri resmi (informal) bakım verenlerdir (Yılmaz ve Ark., 2010: 127-128). Formal bakım verenler genellikle hemşire, terapist, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcılarında oluşmaktadır (Işıksan, 2018: 4). Verdikleri hizmetler genel olarak, hemşirelik servisleri, destek sağlık hizmeti, gündüz ya da gece bakımı, şahsi bakım, sosyal destek gibi hizmetlerdir.

Kurum bakımı, evde verilen veya verilecek desteğe cevap veremeyen ya da veremeyecek kadar yardıma ihtiyacı olan, aile yanında bakılması mümkün olmayan bireylerin kişisel, sosyal, psikolojik, sağlık ihtiyaçlarının giderildiği, boş vakitlerini değerlendiren nitelikte etkinliklerin sağlandığı, sosyal etkileşimlerin ve faaliyetlerin arttığı bakım türüdür.

Ülkemizde Alzheimer hastalarına yönelik bakım hizmetlerinin diğer dünya ülkelerine benzer olarak genellikle aile üyelerince verilmekte olduğunu görmekteyiz. Fakat özellikle son yıllarda köyden kente göç artışının olması, geleneksel aile yapısından çekirdek aile yapısına geçilmesi, kadınların çalışma yaşamında etkin hale gelmesi uzun süreli bakımda ailenin rolünü yavaş yavaş azaltmıştır (Demans Bakım Modeli, 2017: 29). Bu anlamda bakıldığında Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin uzun süreli bakımda gerek evde gerekse kurumda artan şekilde devlet desteğine ve kurumsallaşmış yapılara ihtiyacı olduğu görülmektedir. Uzun süreli bakımda hastaların bağımlılık düzeyinin fazla olması, aile bireylerinin uzun vadede hasta bakımını istenilen düzeyde yapamaması, özellikle

sağlık noktasında bakım verme yetersizlikleri kurumsal bakıma olan ihtiyacı daha fazla ortaya çıkarmıştır (Demans Bakım Modeli, 2017:29).

Kurum bakımı göz önüne alındığında, Türkiye’de yaşlı ve engelli bireylere bakım hizmetlerini organize eden yetkili kurum Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’dır. Yaşlı ve engellilerle alakalı her türlü sosyal yardım ve güvenlik hizmetlerinin koordinasyonu, korunmaya muhtaç yaşlı, çocuk ve engellilerin bakım ve rehabilitasyonunun sağlanması, aynı zamanda çalışma gücünü yitiren bireylerin sosyal güvenliğini sağlamak için 3017 sayılı Sağlık Sosyal Yardım Bakanlığı teşkilat kanunu 17. Madde ve 225 sayılı kanunun 4. Maddesi ile Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü kurulmuştur. Böylece tarihimiz boyunca yaşlı bireylere, dini vecibeler ya da hayırsever hislerle bireysel şekilde, farklı mevzuatlar çerçevesinde kamu ve özel kuruluşlarca aynı ya da nakdi yardım olarak verilen ve plan-programı olmayan hizmetlere daha yeni bir düzenleme getirilerek, söz konusu ihtiyaç gruplarına hizmetin bir bütün olarak ve insan onuruna yakışır bir biçimde ve sistematik olarak hizmet almaları sağlanmıştır.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı ilk huzurevi 1966 yılında Konya'da, ikincisi ise Eskişehir'de hizmete girmiştir. Nüfusun yaşlanmasına paralel olarak aile yapısındaki dönüşümle beraber Huzurevlerinde kalan yaşlı sayılarında artışlar yaşanmıştır. Aşağıdaki tabloda 2019 yılı Eylül ayı itibariyle ülkemizde yer alan huzurevleri sayıları ve kapasiteleri gösterilmiştir.

Tablo 1. Ülkemizdeki Huzurevleri Sayıları ve Kapasiteleri

Huzurevleri	Sayı	Kapasite
Bakanlığa Bağlı Huzurevleri	152	15264
Özel Huzurevleri	233	14917
Diğer Kamu Kuruluşlarına ait Huzurevleri	25	3504
Toplam	410	33685

Kaynak: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2019)

2.3. STRES, KAYGI VE STRESLE BAŞETME

2.3.1. Stres ve Kaygı Kavramları

Stres kelimesi Latince’de “sıkıca bağlanma, sıkıca tutma” anlamına gelen “stringere” kelimesinden gelmektedir. Stres kavramı, stresörlere verilen duygusal ve fizyolojik reaksiyonlar olarak tanımlanabilmekte olup (Lloyd ve ark., 2002:256), bireyin günlük yaşamında karşılaştığı herhangi bir olumsuz olay karşısında kendini ve iyi olma halini tehdit ettiğini hissetmesi ve bunun sonucunda baş etme becerilerini değerlendirmesi olarak da ifade edilmektedir. Kavramı tanımlama, açıklama ve yordama gayretleri çok eski tarihlere uzanmaktadır. Genellikle psikoloji alanında çalışmalar yapılan stres kavramı, bazı durumlarda bağımsız değişken bazen de bağımlı değişken olarak ele alınmıştır. Bu bağlamda kavramın algılanmasında bir takım temel farklılıklara neden olmuştur (Siva, 1991: 3). Bağımsız değişken şeklinde ele alındığında stres, uyaran temelli yani çevreden kaynaklanan rahatsızlıkları ifade ederken, tepki temelli şeklinde ele alındığında ise fizyolojik ve psikolojik olarak verilen tepkiler göz önüne alınmıştır (Siva,1991).

Stres kavramını duygusal olarak ele alan ilk kişi Walter Cannon (1932) dur. Cannon’a göre stresin tanımı ağır çevre koşullarına uyum sağlayabilme adına bireyin verdiği “acil bir tepki”dir. Yine stresi duygusal olarak ele alan bir diğer araştırmacı Selye’de (1950) stresi kişi ile çevresi arasındaki problemlerin neticesinde fizyolojik sistemde ortaya çıkan bir savunma şekli olarak belirtmiştir. Bu durumu Selye “Genel Uyum Sendromu” olarak ifade etmiştir. Buna göre, birey dışarıdan gelen tehditlere karşı alarmda bulunur ve uyaran etkisi devam ettirdiğinde alarm yerini “direnc” e ve sonraki süreçte “tükenme” olarak devam eder (Siva, 1991: 4, Duygun, 2001:21).

Stresin bireysel tepki olarak tanımlanması bir takım eleştirileri de beraberinde getirmiştir. Bireylerin çevreden gelen etkilere karşı kişilik yapıları, olayları algılamaları ve uyarıcının niteliğine göre farklı tepkilere sebep olduğu ifade edilmiştir (Spielberger’den akt. Siva, 1991). Stresin tepki olarak incelenmesine karşı olan görüşler Caplan ve Lindermann’ın

çalışmalarıyla ortaya konulmuştur. Caplan ve Lindermann stresi uyarıcı bağlamda ele alarak hangi unsurların stres yaratabileceğine ilişkin çalışmalar yapmışlardır.

Elliot ve Eisdorfer (1982) stres yaratan durumları dört grupta ele almıştır. Buna göre; a) ani bir zamanla sınırlı stres durumları, b) aşamalı olarak stres yaratan durumlar (boşanma, yas gibi), c) kronik ya da sürekli tekrarlı stres yaratıcı durumlar (sınavlara hazırlık) ve d) kronik stres yaratan durumlar (kronik hastalara bakım verme gibi). Billings ve Moos'un (1981) ele alış biçimine göre ise bir uyarıcı olarak altı çeşit stres kaynağından bahsetmektedir. Bunlar; hastalık, ölüm, ekonomik, çocuk, kişilerarası ve kişilerarası olmayan şekilde belirtilmektedir. Uyarıcı temelli bu yaklaşımda stres durumunu meydana getiren olayların yine kişinin kendi patolojik yapısından kaynakladığı ifade edilmektedir.

Bu tanımlar bize stresin çevre ve insan arasındaki ilişkisinin yadsınamaz düzeyde olduğunu göstermektedir (Lazarus, 1993:8). Etkileşimsel model olarak adlandırılan modelde stres hem uyarıcı hem de tepki olarak ele alınmış olguyla ifade edilmiş, bilişsel değerlendirme, deneyim, talep, kişilerarası etki ve stres durumu olarak gelişimi gösterilmiştir. Etkileşimsel model genel olarak değerlendirildiğinde 3 olayın varlığından bahsedilmektedir. Bunlar; a) stresin kaynağı, b) strese verilen tepkideki değişken durumlar c) stresin etkisi'dir.

Bir başka kavram olan Kaygı, yaşamı tehdit eden veya tehlike olarak algılanan içsel veya dışsal bir tehdit, tehdit olasılığı ya da tehlike şeklinde algılanıp yorumlanan bir olay karşısındaki duygu durumudur. Genellikle olumsuz bir şey yaşanacakmış düşüncesiyle meydana gelen ve sebebi bilinmeyen gerginlik duygusu olarak tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi 13.09.2020).

Kaygının, insanlarda iki şekilde gözlenebildiği belirtilmektedir (Alisinanoğlu ve Ulutaş, 2003:66) ; 1- Ayşe çok kaygılı bir insandır (sürekli kaygılıdır). 2- Ayşe çok kaygılı bir insan değildir ama onun özel durumu onu kaygılandırmaktadır (yani duruma göre kaygılanır). Bu, Speilberger'in ele aldığı durumluk-sürekli kaygının bir başka şekli olarak yorumlanabilmektedir.

Durumluk-sürekli kaygı kavramı, ilk olarak Cattell ve Scheier' in araştırmasıyla ortaya konulmuş, sonrasında Spielberger ve arkadaşlarının araştırmaları akabinde modernize ettikleri iki faktörlü kaygı kuramının temelini meydana getirmiştir. Durumluk kaygı, bireyin içinde bulunduğu stresli halinden dolayı hissettiği sübjektif bir korkudur. Fizyolojik olarak da bireyin sinir sisteminde oluşan bir uyarılma neticesinde terleme, kızarma ve titreme gibi parametrelerle kendini göstermektedir (Alisinanoğlu ve Ulutaş, 2003:66) .

Stresle beraber bireylerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerindeki artış, Stresin ortadan kalkmasıyla yerini azalmaya bırakır. Sürekli kaygı; kişinin kaygı yaşantısına olan yatkınlığıdır. Buna kişinin içinde bulunduğu durumları genellikle stresli olarak algılamaya da stres olarak yorumlama eğilimi neden olabilmektedir. Nesnel ölçütlere göre normal bir durumda kişi tarafından tehlikeli ve özünü tehdit edici (küçültücü) olarak algılanması sonucu oluşan hoşnutsuzluk ve mutsuzluk duygusudur. Bu tür kaygı düzeyi fazla olan kişilerin, kolaylıkla kırıldıkları ve karamsarlığa kapıldıkları görülmektedir. Bu kişiler, durumluk kaygıyı da diğerlerine oranla fazla yaşamaktadır (Öner ve LeCompte, 1998).

2.3.2. Stresle Baş Etme Kuramları

Baş etme kavramının literatüre ilk olarak Lazarus tarafından dâhil edildiği belirtilmektedir. Ona göre baş etme çevresel etmenlerle duygusal refleks arasındaki aktif bir süreçtir. Baş etme, bireyin stresli bir durumu yönetmesi veya tahammül etmesi için kullandıkları sürekli bilişsel ve davranışsal tepkileri ifade eder ve bu nedenle bireyin yanıt olarak kabul ettiği tüm bilişsel ve davranışsal önlemleri içerir (Garcia ve ark., 2012:1325). Bu süreç, stresli durum veya buna gösterilen tepkiyi değiştirmeyi içermektedir. Kobasa ve Pucetti (1983), bireysel özelliklerin (kişilik özelliklerinin) uyum sağlayan veya sağlamayan baş etme davranışlarının oluşmasında etkili olduklarını ifade etmişlerdir (Akt. Siva, 1991: 4).

Folkman ve Moskowitz (2000), baş etme ile ilgili kavramsal yaklaşımları şu şekilde özetlemişlerdir;

- a) Baş etmenin sıkıntıların yeniden düzenlenmesi ve sıkıntıya sebep olan sorunların yönetimi de dâhil olmak üzere çok sayıda fonksiyonları vardır.
- b) Baş etme, kişilik eğilimlerinden yani, kişini iyimser olması, dış dönük ya da içe kapanık olması gibi durumlardan etkilenir.
- c) Baş etme, sosyal kaynaklardan, bireyin çevresinden etkilenir (Folkman ve Moskowitz, 2000: 647).

Literatüre bakıldığında yaşlı hastalara ve Alzheimer hastalarına bakım verenler özelinde bazı stres modelleri olduğu görülmektedir. Pearlin ve arkadaşları tarafından geliştirilen Stresle Başa Çıkma Modelinde bakım verenin yaşadığı stres ve baş etme süreci, stresin öyküsünden, bağlamsal faktörlerinden, strese etken olan kişi/olaylardan, araçlardan ve sonuçlarından etkilenmektedir (Pearlin ve ark. 1990: 586).

Yaşlılara bakım veren bireylerin yaşı, cinsiyeti, medeni hali gibi kişisel özellikleri, bakım veren ile bakımı alan arasındaki ilişkinin niteliği ve bakım sunulan dış çevre faktörleri gibi parametreler stresin geçişini ve bağlamsal faktörlerini meydana getirmektedir. Yaşlı ve bakım veren bireyin aynı yerde oturuyor olması, aralarında önceki yıllardan bu yana iyi bir etkileşimin olmaması bakım verenlerde daha çok strese sebep olmaktadır. Yaşlının sinirli hareketleri, günlük yaşam faaliyetlerinde bakım verene bağımlı hale gelmesi strese sebep olan etmenler arasında gösterilmektedir. Stres etkenlerinin olumsuz sonuçlara sebep olmasını engelleyen araçlar (mediators), bakım verme sürecinde karşılaşılan stresle baş etme noktasında önemli bir yer teşkil etmektedir. Araçlar, bakım verme sürecinde strese neden olan faktörler ile sonuçları arasındaki karşılıklı ilişkiyi düzenleyen ya da değiştirmeye yardımcı olan bireysel, sosyal veya maddi kaynaklar olarak nitelendirilir. Örneğin bakım verme sürecinde bireyin sosyal destek kaynağı ya da ekonomik anlamdaki rahatlığı stresle baş etmesini daha kolay hale getirmektedir (Çapan, 2016: 40). Süreç sonunda stres faktörlerinin, araçların, bakım veren kişinin kişisel özelliklerinin etkileşimi sonucu bakım verme işini sahiplenen aile üyeleri değişik duygular hissedebilmektedir. Tüm bu yaşanan süreç, stresin sonucunu oluşturmaktadır (Pearlin ve Ark., 1990). Özetleyecek olursak Pearlin ve arkadaşları, baş etmeyi bakım verenin stres sürecindeki üç rolü yerine getirdiğini kavramsal olarak ifade eder: Bunlar, nesnel durumun yönetimi, durumun ortaya koyduğu anlamının yönetimi ve durumun sonucu olarak stres semptomlarının yönetimidir (Roche ve Ark. 2015: 225).

Lazarus ve Folkman (1984) tarafından geliştirilen stres modeli (Bilişsel değerlendirme modeli), strese adaptasyonun, stresin değerlendirilmesi ve bireyin kullandığı başa çıkma stratejileri ile aracılık ettiğini öne sürmektedir. Değerlendirme, birincil ve ikincil değerlendirme olarak iki biçimde yapılmaktadır. Birincil değerlendirme, kişi için neyin tehlikede olduğu ile ilgilidir. İkincil değerlendirme, kişinin mevcut olan sorunu yönetebilmek ve başa çıkma seçeneklerini değerlendirmesini içermektedir (Kneebone & Martin, 2003:2). Baş etme olarak adlandırılan çabanın hedefi, içinde bulunan koşullarımız veya onların nasıl yorumlandığının değiştirerek daha olumlu görünmelerini sağlamaktır.

Bilişsel arabulucu görünüm geliştikçe, baş etme süreci de değişeceği belirtilmektedir. Psikolojik stres olumsuz bir insan-çevre ilişkisini tanımladığından dolayı bireylerin durağan bir yapıdan değişimi hedef alan bir yapıya ulaşması amaçlanmaktadır. (Lazarus, 1993:8). Lazarus ve Folkman'ın stres modeli, kişiyi ve çevreyi dinamik, karşılıklı, iki yönlü bir ilişki içinde gören bir model olarak kavramsallaştırır (Transaksiyonel Model). Baş etme sürecinde değerlendirme her zaman arabulucudur (Beresford, 1996:31).

Bireyler birbirine benzer olaylara birbirinden farklı tepkiler vermektedir. Lazarus ve Folkman (1984)'a göre baş etme stilleri, problem odaklı ve duygu odaklı olmak üzere iki kategoride toplanmıştır (Jothanna ve Ark. 2010). Strese sebep olan problemin, yani çevre-insan ilişkilerindeki stres kaynaklarının, değişimine veya idaresine yönelik baş etmeyi problem-odaklı baş etme stilleri, soruna yönelik duygusal reflekslerin düzenlenmesine dair baş etmeyi de duygu-odaklı baş etme stili şeklinde nitelendirilmiştir.

Problem odaklı baş etmenin, genel olarak değişebilir olarak değerlendirilen hallerde, duygu odaklı baş etmenin ise durumların değişmez olarak değerlendirilmesi halinde daha sık kullanıldığı ifade edilmektedir. Problem odaklı baş etme, tehlikeli bir olayı ortadan kaldırma veya onun etkisini minimize etme şeklinde problem çözme ve çözüme odaklanma gibi stresli durumun öğelerini doğrudan değiştirmeye yönelik faaliyetleri içermektedir. Baş etme eylemi içsel ya da dışsal olabilmektedir. Problem odaklı baş etme stratejileri kullanan kişiler ortada herhangi bir şey yokmuş gibi davranmaktansa açıkça bir plan ortaya koyarak mevcut problemi ortadan kaldırmaya yönelik bir çaba içerisine

girerek kendilerini daha iyi hisseder. (Eteman Kaya, 2018) Problem odaklı baş etmeye örnek olarak; bilişsel problem çözme, karar verme, kişilerarası anlaşmazlıkları çözümlenme, nasihat alma, hedef belirleme ve zamanı olumlu kullanabilme gösterilebilir.

Duygu odaklı baş etme stres durumlarına gösterilen tepkiler incelendiğinde, bazı bireylerin bu durumun kendi içlerinde yarattığı etkilerle uğraştıklarını ve özellikle negatif etkileri azaltmaya yöneldikleri görülmektedir. Birey olayların artık kontrol edilemeyeceğine ve bu yüzden kabullenilmesine karar vermiştir. Bu bağlamda ulaşılabilecek başa çıkma sonucunda genelde stresin etkilerini azaltma ve değiştirme yönündedir (Eteman Kaya, 2018:13). Problem odaklı baş etme ve memnuniyet değerlendirmesi, sorunlu davranışın olumlu sonuçlar üzerindeki etkisine aracılık ederken, duygu odaklı baş etme ve yükün değerlendirilmesi, sorunlu davranışın olumsuz psikolojik sonuçlar üzerindeki etkisine aracılık eder (Carmen, L.M. 2003). Duygu odaklı baş etmeye örnek olarak; olayın anlamını düzeltmeye yönelik bilişsel gayretler, bilişsel yeniden şekil verme, sosyal benzetmeler, en aza indirgeme (minimize etme), olayları iyi yönüyle görme, kaçma kaçınma (escapism-yiyerek, içki, sigara ve ilaç kullanarak kendini daha iyi hissetme gayretlerini içerir) ve inkar (durumu gerçekliğini reddetme, görmezden gelmeye çalışma çabalarıdır) gösterilebilir.

2.3.3. Stresle Baş Etme Kaynakları

Stresle baş etme kaynakları, baş etme sürecinin önemli kısmını meydana getirmektedir. Stresle baş etme modeli, bireyin bazı kaynaklara sahip olduğunda strese karşı daha dayanıklı hale getirebileceğinden bahsetmektedir. Bu bağlamda bireysel, kişisel arası ve sosyal politik ya da ekolojik faktörlerden etkilenmektedir. Kişisel baş etme kaynakları; bireyin gelir durumu, maddi kaynakları, kişisel sağlık durumu, güçlülüğü, uyumu ve hareketliliği gibi parametrelerden oluşan fiziki kaynakları, değerleri ve kişiliği içeren kaynaklardır. (Yılmaz Dileköz, 2003) Sosyo ekolojik baş etme kaynakları ise bireyin çevresi veya sosyal alanı içinde bulunan ilişkileri içermektedir.

Hopfoll (1989) ‘‘Kaynakların Korunumu’’ modelinde bireyler kaynaklarını korumak ve aynı zamanda yeni kaynaklar yaratmaya çalışmaktadır. Bireyi tehdit eden şey kaynakların kaybedilmesi olasılığıdır ki üç şekilde ortaya çıkmaktadır:

- 1- Kaynakların kaybı tehdidi
- 2- Kaynakların tamamıyla yok olması
- 3- Kaynaklarında artış olmaması

Bu modele göre de birey için değerli olan objeler, kişilik özellikleri, koşulları, araçları, öz saygısı, sosyo ekonomik statüsüdür ki; kavramı aynı zamanda güçlendirme yaklaşımında da sıklıkla geçen terimdir. Özellikle sosyal destek, ekonomik destek gibi etmenler stresle baş etme kaynakları arasında yer almaktadır. Kaynakların korunumu modelinde sıkıntılı olan durumun bireylerin stres düzeyini sadece bireyin kişisel özelliklerine dayanan bir yaklaşım olarak kabul edilmeyeceği; stresin toplum içinde dağıtılan kaynaklara yönelik tehlikelerden dolayı olduğunu ileri sürmektedir. (Fink; 2000 den akt. Altıntop, 2018:9)

2.3.4. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Stres ve Baş Etme Stilleri

Alzheimer hastalığının yıkıcı süreci 8 ila 10 yıl arası sürmektedir. Bu dönemde hastalara yüksek bir bakım seviyesi gerekir ve süreç içinde gözetime ihtiyaç duymaktadırlar (Erkuran,2015). Bakım verenler hastalık süreciyle ilgili daha çok bilgiye, daha fazla duygusal destek ve yardıma, toplumdaki ilgi ve duyarlılığa, hastalıkla ilgili gerekli kurumsal kaynaklara, yasal mevzuat kapsamında yardım ve bilgiye, özellikle de bakımda güçlük oluşturan psikolojik problemler için pratik yardım ve önerilere ihtiyaç duymaktadırlar.

Alzheimer hastalığı, bakım verenlerin ailesel ilişkilerini, arkadaşlıklarını, iş yaşantısını, fiziksel ve psikolojik iyilik halleri gibi hayatlarının her alanını etkilemektedir. Hasta ile geçirilen zamanın sonucu olarak bakım veren kişilerde yorgunluk, sosyal anlamda kısıtlanma ve çevre ile olan ilişkilerin bozulduğu gözlemlenmektedir. Hastalıkla istenmeden, ani olarak karşılaşıldığında aile sistemini ve çevre ile olan ilişkileri etkileyen bir kriz durumu yaşanır.

Hastaya Alzheimer tanısı konulduktan sonra en önemli soru bakım verenin kim olacağına dair olan sorudur. Öncelikli bakım verenler genellikle hastanın eşi, erişkin çocukları ya da belirli bir ücret karşılığında çalışan bakıcılarıdır. Bazen bu bireylerin bakım verme işini paylaştıkları görülmektedir (Yılmaz ve Turan, 2007:446). Fiziksel ve duygusal problemlerden kaynaklı sorunlar, hastayı kaybetme kaygısı, ailedeki rollerin farklılaşması ve yeniden düzenlenmesi, maddi zorlukları da beraberinde getirmektedir.

Bakım verme sürecinde yaşanan ekonomik problemler, bakım sağlama maliyetleriyle karşılanmaktadır. Bir bakım verenin muhtemel karşı karşıya kalabileceği maliyetler, reçeteli ilaçlar, tıbbi tedavi kapsamındaki harcamalar, ev içi hizmetler, kişisel bakım malzemeleri vb. gibi unsurlardan oluşmaktadır (AlzA, 2007a). Maliyetler, hastalığın evresi veya ilerleme hızı ile hastanın bağımlılığına bağlı olarak artabilmektedir. Her ne kadar bu mali yük büyük oranda doğrudan bakım verenler üzerine düşse de, bu büyüklükteki bir finansal yükün doğrudan olmasa da, bütün ülkenin ekonomisi üzerinde dolaylı bir etkisinin var olduğu belirtilmektedir (Morano, 2003).

Bakım verenlerin baş etme stilleri ile ilgili olarak literatürde bazı çalışmalar mevcuttur. Papastavrau ve arkadaşlarının (2009), Kıbrıs'ta 172 bakım verenle demans hastalarının bakımında aile yükünü araştırmak ve bakım verenlerdeki cinsiyet farklılıklarına ve bunun bakım verme noktasındaki zorluğuna olan etkisini araştırdıkları çalışmalarında bakım verenlerin bakım yükü, depresyon ve cinsiyet farklılıkları göz önüne alındığında kadınların daha fazla stres altında olduğu ifade edilmiştir. Baş etme stratejisi olarak duygusal baş etme stratejileri kullandıkları belirtilmiştir (Papastavrou ve Ark., 2009). Diğer bir çalışmada ise kadın ve yaşlıya bakım verenlerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin yüksek olduğu ve görev odaklı stratejiler kullandıkları belirtilmektedir (Lavarone ve ark., 2014).

Bakım verenin hastalığa karşı olan tutumu da önemli bir etkiye sahiptir. Kişisel inanç, dua ve aile desteğinin, Alzheimer hastalığının erken evrelerinde olumlu olarak yansıdığı görülmektedir (Yektatalab ve Ark. 2012). Literatürde duygu-odaklı baş etme ile ilgili yapılan çalışmaların içinde geniş yer tutan duygusal stresi azaltmaya yönelik bilişsel sürece işaret eden çalışmalar yer almaktadır. Bu grupta daha çok savunma

mekanizmalarına dayanan ve her tür stresli olayda kullanılabilir kaçma, küçültme, uzaklaşma, seçici dikkat, pozitif karşılaştırmalar ve olumsuz olaylardan pozitif değer çıkarma gibi stratejiler bulunmaktadır. Problem-odaklı baş etme stilleri ise sorunun tanımlanması, alternatif çözümler meydana getirilmesi, meydana gelen çözümlerin maliyet ve fayda açısından analizinin yapılması, aralarında seçim yapmak ve harekete geçmeyi içermektedir (Lazarus ve Folkman, 1984: 150-152). Bununla birlikte stres oluşturan problemle baş etme için bu yöntemlerin devreye girmesine yardımcı olmak için kaynaklar edinmeye yönelik çabalarla araşsal, duruma özel ve görev odaklı eylemleri içermektedir (Folkman ve Moskowitz, 2000: 650).

Stresle baş etme sürecinin genellikle bireysel olarak ele alınmasına karşın, Aldwin (2004), baş etme sürecine kültürel açıdan yaklaşmıştır. Aldwin'e göre kültür, stres ve başa çıkma sürecini dört şekilde etkilemektedir. İlk olarak, kültürel bağlam, bireyin yaşaması muhtemel stres türlerini şekillendirmektedir. İkincisi, kültür aynı zamanda belirli bir durumun stres veren olarak değerlendirilmesini de etkileyebilmektedir. Üçüncüsü, kültürler bireyin herhangi bir durumda kullandığı baş etme stillerinin seçimini etkilemektedir. Son olarak, kültür, bireyin stresle baş edebileceği farklı kurumsal mekanizmalar sağlamaktadır. Özetle bireysel baş etmenin kültürel açıdan diyagramı; stresin değerlendirilmesi, bireyin baş etme kaynakları, içinde yaşanan kültürden elde edilen kaynaklar ve çevrenin tepkileri şeklinde sıralanabilir (Aldwin, 2004:565).

2.4. GÜÇLENDİRME YAKLAŞIMI

2.4.1. Güç ve Güçlendirme Kavramları

Güçlendirme yaklaşımının doğru anlaşılması için öncelikle güç kavramının iyi anlaşılması gereklidir. Literatürde gücün farklı düzeylerde ele alındığı görülmektedir. Greene ve Lee'ye göre (2002) güç, bireyin stresle karşı karşıya kaldığı durumlarda onun başa çıkma kapasitesini ve işlevselliğini sürdürebilmesini sağlayan; travmatik bir durumda kendisini yeniden toparlayabilmesi, dışsal faktörleri kendi gelişimi için kullanabilmek ve sosyal desteği ise bir direnç kaynağı olarak kullanabilmeyi içermektedir (Greene ve Lee, 2002 den Akt. Teater, 2014: 49).

Thompson (2016), gücün farklı modellerini tanımlayarak farklı oluşumlarından bahsetmektedir. İlki bireyin kendi amaçlarına erişebilme yeteneği ile ilgili olduğudur. Bu model, bireyin becerilerini, kişisel özelliklerini, rollerini ve tutumlarını içermektedir. İkincisi, söylemsel (kültürel) modeldir. Bu modelde Foucault'un söylem kavramını yani diğer bir ifade ile dilin güç yapılarını oluşturmadaki kapasitesi ile alakalıdır. Söylem, esas itibariyle dilden daha fazlasını ifade eden bir kavramdır. Yazılı olmayan kuralları ve içselleştirilmiş varsayımları biçimlendirdiği oranda kültürün önemli bir parçasıdır. Dolayısıyla söylem kavramı içeriği itibariyle bir tanımlama barındırır. Nelerin normal olduğu, nelerin anormal kabul edildiğini tanımlamaktadır (Thompson, 2016: 20).

Foucault'nun güç (iktidar) ilişkileri, hareketli, eşitlikçi olmayan ve asimetric şekildedir. Güç ile ilgili araştırmaların amacı onun nasıl işlediğini keşfetmektir. Bunu yapmak için, siyasi ilişkiler ağını tanımlamak ve analiz etmek gerekmektedir. Foucault, gücün sadece siyasi olmadığını sosyal yaşamda direkt ve yaratıcı bir rolü olduğu, çok yönlü olduğu ve yukarıdan aşağıya ya da aşağıdan yukarıya doğru çalıştığını ileri sürmüştür. Ona göre güç, belirli bir zamanda belirli bir toplumdaki güç ilişkilerinin genel bir matrisidir. Hiç kimse bu matrisin dışında değildir ve üstünde kimse yoktur (Sadan, 2003).

Üçüncüsü ise yapısal modeldir (Thompson, 2016: 20). Bireyin toplumsal hiyerarşi içindeki yerine (ırk, din, cinsiyet gibi) işaret eder. Thompson (2016), yapısal düzeyde "autopoiesis" kavramından bahsederek, yapıların ve buna bağlı olarak oluşan kültürel olguların zaman içinde kendilerini tekrardan üretmeleri yoluyla oluşan bir süreci bu şekilde tanımlamıştır. Belirtilen tüm boyutlar ışığında, bireydeki gücün ortaya çıkması ve aktif hale gelebilmesinde, bireyin etkileşim içinde bulunduğu çevrenin özellikleri; toplumdaki statüsü, çevresindeki kaynaklarla temas içinde olması, onlardan etkili bir şekilde yararlanma hali ve kişisel özellikleri etkilidir. Tüm bu unsurlar bireyin kendi yaşamında kontrol sahibi olmasında ve bilinçli kararlar alabilmesinde etkili olmaktadır (Thompson, 2016: 18).

Lukes (1974), güç kavramının güçlendirmenin merkezinde olduğunu ifade ederek gücün iki yönünü belirtmiştir. Bunlardan birincisi, kişisel boyut ile ilgilidir. Kişisel boyutta güçlendirme, bireydeki kararlılık, algılanan yeterlik, bilinç yükseltme, eleştirel düşünme

kabiliyeti, öz saygı ve öz yeterlik üzerine vurgu yapmaktadır. Gücün diğer yönü, gizli kalması ile ilgilidir (Akt. Boehm ve Staples, 2002). Bu, gücün bireyde potansiyel olarak var olduğu; ancak birtakım bireysel veya çevresel baskılar sonucu gizli kaldığı anlamına gelmektedir. Bireyi saran baskılar hafiflediğinde bireydeki güç, görünür hale gelebilmektedir (Akt. Tuncay, 2009).

Ashkeim'e göre (2003) güçlendirme de, bir kişinin kendisi ile ilgili kararlarında yer alma ve kendi yaşamına ilişkin olarak harekete geçme becerisine dair iyimser ve olumlu bir görüş vardır. Birey, kendi yaşamının uzman olarak görülmekte ve kendini bilme yeteneği ve yeterliliğine sahip olarak görülmektedir (Askheim, 2003:230). Bireysel boyut, bireyin yaşamı üzerindeki kontrolünü arttırmak ve bireyi daha fazla kendine güvenmek, kendini daha iyi algılamak ve bilgi ve becerileri arttırmak amacıyla donatmak amacıyla faaliyetler ve süreçlerle ilgilenir. Bu özellikleriyle birey, kendini yeniden hayatı üzerindeki kontrolü engelleyen unsurları daha iyi tanımlayabilecektir. Yapısal boyut ise, bireyin hayatını kontrol altına alma fırsatını engelleyen, farklılığı ve adaletsizliği oluşturan sosyal yapılar, güçlükler, engeller ve bunlar arasındaki güç ilişkileriyle alakalıdır. Güçlendirme kavramına hem bireyi hem de yapısal boyutu dahil etmek, güçlenmenin hem bir amaç hem de bu amaca ulaşmanın bir aracı olarak görüldüğü anlamına gelir (Askheim, 2003:231).

Lee (2001), güçlendirme yaklaşımının kavramsal çerçevesini birbiriyle ilişkili üç düzeyde ele almıştır. Bunlar: kişisel/bireysel, kişilerarası ve politik düzeylerdir (Lee, 2001: 43). Kişisel düzey; karşılıklı güven oluşturmayı, benlik/ öz saygının artırılması ve beceri işlevinin yükseltilmesini içermektedir (Thompson, 2016:42). Pincus ve Minahan, NASW'nin 1976 yılındaki toplantısında bireylerin kendi kaderini tayin etme, bireyin onuru ve kaynaklara ulaşım hakkını vurgulayarak sosyal hizmeti, toplumsal değişim için profesyonel bir mekanizma görevi gören muhalif bir meslek olarak tanımlamıştır. Kişisel düzey, sınıf, renk veya farklılık baskısı ile baş etmek, olağanüstü başa çıkma yeteneklerini gerektirmektedir. Irkçılık ve ayrımcılıktan kaynaklanan engeller fırsatları önlemekte, yaşam seçimlerini sınırlamakta ve bu durum bireyin yeterliliği, benlik yönetimi ve benlik saygısının gelişimine yönelik tehdit oluşturmaktadır. İnsanlar potansiyelleri arttırmak, baskıyı reddetmek ve ortadan kaldırılması için başkalarıyla

birlikte çalışmak için kendilerini güçlendirmelidirler. İnsanların benzersiz yaşam deneyimleri, kişisel güçlenmeyi engellemek veya gerçekleştirmek için baskının içselleştirilmesiyle birleşebilir. Dolayısıyla, uyarlanabilir kapasiteler ve insanların belirli baskılarla nasıl başa çıktıklarına dair bilgi esastır. Bu, belirli zihinsel veya fiziksel zorlukları olan ezilen insanların kendilerini nasıl güçlendirdiklerini içermektedir (Lee, 2000:51).

Kültürel düzey, kültürün genellikle insanları frenleyen, onları alıkoyan bir anlam çerçevesine sahiptir. Ayrımcılığın sonucu olarak olumsuz mesajların artık içselleştirildiği bir deneyimdir. Bu düzeyde güçlendirme, bu olumsuz içselleştirmeyi zayıflatmayı hedefler. Kalıp yargılarla mücadele etmek bu kapsamda değerlendirilmektedir (Thompson, 2016: 42).

Politik düzeyde; baskı ve değişim süreçleri hakkında bilgi sahibi olan bireyler, küçük ve büyük gruplar halinde bir araya gelebilir ve topluluk olarak harekete geçebilir. Sonuçta baskı, politik çözümler gerektiren politik bir sorundur. Koalisyonlar kurmak ve baskı meseleleri hakkında bilinçli olan başkalarıyla birleşmek, siyasi meseleyi belirli meseleler etrafında çoğaltmaktadır. Yüksek düzeyde bir politik farkındalık, motivasyon ve yetenek elde etmek güçlendirme sürecini tamamlar. Güçlendirmenin bu düzeyle ilgili olan kısmı bilinçlenme (Conscientisation) dir (Lee, 2000:51; Thompson, 2016: 42).

Lee (2000), güçlendirmenin birbirine bağlı 3 boyutunu;

- 1) Daha olumlu ve daha güçlü bir benlik duygusunun geliştirilmesi,
- 2) Çevrenin sosyal ve politik gerçekliklerinin ağının daha eleştirel bir şekilde anlaşılması için bilgi ve kapasitenin oluşturulması ve
- 3) Kişisel ve kolektif hedeflere ulaşmak için kaynakların ve stratejilerin geliştirilmesi veya daha işlevsel yeterlilik; olarak belirtmiştir.

2.4.2. Yaklaşımın Tarihsel Arka Planı

Güçlendirme yaklaşımı 1970’li yıllardan itibaren gelişmeye başlamış olup, ilk olarak refah politikası, sosyal programlar ve doğrudan müdahalelerde kullanılmıştır (Boehm ve Staples, 2002: 449). Güçlenmenin kökeni genellikle Amerikan Sivil Haklar Hareketi’nde görülmektedir. Yaklaşımının bu sivil aksiyona temellendirilmesinin nedeni, güçlendirmenin sivil bir mücadele ve güçlenme sürecini aksetmesi ve sonucunda kendine ve çevresine yetebilen güçlü bireyler oluşturulması idealidir (Erbay, 2019: 46). Yine kadın hareketleri ve kendine yardım kuruluşlarında da güçlendirme yaklaşımının temelleri görülmektedir (Askheim, 2003: 231). Teorik olarak ise Paulo Freire’nin “Ezilenlerin Pedagojisi” (Freire, 1993) isimli kitabı güçlendirme ideolojisi için önemli bir temel eser olmaktadır.

Freire, insanların ne kadar cahil ya da sessizlik kültürüne gömülü olsa da çevresiyle iletişim ve etkileşim halinde olmasından dolayı eleştirel bakma yeteneğine sahip olduklarını ileri sürmüştür. Böylesi bir farkındalık için uygun ortam ve araçlar oluştuğunda insan kendi kişisel ve sosyal gerçekliğini ve bu gerçekliğin çelişkilerini de kademe kademe algılayabileceğini belirtmiştir (Freire, 2003:13). Bireyler bu gerçekliğe ilişkin kendi anlayışının bilincine varabilir ve gerçekliği eleştirel olarak ele alabilir. Bu oluşurken söz yeni bir güç elde eder. Her insan kendi sözünü söyleme ve dünyayı adlandırma hakkını yeniden kazanır (Freire, 2003:13). Ona göre, eleştirel bilincin fark edilmesi, sosyal hayattaki memnuniyetsizliklerin ifade edilmesinin yolunu açmaktadır. Çünkü bu memnuniyetsizlikler baskıcı bir durumun bileşenleridir. Ona göre özgürlük, sadece hayatın tehlikeye atılmasıyla kazanılır. Hayatını ortaya atamayan bireyler, kuşkusuz kişiler olarak adlandırılır. Freire’ye göre ezenin imajını içselleştirerek onların ilkelerini kanıksayan ezilenler, özgürlükten korkar halde olmaktadır (Freire, 2003:25). Özgürleşmenin önündeki en büyük engellerden biri, baskıcı gerçekliğin insanların bilincini kaplamasıdır. Ezilenler gerçeklikle eleştirel olarak yüzleşmelidir. Aynı zamanda da bu gerçekliği nesnelleştirmeli ve ona yönelik eylemlerde bulunmalıdır (Freire, 2003:29).

Freire, güçlendirmede hareketin çıkış noktası bizzat insanlar olduğunu ve çıkış noktasının daima “burada ve şimdi” bulunan insanlarla olması gerektiğini vurgulamıştır. “Burada ve şimdi” ile kast edilen içine gömülü oldukları, içinden doğrulup ortaya çıktıkları ve içinde müdahale ettikleri konumu meydana getirirler. Güçsüz insanlar (ezilenler) ise içinde buldukları durumu ve konumu kader olarak algılar ve dorudan ya da dolaylı olarak pekiştirirler.

Güçlendirme yaklaşımında özellikle vurgulanan iki kavram eleştirel düşünme ve savunuculuktur. Güçlendirme uygulaması; birey, aile ve toplum düzeyinde problemleri; asimetrik değişim problemlerini, güçsüzlük, kısıtlayıcı güç yapıları ve zorlayıcı sosyal yapı ile ilgili sorunları işaret etmek için eleştirel düşünmeyi gerekli kılmaktadır (Lee, 2001: 36 den akt. Erbay, 2019:48).

Teoride yaşanan son yıllardaki gelişmeler, yapının karmaşıklığına dair anlayışımız ekseninde yaşanmaktadır. Kuram ve araştırmacılar, güçlenmenin insanlar arasında farklı biçimler ve anlamlar içerdiğini, bağlamsal olarak belirlendiğini ve zaman içinde değiştiğini savunmuşlardır. Bu bağlamda Pozitivist araştırma yaklaşımları, güçlendirme süreçlerini ve sonuçlarını etkileyen ortak bireysel ve bağlamsal faktörlerin bazılarının belirlenmesinde önemli bir rol oynamıştır (Foster-Fishman et al., 1998). Buna göre güçlendirme, "bireyler veya gruplar için önemli olaylar ve sonuçlar üzerinde etki kazanma süreci" anlamı taşımaktadır.

Pozitivist araştırma yaklaşımlarından biri olan yapılandırmacı yaklaşım içerisinde güçlendirme kavramlarını ve ifadeleri yer almaktadır. Bu paradigma çoğulcu, içeriğe özgü ve sosyal olarak inşa edilmiş bir gerçeği varsaymaktadır. Bu nedenle, yapısalcı kuramcılar, bireylerin kendine özgü gerçekliklerini yakalamanın ve yerel anlamları anlama önemini vurgulamışlardır. Bu gerçekler, bireylerin yaşadığı deneyimlerden ve kişisel geçmişlerden doğarlar. Her bireyin kişisel gerçekliğini yakalamaya ve bu gerçekliğin belirli bir bağlam içine gömüldüğünü kabul etmeye verilen vurgu, yapılandırmacılığı özellikle güçlenmenin çoklu varsayımıyla uyumlu hale getirir (Foster-Fishman et al., 1998:508).

Yapılandırmacılığın altında yatan varsayımlar, güçlendirmenin dinamizmi ile uyumludur. Yapılandırmacılar, bilginin bağlamsal ve tarihsel olarak mekan ve zamana bağlı olarak, belirli bir noktada görülen veya anlaşılan gerçekliğin ortamlar arasında ve zaman içinde önemli ölçüde değişebileceğine inanmaktadır. Bu bakış açısı araştırmacılar için daha önce yapılan anlamları tekrar gözden geçirmelerini ve anlayışlarını yeniden şekillendirmelerini sağlamıştır. Yapılandırmacılar, doğal olarak sosyal fenomenin dinamik doğasının, görülen ve anlaşılan gerçekleri değiştireceğini varsaymaktadır (Foster-Fishman et al., 1998). Yapılandırmacılıkta, müracaatçıların kendi yaşamlarında uzman olarak gördükleri, uzman ile arasında etkin bir işbirliği ilişkisi, keşif sürecinin gerçekleştiği bağlam haline gelmektedir. Uzman ve müracaatçı arasındaki etkileşim, bilgiyi anlama, inşa etme ve yeniden yapılandırma aracıdır. Sonuç olarak, yapılandırmacı yaklaşım yorumlayıcı bir çerçeve sunmakta ve güçlendirme teorisinin varsayımlarına karşılık gelen araştırma metodolojilerini içermektedir. (Foster-Fishman et al., 1998).

Özetleyecek olursak Güçlendirme kavramının kuramcılar ve araştırmacılar arasında da oldukça karmaşık bir yapısı olduğu görülmektedir. Kimi yazarlar kavramı bireysel, örgütsel ve toplum düzeyinde farklı seviye ve anlamları olduğunu (Woodall, Raine, South, Warwick-Booth, 2010: 9), kimi yazarlar ise bireysel ve yapısal boyutları olduğunu belirtmişlerdir (Askheim, 2003: 231). Güçlendirmenin sadece insanlardaki değişimlerle kalmadığı bireyi çevresi içinde düşünerek onun sahip olduğu güçleri fark etmesini, buna uygun kaynakları bulabilmesine yardımcı olma ve bireyi ileriye taşımaya çalışma vurgusu, yaklaşımın temel felsefesidir.

2.4.3. Psikoloji Disiplininde Güçlendirme:

Güç ve güçlendirme kavramları birçok alanla ilgilidir. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşamsal stres ve deneyimlerini daha çok kişisel ve psiko-sosyal düzeyde ele alındığı birçok çalışma olması dolayısıyla kavramlara Psikoloji disiplininin bakış açısı önemlidir. Psikolojik güçlendirme olarak da adlandırılan bireysel güçlendirme, insanların kişisel kapasitelerinin gerçekleşmesi için gerekli olan bir dizi özellik ile ilgilidir. Bu, insanların kendilerine olan güvenlerini veya öz değerlerini arttırmayı, benlik saygısını arttırmayı, başa çıkma mekanizmalarını geliştirmeyi veya sağlıklarıyla ilgili seçimler

yapabilmeleri için kişisel becerilerini geliştirmeyi içermektedir. Bireysel güçlendirme temelde insanların yaşamları üzerinde kontrol sahibi olmaları ve hissettikleri anlamına gelir (Woodall, Raine, South, Warwick-Booth, 2010: 9).

Kavramın psikolojideki temsilcilerin biri Albert Bandura'dır. Özellikle bireyin güçlendirilmesi ile ilgili olarak "öz-yeterlik" kavramını kullanmıştır. Burada öz-yeterlik, bireyin ileride karşılaşma ihtimali olan durumları yönetebilmesi ve idare edebilmesi için gereken adımları ve kaynaklarını düzenleyip hayata geçirebilme yolunda kendi kapasitesine olan inancıdır. Bandura'ya göre güçlendirme, bireysel yeterliğin gelişmesi ile kazanılan ve ondan önemlisi sahip olmak için insanların engelleyici çevresel etmenleri ortadan kaldırıp olanakları kullanmaya yetkin hale gelmeleriyle bizzat kendilerinin tecrübe ettiği bir süreçtir (Tuncay, 2009:12). Güçlendirmenin temel kavramı olarak kullanılan öz-yeterlik psikoloji literatüründe ayrıca motivasyonla ilişkilendirilmiştir. Buna göre kişinin bir sorumluluğunu yerine getirebilme yetisi onu yapabileceğine olan inancına sıkı sıkıya bağlıdır ve burada inanç, motivasyon kaynağı olarak görülmektedir. Bandura çevrenin insan davranışlarını, insan davranışlarının da çevreyi etkilediğini sürekli olarak ifade etmiştir. Dolayısıyla sorunların değerlendirilmesinden müdahale sürecine kadar bireyler bireyin çevresini dikkate alınması gerekliliğine vurgu yapan sosyal hizmetin bilgi temeli ile öz-yeterlik tasarımı benzer ifadeler içermektedir (Tuncay, 2009:12).

Öz-yeterlik kavramını güçlendirme ile bağdaştıran ve uyumlu olmasını sağlayan esas düşünce Bandura'nın öz-yeterlik kavramına bireysel yaklaşımıyla birlikte bireylerin toplumdaki izole bir şekilde yaşamadıklarını, karşılaştıkları zorlukların büyük çoğunluğunun çözüme kavuşabilmesi için kolektif bir çabanın gerekliliğini işaret etmesidir. Grupların, örgütlerin ve hatta toplumların gücünün, kısmen insanların sorunlarını güçlü bir birliktelikle çözebileceklerine inandıkları kolektif yeterlilik duygularında var olduğunu belirtmiştir (Altıntop, 2018).

Algılanan öz-yeterlik, insanların sosyal işlevleri ve yaşamlarını etkileyen olaylar üzerinde kontrol kullanma yeteneklerine olan inançları ile ilgilidir. Öz yeterlilik inancı bireyin yaşam seçimlerini, motivasyon düzeyini, işleyiş kalitesini, sıkıntıya karşı dayanıklılığı ve

stres ve depresyona karşı hassasiyeti etkilemektedir. Bu tür inançlar dört ana süreç aracılığıyla bu çeşitli etkileri ortaya çıkarmaktadır. Bilişsel, motivasyonel, duygusal ve seçim süreçlerini içerir. Güçlü bir öz yeterlilik duygusu, insan başarısını ve kişisel refahını birçok yönden artırmaktadır. Yetenekleri konusunda kendine güvenen insanlar, zor görevleri kaçınılması gereken tehditler olarak değil, üstesinden gelinmesi gereken zorluklar olarak yaklaşırlar (Bandura, 1994:2-14). Böylelikle başarısızlık karşısında bireyler çabalarını arttırarak devam ederler. Başarısızlıklardan veya aksaklıklardan sonra etkinlik/öz yeterlilik duygularını hızla geri kazanırlar. Öz yeterliliği güçlü olan bireyler başarısızlığı, yetersiz çabaya ya da bilgi-beceri eksikliğine bağlar. Tehdit edici durumlara, kendileri üzerinde kontrol uygulayabileceklerinden emin olarak yaklaşırlar. Böyle etkin bir görünüm kişisel başarılar üretir, stresi azaltır ve depresyona karşı savunmasızlığı azaltır. Yaşamımız stres yaratan durumlar, engeller, sıkıntılar, aksilikler, hayal kırıklıkları ve eşitsizliklerle doludur. Bu nedenle, insanlar başarılı olmak için gereken azim çabayı sürdürmek için güçlü bir öz yeterlilik duygusuna sahip olmalıdır. (Bandura, 1994:2-14).

2.4.4. Güçlendirme Yaklaşımının Sosyal Hizmet Disiplini İçerisindeki Yeri

Sosyal hizmet tarihinde güçlendirme yaklaşımı ile ilgili yapılan ilk çalışma, Barbara Solomon'un 1976 yılında yazdığı "Black Empowerment" isimli eserdir (Plummer, 2007: 23; Busch ve Valentine, 2000: 82). Bu çalışmaya göre güçlendirme, "sosyal hizmet uzmanının damgalanmış bir grup içinde üyelik üzerine kurulu negatif değerlendirmelerin oluşturduğu güçsüzlüğü azaltmayı amaçlayan aktiviteleri gerçekleştirme süreci" olarak tanımlanmaktadır (Solomon, 1976: 19; akt. Lee, 2001: 33). Barker Sosyal Hizmet Sözlüğü'nde güçlendirmeyi, "sosyal hizmet uygulamasında bireylerin, ailelerin, grupların ve toplulukların kişisel, kişiler arası, sosyo-ekonomik ve politik gücünü artırmalarına ve koşullarını geliştirmelerine yardımcı olmayı amaçlayan bir süreç" olarak tanımlamaktadır. Erbay ve Tuncay (2010) güçlendirme yaklaşımını, sosyal hizmet mesleği ve disiplini çerçevesinde özellikle önemli bir yere sahip olan ve birey için değil birey ile birlikte başarıya ulaşma felsefesini kabul eden bir yaklaşım olarak belirtmişlerdir. Yaklaşım, bireyi çözüm sürecine dâhil etmeyen ve onu bir öznenen çok nesne olarak gören yaklaşımların alternatifi olarak görülmektedir. Güçlendirme yaklaşımı, sorun yaşayan bireyi kendi çözümünü bulma yönünde güçlendirmek, onu

çözümün baş mimarı yapmak ve baş etme kapasitesi gelişmiş güçlü bireyler oluşturmak amacıyla (Erbay ve Tuncay, 2010:157).

Güçlendirme yaklaşımı Sosyal Hizmet Uzmanını müracaatçıların sorunlarına ya da kusurlarına odaklanmaktansa onların güçleri, becerileri ve başarıları gibi pozitif taraflarını vurgulayan müdahaleleri temel alan bir çalışma yöntemidir (Teater, 2014: 49). Müracaatçıların sorunlarını göz ardı etmeden onların güçlü yönlerinin keşfedilmesine atıfta bulunmaktadır. Güçlendirme süreci, çevre üzerinde hâkimiyet, self-determinasyon ve kişinin yaşamını olumsuz etkileyen sosyal güçlerin tanınması gibi unsurları öne çıkarmakta, sosyal adaleti vurgulayan boyutuyla bireyin özgürleşmesi sürecinde toplum üyeleri arasında ortaklık ve eşitlik kurma idealini savunmaktadır (Erbay ve Tuncay, 2010:157). Bu bağlamda yaklaşımda bazı varsayım ve ilkelerden bahsedilmiştir. Saleebey (2013), yaklaşımın varsayım ve ilkelerini şu şekilde sıralamıştır:

- Her birey, aile, grup ve toplum güçlere sahip olduğu,
- Travmatik durumların, hastalıkların ve istismarın bireyler için yaralayıcı olabileceği ancak bunlar aynı zamanda mücadele ve fırsat kaynağı olabileceği,
- Gelişim ve değişimin üst sınırlarını bilinmiyor olduğunu farz ederek birey, aile, grup ve toplumun isteklerini ciddiye almanın gerekliliği,
- Müracaatçılarla iş birliği yapmak şart olduğu,
- Çevrede bir çok kaynak olduğu ve,
- Özen, bakım ve bağlam güçlendirme sürecindeki önemli kavramlardır. (Saleebey, 2013'ten Akt. Teater, 2014: 51).

Cowger (1994) ise müracaatçıların kendi durumlarını tanımlaması ve tarif edebilmesi için güçler değerlendirmesi yapmıştır. Bunlar ise;

- Müracaatçının yaşadığı durumu ve kendini en iyi bilen kişi olarak öncelik vermek,
- Yaklaşımın temelinde müracaatçılara ne olursa olsun güvenmek,
- Müracaatçının ne istediğini keşfetmek,
- Değerlendirmelerimizin kişisel güçlerden çevresel güçlere doğru yapılması,
- Güçlendirme temelli değerlendirmelerin çok boyutlu yapılması,
- Değerlendirme yaparken müracaatçının biricik olduğunun göz önüne alınması,

- Müracaatçıların anlayacağı tarzda dilin kullanılması,
- Değerlendirmeleri sosyal hizmet uzmanı ve müracaatçının iş birliği çerçevesinde yapılması,
- Müracaatçı ile ortak bir paydada buluşma ve anlaşma yapmak,
- Suçlamalardan kaçınmak,
- Sebep sonuç türü düşünmenin suçlamaya neden olabileceğinden dolayı bundan kaçınmak,
- Değerlendirmek ama teşhis koymamak gerekmektedir (Cowger, 1994).

Alzheimer hastalarına bakım verenler hastalık sürecinde birçok sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Bunlar fiziksel, psikososyal, ekonomik ve mental sorunları içermektedir. Bakım verenlerin güçsüzleşmesine neden olan faktörlerin belirlenmesi ve mevcut potansiyel güçlerinin ortaya çıkarılması ve bu bağlamda yapılacak müdahale planlarını kapsamaktadır. Onların bakım yüklerinin azaltılması yaşam kalitelerinin artması ve dolayısıyla sorunlarla baş etmelerine olanak sağlamaktadır (Gök ve Duyan, 2017:1280). Sosyal hizmet temelinde Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin genelde aile üyeleri olduğu için ailenin güçlendirilmesi de önem arz etmektedir. Birey ve ailenin sorunlarıyla etkin bir biçimde baş edebilmesi için gereksinim duydukları kaynakların harekete geçirilmesi ve kişisel, sosyal ve politik güç kazanmaları, güçlendirme odaklı mesleki müdahale ve uygulamaların nihai hedefidir. Bu süreçte, sosyal hizmet uzmanları birey ve aileye; danışmanlık, eğiticilik, vaka yöneticiliği, savunuculuk ve arabuluculuk gibi mesleki rollerini kullanarak yardımcı olmaya çalışırlar (Stromwall ve Hurdle, 2003:210). Güçlendirme yaklaşımını temel alan sosyal hizmet uzmanları, birey ve aile ile çalışırken, beceri eğitimi, sorun çözme grupları, mesleki rehabilitasyon ve toplumsal kaynakların harekete geçirilmesi gibi çeşitli mesleki uygulamalarda bulunurlar. Beceri eğitiminde amaç; birey ve ailenin kişiler arası ilişkilerinin, ebeveynlik ve ev idaresi gibi günlük yaşam becerilerinin geliştirilmesidir.

Aileler, kendi yaşam döngüleri içerisinde yüz yüze geldikleri psikososyal değişimlerle baş etme becerileri hakkında yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıkları veya yeterli sosyal destek alamadıkları durumlarda, bu sorunların üstesinden gelebilme noktasında, farklı sıkıntılarla karşılaşabilmektedir. Bu nedenle, aile yapılarında meydana gelen değişimlerin iyi analiz edilip, aile bütünlüğü ve işlevselliğini bozucu unsurların belirlenerek, ortadan

kaldırılmasında, sosyal hizmet mesleği ve disiplinin müdahale ve işlevlerinin önemi giderek artmaktadır (Danış ve Sülü, 2016:228).

Uygulanan sosyal hizmet müdahalelerinin; aileleri güçlendirici, muhafaza edici, destekleyici, revize edici, uzun soluklu ve bütüncül bir nitelikte olması, sosyal hizmette problem çözme sürecinin işlevselliği açısından oldukça önemlidir. Özellikle, ailelere yönelik yapılan ayni ve nakdi yardımların, aile fertlerini bağımlı kılıcı, bir yapıda olmaması gerekmektedir. En genel anlamıyla, bütüncül bir sistemle oluşturulmuş, geçici olmayan ve onları pasif hale getirmeyen yardımlar hedeflenmelidir. Güçlendirme yaklaşımı ekseninde, yürütülecek mesleki müdahalelere ağırlık verilmelidir. Birey ve ailenin kişisel, sosyal, eğitsel, ekonomik ve politik boyutlarda güçlendirilmesi ve böylelikle, ikincil kriz anlarında, yapısal olarak, sosyal sorunlara karşı, bağımsızlık kazanmış ve kendi ayakları üzerinde durabilen, insan potansiyelinin geliştirilmesi, sosyal hizmet bilimi ve mesleği açısından, büyük önem taşımaktadır (Danış ve Sülü, 2016:228).

Sosyal hizmet genel itibarıyla, sosyal yaşamın gelişmesini sağlamayı, insanlar arasındaki etkileşimlerle dayanışmanın sağlanmasını ve bu şekilde toplumsal dayanışmayı sağlamayı amaçlar. 2000 yılında IFSW (International Federation of Social Workers) ve IASSW (International Association of schools of Social Work) sosyal hizmetin tanımını birlikte yaparak “Sosyal hizmet mesleği, sosyal değişim, insan ilişkilerinde sorun çözme ve güçlenmeye yardımcı olur. Bireyin iyilik halini geliştirmek için onların özgürleşmesini sağlamaya çalışır. Sosyal hizmet, insan davranışı ve sosyal sistemlerle ilgili kuramları geliştirerek insanların çevreleriyle etkileşime girdiği noktalara müdahale eder. İnsan hakları ve sosyal adalet ilkeleri sosyal hizmetin esasını teşkil eder (IFSW2000).

Bu tanımla birlikte Payne (2006), sosyal hizmetin 3 boyutunu tanımlamıştır. Bunlar; dönüşümsel (değişim), toplumsal değişim (insan ilişkilerinde problem çözme) ve terapötik yani bireyin özgürleşmesini sağlamadır (Adams, Dominelli ve Payne, 2015:34). Tanımda vurgulanan güçlendirme ve özgürlük kavramları mesleğe milenyum döneminde damga vurmuş kavramlardır. Ayrıca yine insan hakları ve adalet kavramları da sosyal hizmet önemli ilkeleri olarak göze çarpmaktadır (Özdemir, 2018: 44). Meslekle ilgili yapılan tanımlar dönemin ihtiyaçlarına müteakip sürekli yenilenme gereği duymuştur.

Son olarak yapılan 2014 tarihli tanıtımda ise “ Sosyal hizmet, sosyal değişimi ve gelişimi, toplumsal bağlılığı destekleyen, insanları güçlendirilmesi ve özgürleşmesini sağlayan uygulamaya dayalı bir meslek ve akademik bir disiplindir. Sosyal adalet, insan hakları, ortak sorumluluk ve farklılıklara saygı kavramları sosyal hizmetin merkezindedir. Sosyal hizmet teorileri, sosyal bilimler, beşeri bilimler ve yerel bilgi ile desteklenir. Sosyal hizmet, zorluklarla baş etme ve iyilik halinin geliştirmede yapılar ve insanlarla çalışır.”

Bakıldığı zaman 2014 tanıtımında vurgunun güçlendirme ve özgürleşme ekseninde, haklar ve yerliliğe dikkat çeken ve bunun korunarak kontrol altında tutulmasını hedefleyen bir gayretin olduğu görülmektedir. Yani mesleğin odağı olarak bireyin işlevselliğinin sağlanması ve çevresi ile olan etkileşim olduğu ifade edilir. Dolayısıyla birey, aile, grup ve toplum hayatını etkileyen tüm sosyal, ekonomik ve psikolojik etkenlerin dikkate alınması gerekmektedir (zdemir, 2018: 44).

Bireyler, evresi içinde değerlendirildikleri için kurdukları ilişkileri analiz etmek onların davranışlarını anlamakta önemlidir. evre ve birey etkileşimi sosyal hizmet alanında daha çok sistem yaklaşımının konusu iken bu etkileşimi anlamak bireylerin güçlerini, kaynaklarını, sorunlarını ve güçsüz noktalarını güçlendirme yaklaşımı açısından değerlendirirken yine önem kazanmaktadır. Bu bağlamda kısaca sosyal hizmet alanında yaygın olan sistem ve ekosistem kuramlarının güçlendirme yaklaşımıyla ilişkisine değinmek yerinde olacaktır.

Sistem kuramı bireyin içinde bulunduğu veya etkileşimde bulunduğu sistemler arasındaki ilişkileri vurgulamaktadır. Kuramda kullanılan temel kavramlar; sistem, sınırlar, alt sistemler, homeostasis, roller, ilişkiler, girdi ve çıktılar, geri bildirim ve olumlu geribildirim, sistemlerin bağlantıları, bir sistem içindeki farklılaşmalar, tükenme, negatif tükenme, aynı sona farklı yollarla ulaşma olarak sıralanmıştır. Sistemlerle ekolojik kavramları bir araya getiren ve bireyle alakalı bir durumun farklı yönlerini değerlendirme fırsatı veren ekosistem yaklaşımı daha çok birey ve ailesi ile ilişkilere vurgu yaparken sistem kuramı daha geniş bir perspektif sunmaktadır. Sistem kuramı ekosistem kuramını kapsasa da ekosistem kuramının ondan ayrıştığı bazı kavramlar da bulunmaktadır: sosyal

çevre, etkileşimler, enerji, ortak bağlantılar, adaptasyon, başa çıkma, bağlılık gibi (Zastrow ve Kirst-Ashman, 2007: 12-19).

Bireyin farklı sistemler içindeki konumunu ve bu sistemlerle kurduğu dinamik bağı incelerken sistemleri mikro, mezzo ve makro sistemler bazında değerlendirme fonksiyonel bir bütünlük sağlamamıza yardımcı olur (Zastrow ve Kirst-Ashman, 2007: 19). Mikro sistem bireyi yalnız bir sistem olarak düşünürken; mezzo sistemler, bireyin etkileşimde bulunduğu okul, iş, sosyal ağ gibi minör gruplarını kapsamaktadır. Makro sistem ise bireyin kaynaklarını, problemlerini ve yaşam niteliğini tümüyle etkileyen ekonomik, sosyal ve politik kavramlara değinen bir yönelimdir. Bireyin mikro ve makro sistemleri arasındaki ilişkisini belirleyen parametreler ise kültür, topluluklar ve örgütler olarak görülmektedir (Zastrow ve KirstAshman, 2007: 20).

Ekosistem yaklaşımı “işlevsiz davranışların geçici, değişken ve çevrenin duyarlılığı ile ilgili” olduğunu ileri sürmektedir. Kişinin ortamı herhangi bir durumdaki davranışlarını nasıl etkilediği ile ilgilenir. Bu yaklaşım, sorumluluğu sadece çevreye değil, yalnızca işlevsiz birini etiketlemek yerine, insanlar ve çevreler arasındaki boşluklara yükler (Miley, O’Melia ve DuBois, 2011). Ekosistem görüşü “işlevsiz davranışların geçici, değişken ve çevrenin duyarlılığı ile ilişkili olduğunu” ileri sürmektedir (Miley, O’Melia ve DuBois, 2011). Ekolojik çerçeve güçlü bakış açısına iyi uymaktadır, çünkü insanların içinde buldukları ortamlara göre hem güçlü hem de zayıf yanlarını nasıl geliştirebileceklerini açıklamaktadır (Miley, O’Melia ve DuBois, 2011). Alzheimer gibi ilerleyici bir hastalığı olan sevilen birine bakarken ekolojik çerçeveyi ve güçlendirme bakış açısını göz önünde bulundurmak önemlidir. Ekolojik çerçeve önemlidir, çünkü teorinin önemli bir ilkesi, çevrede bir şeyin değiştirilmesinin bir kişinin yaşamının geri kalanında zincir benzeri bir etkiye sahip olabileceğini göstermektedir (Miley ve ark., 2011’den aktaran Wasmann 2012:34). Bu nedenle, bakım verenin hayatının bir yönü iyileştirilebilirse, çevrede olumlu bir değişiklik yapılabilirse, bakım verenin genel görünümü ve bakım deneyimi daha iyiye doğru değişebilmektedir (Wasmann 2012:34).

2.4.5. Güçlendirme Yaklaşımının Baş Etme İle İlişkisi

Güçlendirme ve baş etme kavramlarının bireylerde uyandırdığı algı her iki ifadenin birbirinin yerine kullanıldığı yönündedir. Ancak iki kavramın birbirine benzer ve farklı tarafları bulunmaktadır. Her iki kavramda da bilişsel ve duygusal süreçler ve gözlenebilir davranış değişiklikleri dâhil olmak üzere çevre üzerinde kontrol ve ustalık sorunları ile ilgilidir. İki kavramın içerdiği anlamlar arasındaki farklardan biri bireysel düzeyin ötesindeki sosyal çevre üzerindeki bakış açılarıdır. Her iki literatür de sosyal desteğin önemini kabul etmekle birlikte, sosyal çevre, güçlendirme literatüründe müdahale ve değişim için birincil hedef ve araçtır. Baş etme konusundaki çalışmaların çoğu, bireylerin stresli olaylara nasıl uyum sağladığını incelerken, güçlendirme yaklaşımı, birey ve gruplar halinde insanların stresli ve adaletsiz koşulları aktif olarak nasıl değiştirmeye veya ortadan kaldırmaya çalıştıklarına ilişkindir (Gutierrez, 1994).

Baş etme perspektifinde öncelik bireysel düzeye odaklanma şeklindedir ve proksimal ve distal sosyal ortamı dengede tutabilme yeteneğini etkilediği ölçüde dikkate alır. Bir sistem analizine dayanarak, stresle baş etmenin istenilen sonucu, bireyin sosyal işlevselliğini geri kazanmasıdır. Lazarus (1984) ve arkadaşları sorun odaklı baş etmeyi sosyal çevreyi değiştirmeye odaklanan yöntemler olarak tanımlasalar da, literatürün çoğu stres yaratabilecek olumsuz bir sosyal çevrenin doğrudan sorgulanabileceği veya değiştirilebileceği yolları daha az ele alındığı görülmektedir (Lazarus, 1984 ten Akt. Gutierrez, 1994).

Kavramlar arasındaki benzer noktalardan biri, bireyin çevre ile etkileşimine yapılan vurgudur. Her iki perspektif de sosyal çevreye ve duygusal iyiliğe atıfta bulunur. Stres ve baş etme alanının temel varsayımı, psikolojik işlevin dış uyaranlardan etkilendiği ve kaygı veya depresyon gibi semptomların altta yatan psikopatolojiden kaynaklanmadığı yönündedir (Hobfoll, 1989). Güçlendirme perspektifi de aynı şekilde birey / çevre etkileşimi üzerine odaklanır. Sosyal çevreye sağlıklı ve eyleme yönelik yanıtları teşvik ederek etkileşimleri ve kurumları güçlendirmenin stresli yaşam deneyimlerinin önemli bir aracısı olabileceğini düşündürmektedir. (Gutierrez, 1994: 208).

Bu iki perspektif arasındaki önemli bir fark, bireyler ve çevreleri arasındaki uyum ile ilgilidir. Başa çıkma perspektifi en çok bireysel veya psikolojik düzeyde değişiklikler yaparak kişinin / çevresel uyumun nasıl iyileştirilebileceğine dair varsayımları içermektedir. Vurgu, bireyin yaşamsal streslerini yönetmek için bilişlerini, duygularını veya davranışlarını nasıl değiştirdiğidir. Problem Odaklı baş etmeyi tanımlarken stres veya sosyal çevre değişim hedefidir ve çoğu durumda bu değişiklikler minimal ve proksimal düzeydedir. Buna karşılık, güçlendirme perspektifi neredeyse tamamen çevre / kişi uyumunu daha iyi hale getirmek için ortamın nasıl değiştirilebileceğine odaklanır. Varsayım, mevcut durumundaki sosyal çevrenin, bireyin yaşadığı stres üzerindeki etkisidir. Yönlendirme, tüm bireylerin ve toplulukların işlevselliğini en üst düzeye çıkaracak sosyal ortamları belirlemeye ve yaratmaya yöneliktir (Rappaport, 1987).

Güçlendirme ve baş etme kavramları bireyin sosyal çevresinin kontrolü ile ilgili deneyimleriyle de ilgilenir. Kontrol kaybını yaşamak stresli yaşam olaylarının psikolojik etkisini etkileyen kritik bir faktördür. Güçlendirme perspektifi, bireyin kişisel, kişilerarası veya politik gücüyle bağlantılı olarak kontrol altında hissetme ve kontrol sahibi olma yeteneği ile ilgilidir. Kontrol sahibi olmak için, bireylerin öncelikle amaçlarını ve arzularını ifade etme ve bunlara göre hareket etme kaynaklarına ve yeteneğine sahip olmaları gerekir. Bu bağlamda, çevrelerinin bazı unsurları üzerinde daha fazla kontrole sahip olan kişilerin, olmayanlardan daha iyi sağlık sonuçları olduğu görülmektedir. Hem güçlendirme hem de başa çıkma ile ilgili literatürlerde iyi bir sosyal desteğin, stresli yaşam olaylarıyla baş etmenin önemli bir aracısı olarak tanımlanmıştır. Benzer stresler yaşayan diğer insanlarla kurulan ilişkiler, doğru bilgi ve tavsiyeler, içinde gerçekleşir. Güçlendirme ile ilgili olarak, beceri geliştirme, bireylerin problem çözme, topluluk ya da örgütsel değişim, yaşam becerileri geliştirme ya da atılganlık, sosyal yeterlilik ya da kendini savunma gibi kişilerarası beceriler yoluyla sosyal güçlerini geliştirebilmelerinin bir yoludur.

Bununla birlikte, bakış açıları arasındaki kritik fark, daha geniş sosyal çevrenin anlaşılmasına yapılan vurgudur. Her ne kadar baş etme literatürü stresli yaşam deneyimlerinin doğru bir değerlendirmesinin başa çıkma çabalarını nasıl en üst düzeye çıkarabileceğini açıklasa da (Hobfoll, 1989; Lazarus ve Folkman, 1984) eleştirel bilincin

strese tepki gösterenleri etkilemede oynadığı rolü tanımamaktadır (Friere, 2003; Gutierrez, 1994). Eleştirel bilinç değerlendirme sürecinden farklıdır çünkü tamamen kişisel deneyimine ve ayrı bir olaya odaklanmamıştır.



3. BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırma Alzheimer hastalarına bakım verenlerin kaygı, stres ve baş etme düzeylerini ve yaşam deneyimlerini hem nicel hem de nitel görüşme yoluyla araştırmak üzere hazırlanmıştır. Araştırmanın amacına ulaşabilmek için uygulanan modele ait bilgilere, örnekleme, veri toplama araçları ve uygulamaya dair sürece değinilecektir. Söz konusu araştırma karma yöntem ile gerçekleştirilmiş, sahadaki çalışmalardan elde edilen bulgular ve bulguların yorumlanmasıyla genel değerlendirmeler bölümü de bu bölümde yer almaktadır.

3.1. ARAŞTIRMANIN MODELİ

1980’li yıllardan bu yana özellikle sosyal bilimler alanında yaygın olarak ilerlemeye başlayan karma yöntem, nicel ve nitel yöntemlerin beraber kullanılmasıyla düşünülmüş araştırma desenini tanımlamaktadır. Karma yöntem genellikle anlama, perspektif, karmaşıklık, farklılık ve doğrulama için genişlik ve derinlik sağlamak için kullanılmaktadır (Johnson ve ark. 2007). Araştırmacının tek bir çalışma ya da araştırma programı içinde veri toplayıp analiz ettiği, sonuçları “bütünleştirdiği”, hem nitel hem nicel yaklaşımı kullanarak çıkarımda bulunduğu yöntem olarak tanımlandığında karma yöntem ile ilgili kapsayıcı bir tanımlama ortaya çıkmaktadır (Creswell, 2014: 4; Johnson ve Onwuegbuzie, 2004).

Karma Yöntem araştırma modeli, hem felsefi varsayımları olan bir araştırma deseni hem de bir araştırma yöntemidir. Bir yöntem olarak karma yöntem, araştırma sürecinin pek çok aşamasında nitel ve nicel verilerin karışımı ile veri toplama ve analiz işlemlerinin yönetilmesine rehberlik eden felsefi varsayımları içermektedir. Bir yöntem olarak tek bir araştırmada veya bir araştırmalar dizisinde hem nitel hem de nicel verilerin toplanmasına, analiz edilmesine ve harmanlanmasına yoğunlaşmaktadır. Öncelikli hedefi, nitel ve nicel verilerin kullanımı olup, araştırma problemini tek başına kullanılan herhangi bir yöntemden çok daha iyi bir şekilde anlaşılmasını sağlamaktır (Creswell, 2014: 5).

Karma araştırmaları yaparken nicel ve nitel çalışmalara verilen ağırlıklar araştırmacıya ve araştırmanın amacına göre şekillenmektedir. Her iki yönteme eşit ağırlık verilebilir ya da biri diğerinden daha ağırlıklı olabilir. Diğer yandan iki yönteme ilişkin veriler aynı ya da farklı katılımcılardan aynı anda ya da birbirini takip eden süreçler içerisinde gerçekleştirilebilir (Gökçek ve ark., 2013). Dolayısıyla seçilen paradigma ile örneklemin belirlenmesi ve veri toplama zamanlaması birden fazla şekilde araştırmanın amacına uygun olarak düzenlenebilmektedir.

Bu araştırmanın genel amacı, stres verici yaşam olayı sınıflamasına giren Alzheimer hastalarına bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerinin, stresli bir durumla karşılaştıklarında başvurdukları baş etme stillerini, kaygı düzeylerini ve bunların birbirleriyle ilişkilerini nicel veriler üzerinden incelemektir. Niteliksel kısmında da derinlemesine görüşmelerle bireylerin yaşanılan süreçteki yaşam deneyimlerini, sorunlarla nasıl başa çıktıklarını, g ve kaynaklarını öğrenmektir. En sonunda yapılan görüşmelerin ışığında her iki yöntemle elde edilen bulguların bütünlük içinde değerlendirilip güçlendirme yaklaşımı açısından açıklanmaya çalışılacaktır.

Foster-Fishman ve arkadaşları (1998), güçlendirmenin bir durumun farklı yeleri için sahip olabileceği çoklu anlamları ortaya çıkaran araştırma yöntemlerinin kullanılması, etkili güçlendirme müdahalelerinin geliştirilmesini ve uygulanmasını kolaylaştırdığını ifade etmiştir. (Foster-Fishman ve ark., 1998: 509). Bu yüzden karma yöntem çok yönlü bir değerlendirme fırsatı yaratacağından bu araştırmaya model olarak seçilmiştir.

Güçlenme sürecinin başlaması ve tamamlanması için öncelikle bireyin kendine ve çevresine yönelik bilincin artırılması, sorunun farkında olunması, üstesinden gelmek için kendi düşüncesine ve eylemine ihtiyaı olduğunun anlaşılması, değişim ve dönüşüm için harekete geçilmesi, profesyonellerin (doktor, hemşire, sosyal hizmet uzmanı, psikolog) süreçte sadece destekleyici ve yardımcı rol oynayıp sorumluluğu müracaatçıya vermesi gerekmektedir. Güçlendirme, “birey ya da grup için (mikro ve mezzo düzeyde) nem arz eden olaylar ve sonuçları üzerinde etki oluşturma sürecidir” (Foster-Fishman ve ark., 1998).

Güçlendirmede vurgu bireylerde zaten var olan güçlerin harekete geçirilmesidir. Güçlendirme süreci bireyden başlayan ve sonra toplumsal düzeyde gerçekleşen bir harekettir. Sosyal hizmet uzmanları müracaatçıların güçlerini harekete geçirmek için güçlerini tanımlamalıdır. Müracaatçıların güçlü yönlerine yapılan vurgu onların benlik saygılarının yükselmesini sağlamaktadır. Sosyal hizmet uzmanı ile müracaatçı arasındaki işbirliği uygulamada güçlendirme yaklaşımı için oldukça önemlidir.

Bu bağlamda alt amaçlar olarak,

- 1- Bakım verenlerin bireysel potansiyellerini ve eleştirel bilinçleri, bireysel yetenekleri, problem çözme becerilerini, grup, topluluk ve toplum oluşturma süreçlerini güçlendirmek ve baskı yaratan koşulları değiştirmek için harekete geçilmesi,
- 2- Güçler ve kaynakları, kişisel, kişilerarası ve sosyo politik düzeylerde incelenerek çok boyutlu bir değerlendirme yapılması,
- 3- Bu değerlendirmelerle bakım verenlerin sorunları olduğunu göz ardı etmeksizin onların sorunları ile karşı karşıya gelmelerine ve kendi tanımları çerçevesinde daha iyi bir yaşama doğru yönelmelerine yardımcı olacak güçlere odaklanılması amaçlanmaktadır.

Çalışmada araştırmacı tarafından hem nicel hem de nitel yöntem için farklı araştırma soruları oluşturulmuştur. Belirlenen sorular çerçevesinde Alzheimer hastalarına bakım verenlerin güçlü yanlarını, güçsüzlüklerini, destek ya da kaynaklarını, sorunlarını ve kaygılarının neler oldukları ve bunlarla nasıl baş ettikleri sonucuna ulaşılmak istenmiştir. Araştırmanın tasarımında nicel ve nitel verilerin aynı anda uygulanması ile gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda eş zamanlı örneklem modeli tercih edilerek yakınsayan paralel desen kullanılmıştır. Her iki araştırma verileri ayrı olarak analiz edilmiştir. Her iki veriye ilişkin bulguların farklı başlıklarda gösterilmiştir.

3.1.1. Nicel Verilere Ait Araştırma Soruları

Araştırmanın Nicel kısmına ilişkin örnek sorular şunlardır:

AS1. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin baş etme stilleri ve kaygı düzeyleri arasında bir ilişki var mıdır?

AS2. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin kullandıkları baş etme stilleri cinsiyetlerine göre farklılık göstermekte midir?

AS3. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri göz önüne alındığında;

- Bakım verenlerin baş etme stilleri ve kaygı düzeyleri gelir durumuna göre farklılık göstermekte midir?
- Bakım verenlerin baş etme stilleri ve kaygı düzeyleri eğitim durumuna göre farklılık göstermekte midir?
- Bakım verenlerin çevreden aldıkları sosyal destek (duygusal destek, araçsal destek), baş etme stilleri ve kaygı düzeylerini etkilemekte midir?
- Bakım verenin sağlık durumu, baş etme stilleri ve kaygı düzeylerini etkilemekte midir?
- Bakım verenlerin sağlık hizmetlerine erişim durumu, baş etme stilleri ve kaygı düzeylerini etkilemekte midir?

AS4. Alzheimer hastalığında yaşanan süreçte bakım verilen bireylere ilişkin değişkenler göz önüne alındığında;

- Bakım verilen bireyin yaş ve cinsiyeti,
- Bakım verilen bireyin hastalığının evresi,
- Bakım verilen bireyin kronik hastalık durumu,
- Bakım verilen birey ile hasta ile ilgilenilen süreler, bakım verenlerin baş etme stilleri ve kaygı düzeylerini etkilemekte midir?

3.1.2. Derinlemesine Görüşmelere Ait Araştırma Soruları:

Derinlemesine görüşmelere ait temel araştırma sorusu “Alzheimer hastalarına bakım verenlerin, bakım vermeye yükledikleri anlam, bakım verdikleri kişilerle olan ilişkileri,

güçlü ve güçsüz yanları, kaygıları ve baş etme stilleri nelerdir?” olarak belirlenmiştir. Derinlemesine görüşmelere ait yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır (Ek 4).

3.1.3. Araştırmanın Katılımcıları

Araştırmanın evreni Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Geriatri Bilim Dalında takibi süren veya teşhis edilen Alzheimer hastalarının bakım verenleri oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise araştırma izninin alındığı tarihler arasında hastaneye başvuran/takip edilen hastaların yakınları arasında katılımcı olmaya gönüllü bireylerdir. Bakım veren kişiler bu işi ücret karşılığı (Profesyonel) yapmayan hasta yakınlarından oluşmaktadır. Hastalar 60 yaş üstü bireylerdir. Bakım veren bireylerin demografik özellikleri, nicel ve nitel veriler için birbirinden ayrı olarak aşağıda belirtilmiştir.

3.1.3.1. Nicel Araştırma Katılımcıları

Araştırmanın nicel kısmını Hacettepe Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Geriatri Bilim Dalında takibi süren veya teşhis edilen 140 hasta yakını oluşturmaktadır. Örneklemin cinsiyet dağılımına göre bakıldığında, kadınlar 117 kişi (% 83,6) ile çoğunluğu oluşturmaktadır. Erkekler ise 23 (% 16,4) kişidir. Yaş ve cinsiyet değişkeni, Alzheimer hastalarına bakım verenler arasındaki karşılaştırmalarda önemli bir parametre olmuştur.

Bakım veren bireylerin tanımlayıcı özellikleri ile ilgili dağılımları gösteren Tablolar ve tablolara ilişkin açıklamalar aşağıda yer almaktadır.

Tablo 2. Yaş ve Tanı Sürelerini Gösteren Veriler

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Sapma
Bakım Veren Kişinin Yaşı	140	31	89	53,8	10,6
Bakım Verilen Kişinin Yaşı	140	60	95	79,7	8,4
Alzheimer Tanısı Süresi (yıl)	140	0,5	20	5,1	3,7

Bakım verenlerin yaş dağılımı incelendiğinde en küçük 31, en yaşlı ise 89 yaşında olup yaş ortalaması 53,8'dir. Bakım verilen kişiler ise en genci 60 en yaşlısı 95 yaşında olup ortalama 79,7 yaşındadırlar. Alzheimer tanı süresi 6 ay ile 20 yıl arasında olup ortalama 5,1 yıldır.

Tablo 3. Bakım Verenlerin Sosyo Demografik Özellikleri - I

		N	%
Cinsiyet	Kadın	117	83,6
	Erkek	23	16,4
	Toplam	140	100,0
Medeni Durum	Bekar	25	17,9
	Evli	85	60,7
	Dul	30	21,4
	Toplam	140	100,0
Eğitim Durumu	Okur yazar değil	1	,7
	Okur yazar	4	2,9
	İlkokul	26	18,6
	Orta-Lise	44	31,4
	Üniversite	53	37,9
	Y. Lisans/Doktora	12	8,6
	Toplam	140	100,0
Çalışma Durumu	Evet	43	30,7
	Hayır	97	69,3
	Toplam	140	100,0
Gelir Durumu	Gelir giderden az	29	20,7
	Gelir gidere eşit	72	51,4
	Gelir giderden fazla	39	27,9
	Toplam	140	100,0

Bakım verenlerin cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde kadınların oranı %83,6, erkeklerin oranı ise %16,4'tür. Medeni duruma göre dağılım incelendiğinde bekâr olanların oranı %17,9, evli olanların oranı %60,7, dul olanların oranı ise %21,4'tür. Eğitim durumuna göre dağılım incelendiğinde okuryazar olmayanların oranı %0,7, okuryazar olanların oranı %2,9, ilkokul mezunu olanların oranı %18,6 olup ortaokul ve lise mezunu olanların oranı %31,4, üniversite mezunu olanların oranı %37,9, yüksek lisans/doktora mezunu olanların oranı ise %8,6'dır. Katılımcıların %30,7'si çalışmakta iken %69,3'ü çalışmamaktadır. Gelir durumuna göre dağılım incelendiğinde geliri

giderinden az olanların oranı %20,7, geliri giderine eşit olanların oranı %51,4, geliri giderinden fazla olanların oranı ise %27,9'dur.

Tablo 4. Bakım Verenlerin Sosyo Demografik Özellikleri – II

		n	%
Bakım Verilen Kişi ile Yakınlık Derecesi	Eşi	19	13,6
	Gelini	9	6,4
	Kardeşi	2	1,4
	Kızı	84	60,0
	Oğlu	15	10,7
	Diğer (komşu, arkadaş vs.)	11	7,9
	Toplam	140	100,0
Bakım Verdiğiniz Kişi ile Aynı Evde mi Yaşıyorsunuz?	Evet	103	73,6
	Hayır	37	26,4
	Toplam	140	100,0
Evdeki Kişi Sayısı	1-3	104	74,3
	4-5	34	24,3
	5+	2	1,4
	Toplam	140	100,0
Evinizin Durumu	Kira	25	17,9
	Kendi evi	109	77,9
	Diğer	6	4,3
	Toplam	140	100,0

Bakım verilen kişi ile yakınlık derecesi incelendiğinde; eşi olanların oranı %13,6, gelini olanların oranı %6,4, kardeşi olanların oranı %1,4, kızı olanların oranı %60, oğlu olanların oranı ise %10,7'dir. Katılımcıların %73,6'sı bakım verdikleri kişi ile aynı evde kaldığını belirtirken %26,4'ü aynı evde kalmamaktadır. Evde kalan kişi sayısı dağılımı incelendiğinde 1-3 kişi kalanların oranı %74,3, 4-5 kişi kalanların oranı %24,3 olup 5 ten fazla kalan kişi kalanların oranı %1,4'tür. Katılımcıların %17,9'u kirada otururken %77,9'u kendi evinde diğer %4,3'ü de diğer şekilde ikamet etmektedir.

Tablo 5. Bakım Veren Kişilerin Bakım Vermeye Yönelik Özelliklerini Gösteren Dağılım

		N	%
Daha Önce Bakım Verme Deneyiminiz Oldu mu?	Evet	34	24,1
	Hayır	107	75,9
Bakım vermekle sorumlu olduğunuz başka kişiler var mı?	Var	24	17,1
	Yok	116	82,9
	Toplam	140	100,0
Bakım verme sürecinde sosyal destek alma durumu	Evet	69	49,3
	Hayır	71	50,7
Bakım verme sürecinde maddi destek alma durumu	Evet	19	13,5
	Hayır	121	86,5

Katılımcıların %75,9 unun daha önce bakım verme deneyiminin olmadığı buna karşın %24,1 inin ise daha önce bakım verme deneyimi olmuştur. %17,1'i bakım vermekle yükümlü olduğu başka kişiler olduğunu belirtirken %82,9'unun bakım vermekle yükümlü olduğu başka kişiler bulunmamaktadır. Katılımcıların % 49,3'ü bakım verme sürecinde sosyal destek, %13,5'i maddi destek aldığını belirtmişlerdir. Sosyal destekle ifade edilmek istenen “profesyonel yardım, akraba, komşulardan duygusal ya da araçsal destek alma durumu” dur.

Tablo 6. Bakım Veren Kişilerin Sağlık Durumuna Yönelik Özelliklerini Gösteren Dağılım

	Evet/Var		Hayır/Yok	
	N	%	N	%
Sigara Kullanım Durumu	56	40,0%	84	60,0%
Alkol Kullanım Durumu	17	12,1%	123	87,9%
Madde Kullanım Durumu	2	1,4%	137	98,6%
Kronik Hastalık Durumu	49	35,0%	91	65,0%
Psikiyatrik Yardım Alma Durumu	34	24,3%	106	75,7%
Fiziksel Engel Durumu	6	4,3%	134	95,7%

Katılımcıların % 40'ı sigara kullanırken, alkol kullanma oranı % 12,1, madde kullanma oranı ise %1,4'tür. Bakım verenlerin %35'inin kronik hastalığı bulunurken % 65'inde hastalık bulunmamakta olup, % 24,3'ü psikiyatrik yardım aldığını belirtmiştir.

Katılımcıların %4,3'ünün fiziksel engel durumu varken % 95,7'sinin fiziksel engeli bulunmamaktadır.

Tablo 7. Bakım Verilen Kişiyeye Ait Bilgileri Gösteren Dağılım-I

Bakım Verilen Kişinin Cinsiyeti	Kadın	103	73,6
	Erkek	37	26,4
	Toplam	140	100,0
Alzheimer Şiddeti / Evresi	Erken	15	10,7
	Orta	91	65,0
	İleri	34	24,3
	Toplam	140	100,0
Bakım Verdiğiniz Kişinin Kullandığı İlaç Sayısı	1-4	57	40,7
	5-8	69	49,3
	9 ve üzeri	14	10,0
	Toplam	140	100,0
İdrar Kaçırma	Var	101	72,1
	Yok	39	27,9
	Toplam	140	100,0
Gaita Kaçırma	Var	56	40,0
	Yok	84	60,0
	Toplam	140	100,0

Bakım verilen kişilerin %73,6'sı kadın, %26,4'ü ise erkektir. Alzheimer Şiddeti incelendiğinde erken evrede olanların oranı %10,7, orta evrede olanların oranı %65, ileri evrede olanların oranı ise %24,3'tür. Bakım verilen kişinin kullandığı ilaç sayısı incelendiğinde tek ilaç kullananların oranı %40,7, iki ilaç kullananların oranı %49,3, üç ilaç kullananların oranı ise %10'dur. Bakım verilen kişilerin %72,1'sinde idrar kaçırma, %40'ında ise gaita kaçırma bulunmaktadır.

Tablo 8. Bakım Verilen Kişiyeye Ait Bilgileri Gösteren Dağılım-II

		N	%
Bakım verdiğiniz kişi ile ne kadar zamandır ilgileniyorsunuz?	0-1 yıl	8	5,7
	2-3 yıl	31	22,1
	4-5 yıl	32	22,9
	5 yıldan fazla	69	49,3
	Toplam	140	100,0
Bakım verdiğiniz kişi ile haftanın kaç günü ilgileniyorsunuz?	1	2	1,4
	2	5	3,6
	3	9	6,4
	4	5	3,6
	5	5	3,6
	6	2	1,4
	7	112	80,0
	Toplam	140	100,0
Bakım verdiğiniz kişi ile günde kaç saat ilgileniyorsunuz?	1 saatten az	1	,7
	2-3 saat	12	8,6
	4-6 saat	27	19,3
	6 saatten fazla	100	71,4
	Toplam	140	100,0
İlaç ve tıbbi malzeme temininde zorluk yaşıyor musunuz?	Evet	19	13,6
	Hayır	121	86,4
	Toplam	140	100,0
Sağlık hizmeti almakta zorluk yaşıyor musunuz?	Evet	28	20,0
	Hayır	112	80,0
	Toplam	140	100,0

Bakım verilen kişi ile ilgilenme süresi incelendiğinde 0-1 yıl süre ile ilgilenenlerin oranı %5,7, 2-3 yıl süre ile ilgilenenlerin oranı %22,1, 4-5 yıl süre ile ilgilenenlerin oranı %22,9, beş yıldan fazla süre ile ilgilenenlerin oranı %49,3'tür. Bakım verilen kişi ile haftalık ilgilenme süresi dağılımı incelendiğinde haftada 1 gün ilgilenenlerin oranı %1,4, iki gün ilgilenenlerin oranı %3,6, üç gün ilgilenenlerin oranı %6,4, dört gün ilgilenenlerin oranı %3,6, beş gün ilgilenenlerin oranı %3,6, altı gün ilgilenenlerin oranı %1,4 olup yedi gün ilgilenenlerin oranı %80'dir. Günlük ilgilenme süresi incelendiğinde 1 saatten az süre ile ilgilenenlerin oranı %0,7, 2-3 saat süre ile ilgilenenlerin oranı %8,6, 4-6 saat süre ile ilgilenenlerin oranı %19,3 olup 6 saatten fazla süre ile ilgilenenlerin oranı %71,4'tür.

Katılımcıların %13,6'sı ilaç ve tıbbi malzeme temininde zorluk yaşadığını, %20'si ise sağlık hizmeti almakta zorluk yaşadığını belirtmiştir.

Tablo 9. Hastanın Günlük Hayatta Bakım Veren Kişiyi En Çok Zorladığı Durumların Dağılımı

Bakım verenler toplam 140 kişi olup, verilen cevap sayıları ve yüzdeleri aşağıda yer almaktadır.

	N	%
Unutkanlık	110	78,6
Kişisel Temizliğini Yapamaması	92	65,7
Sinirlilik/ Huzursuzluk	80	57,1
Moralsizlik	58	41,4
Anlamsız Hareketler	57	40,7
Konuşmada Bozulma	53	37,9
Hayal Görmesi	50	35,7
Dikkatsizlik	48	34,3
Yakınlarını Tanıyamaması	45	32,1
Yakınlarını Suçlama	42	30,0
Evde Odaları Karıştırması	39	27,9
Tek Başına Yemek Yiyememe	35	25,0
Çatal-Bıçak Kullanamaması	35	25,0
Dışarıda Kaybolması	20	14,3
Tuvalet Problemleri Yaşaması	20	14,3
Banyo Yapmak İstememesi	5	3,6
Hezeyanlar ve Saldırganlık Göstermesi	5	3,6
Aynı Soruların Sürekli Tekrarı	2	1,4
Yatalak Olması	2	1,4
Yürüyememesi	1	0,7
Su İçmeyi Reddetmesi	1	0,7
Çok Konuşması	1	0,7
Giysi Dolap ve Çekmecelerini Boşaltması	1	0,7
Zaman Zaman İstemsizce Bağırması	1	0,7
Sürekli Olarak Hareket Halinde Olması	1	0,7
Yalan Söylemesi	1	0,7
Uykusuzluğu	1	0,7
Ağır Sözler Söylemesi	1	0,7

Tablo 10. Bakım Verilen Kişilerdeki Kronik Hastalıkların Dağılımı

	N	%
Yüksek Tansiyon	97	69,3
Kalp Rahatsızlıkları	73	52,1
Şeker Hastalığı	57	40,7
Osteoporoz	19	13,6
Kronik Böbrek Hastalığı	5	3,6
Koah	5	3,6
Hiperlipidemi	5	3,6
Kanser	3	2,1
Felç	3	2,1
Parkinson	3	2,1
Pnömoni	1	0,7
Prostat	1	0,7
Epilepsi	1	0,7
Kalça Kırığı	1	0,7
Tiroid	1	0,7
Kemik ve Kıkırdak erimesi	1	0,7

3.1.3.2. Nitel Araştırma Katılımcıları

Araştırmanın gerçekleştirileceği dönemde araştırmanın yürütüleceği birimde Alzheimer tanısı almış ve tedavi olan hastaların toplam sayısının tam olarak bilinmemesi nedeni ile amaçlı örneklem yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme modelinde temel amaç, araştırmanın konusunu oluşturan kişi, olay ya da durum hakkında ve belirli bir amaç doğrultusunda derinlemesine bilgiler elde edebilmektir. Araştırma, toplamda 10 hastanın yakını ile gerçekleşmiştir. Bunlardan 5'i Hacettepe Üniversitesi Hastanesinin Geriatri Bilim Dalı'na başvuran ve Alzheimer tanısı almış hasta yakınıdır. Süreç içerisinde ülkemizde ve dünyada yaşanan pandemi (Covid19) nedeniyle kalan 5 hasta yakını bulmakta yaşanan zorluklar sebebiyle kartopu örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırma, 12.12.2019–01.06.2020 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmaya dâhil olma kriterleri, hastanın biyolojik olarak yakını (eşi, çocuğu, torunu vb. gibi) ya da komşusu olmaları, bakım verme karşılığında herhangi bir ücret almamaları, hastanın yaşının 60 ve üstü olması şeklindedir. Bunun haricinde farklı sosyo kültürel düzeye sahip olmalarına önem verilmiştir. Bu bağlamda elde edilen verilerin

zengin çeşitliliğe sahip olması açısından değerlidir. Araştırmaya katılımında gönüllülük esasına bağlı olarak devam edilmiştir. Katılımcıların 1 tanesi erkek 9 tanesi kadındır. Katılımcılara ait bilgiler aşağıda yer almaktadır.

K1- Zehra

59 yaşında. Üniversite mezunu. Gelir giderden fazla. Emekli. Boşanmış. Daha önce bakım verme deneyimi olmamış. Bakım verdiği kişi annesi. Hastası orta evrede. 6 yıldır bakım vermektedir.

K2- Sevim

60 yaşında. Lise mezunu. Geliri gidere eşit. Bakım verdiği kişi annesi. Emekli. Eşi vefat etmiş. Daha önce Bakım verme deneyimi olmuş. Hastası ileri evrede. 10 yıldır bakım vermektedir.

K3- Nuray

45 yaşında, Üniversite mezunu. Bakım verdiği kişi babası. Çalışıyor. Evli. Daha önce bakım verme deneyimi olmamış. Geliri gidere eşit. Hastası orta evrede. 5 yıldır bakım vermektedir.

K4- Şebnem

55 yaşında. Üniversite mezunu. Emekli. Bakım verdiği kişi annesi. Boşanmış. Hastası orta evrede. Daha önce bakım verme deneyimi olmuş. Geliri gidere eşit. 9 yıldır bakım vermektedir.

K5- Esra

38 yaşında. Lise Mezunu. Evli. Bakım verdiği kişi annesi. Ev hanımı. Geliri gidere eşit. Daha önce bakım verme deneyimi olmamış. Hastası orta evrede. 6 yıldır bakım vermektedir.

K6- Kerem

56 yaşında. Lise mezunu. Bakım verdiği kişi annesi. Emekli. Bekar. Geliri giderden az. Daha önce bakım verme deneyimi olmamış. Hastası ileri evrede. 7 yıldır bakım vermektedir.

K7- Şennur

51 yaşında. Lisansüstü öğrenim mezunu. Geliri giderden az. Bekar. Bakım verdiği kişi annesi. Çalışıyor. Daha önce bakım deneyimi olmuş. Hastası erken evrede. 2 yıldır bakım vermektedir.

K8- Hülya

54 yaşında. Lise mezunu. Geliri gidere eşit. Evli. Bakım verdiği kişi annesi. Ev hanımı. Daha önce bakım verme deneyimi olmamış. Hastası orta evrede. 6 yıldır bakım vermektedir.

K9- Aysel

58 yaşında. Üniversite mezunu. Geliri gidere eşit. Bekar. Bakım verdiği kişi annesi. Çalışıyor. Daha önce bakım verme deneyimi olmamış. Hastası orta evrede. 6 yıldır bakım vermektedir.

K10-Müjgan:

56 yaşında. Lise mezunu. Geliri giderden az. Boşanmış. Bakım verdiği kişi annesi. Emekli. Daha önce bakım verme deneyimi olmamış. Hastası ileri evrede. 9 yıldır bakım vermektedir.

3.2. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Araştırma için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul'undan gerekli izinler (EK 5) alınarak veri toplama aşamasına geçilmiştir. Görüşmeler esnasında araştırmacı yaptığı gözlemleri not etmiş ve analiz sürecinde bu gözlemlerden yararlanmışır.

3.2.1. Nicel Veriler İçin Yapılan Uygulamalar

Araştırmacı nicel veriler için hazırlanan formları birimin bekleme salonunda gönüllülük kapsamında katılmak isteyip istemedikleri sorularak onay verdikleri takdirde yapılmıştır. Gönüllü katılımcılardan aydınlatılmış onam formunun bir nüshası ile birlikte ölçekler verilmiş ve kendi başlarına doldurmaları sağlanabilmiştir. Formların tamamlanması yaklaşık 20 dakika civarında sürmüştür. Bakım verenlerin ölçeklerde yer alan ters ifadeleri anlamamaları ihtimaline karşın orada hazır olarak bulunulmuştur. Doldurulan her forma bir numara verilmiştir. Nicel yöntem için kullanılan sosyo demografik form ve ölçekler EK 1, EK2, EK3'de yer almaktadır.

3.2.2. Derinlemesine Görüşmelere Ait Uygulamalar

Araştırma için araştırmacı tarafından bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerini gösteren sosyo-demografik bilgi formu ve yarı yapılandırılmış soru formu kullanılmıştır. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerini göstermesi için oluşturulan sosyo – demografik form 4 bölümden oluşmaktadır. 1. Bölümde bakım verenle ilgili genel bilgileri (yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu, vb. gibi) içeren on soru; 2. Bölümde bakım verenin bakım vermeye yönelik özelliklerini ifade eden dört soru, 3. Bölümde bakım

verenin sağlık durumuna y6nelik altı soru ve 4. B6l6mde bakım verilen kişiye y6nelik 6zellikleri ifade eden on d6rt sorudan oluşmaktadırdır (EK1).

Yarı yapılandırılmış g6r6şme formunda bakım verenin kendisini ve hastasını tanıttıktan sonra ne kadar s6re ile bakım verdiği s6recin başlangıcını i6eren soru ile başlanılmıştır. Akabinde bakım verme s6recinden 6nce ve bakım verme s6recinde yakını ile olan ilişkileri 6evresi ile olan ilişkilerinde yaşanan değişikliklerden, s6re6 i6erisinde yaşadıkları zorluk ve g66l6klerle ilgili sorular sorulmuştur. Devamında bakım verenlere bakım vermenin kendileri i6in ne anlam ifade ettikleri, s6re6 i6erisinde bakım verenlerin sahip oldukları g66ler ve g66s6zl6kleri i6eren sorular y6neltirmiştir. Sonrasında bakım verenlerin nasıl baş ettikleri, sahip oldukları sosyal destekler ve geleceğe ilişkin kaygıları ile ilgili sorular y6neltirmiş, geleceğe y6nelik beklentilerinin s6rece nasıl etki ettiğini ifade eden sorulara yer verilirmiştir.

Bakım verenler deneyimlerini aktarıırken ilk g6ze 6arpan Şey 6zg6n olmalarındırdır. Yorgunluk, sabretmede yaşanan zorluklar, bıkkınlık, kronik rahatsızlıklar, sigara kullanımı, sosyal destek eksikliği, maddi sıkıntılar en 6ok g6zlenen durumlardırdır. Aile 6yelerinin s6re6 i6erisinde birbirleriyle 6atışmalar yaşadıkları, s6re6te sosyal destek alanların hastalıkla daha iyi baş edebildiği g6zlemlenirmiştir.

Diğer bir g6zlem ise bakım verenlerin 6alışma durumu ve gelir durumları ile ilgili konulardırdır. Ekonomik zorluğu olmayan bakım verenlerin s6reci daha iyi y6nettikleri ve aile i6i g6rev dağılımlarının da rol 6atışması yaşamadıkları g6zlemlenirmiştir. Ekonomik zorluk yaşayan bireylerin ise bakım s6recini diğer aile 6yeleri ile iyi y6netemedikleri g6zlemlenirmiştir. Gerek ekonomik durumu iyi olanların gerekse iyi olmayanların bakım verdikleri hastaları i6in huzurevini tercih etmedikleri, bu durumun k6lt6rel nedenlerden kaynaklandığı literat6re paralel olarak anlaşılmaktadır.

Kadın katılımcıların sayıca 6ok fazla olması bakım verme s6recinde y6k6n genel olarak kadınlar 6zerinde olduğu, kadınlara y6klenen bu sorumluluğu erkeklerle oranla daha iyi bakım vermesi, aileden b6yle g6rd6kleri, zorunluluk gibi kavramlarla a6ıklandığı

görülmüştür. Kadınların süreç içerisinde kaygı düzeylerinin yüksek olduğu ve yıprandıkları gözlemlenmiştir.

3.2.3. Veri Toplama Araçları

3.2.3.1. Kısa Form Baş Etme Ölçeği

Bu araştırmada Carver, Scheier ve Weintraub tarafından 1989'da geliştirilen Başetme Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği'nin (COPE), yine Carver (1997) tarafından kısaltılan ve yeniden düzenlenen Kısa Form Başetme Ölçeği (brief-COPE) kullanılmıştır. Ölçek, sorun ve duygu odaklı baş etme stillerini tasvir eden 28 sorudan meydana gelmektedir. Ölçekte her biri iki ifade içeren 14 alt ölçek bulunmaktadır (aktif baş etme, planlama, olumlu yeniden yorumlama, kabullenme, mizah, din, duygusal destek kullanımı, maddi destek kullanımı, zihni dağıtma, inkâr, duygusal aktarım, madde kullanımı, davranışsal boş verme, kendini suçlama). Her alt ölçekte yer alan ikişer ifadeye veri kaynağı bireylerin "1-asla böyle bir şey yapmam ... 4-çoğunlukla böyle yaparım" arasında düzenlenip işaretlemeye dayanan Likert tipi yanıtlama şeklindedir. Puanlama 1'den 4'e kadar artan şiddette yapılmaktadır. Her baş etme stratejisindeki yüksek puan, o stratejinin daha yoğun olarak kullanıldığını göstermektedir. Ölçeğin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını içeren psikometrik değerlendirmesi Tuna (2003) tarafından yapılmıştır. Kısa form baş etme ölçeği tıp alanında anlamlı sonuçlar sağlayan birçok araştırmada kullanılmıştır. (Carver ve ark., 1993; Walker ve diğ., 2006 vb.) Carver (1997) alt ölçeklerin iç tutarlık katsayılarının .50'nin üstünde olduğunu rapor etmiştir. Alt ölçeklerin iç tutarlık katsayılarını aktif başa çıkma .68, planlama .73, olumlu yönde yeniden yorumlama .64, kabullenme .57, mizah .73, din .82, duygusal sosyal destek arama .71, amaca yönelik sosyal destek arama .64, dikkatini başka yöne yöneltme, .71, inkar .54, duyguları açığa vurma .50, madde kullanımı .90, davranışsal uzaklaşma .65 ve kendini suçlama .69. olarak belirtmiştir.

3.2.3.2. Durumluk Sürekli Kaygı Ölçeği

Öner ve Le Compte (1998) tarafından Türkçeye uyarlanmış olan ölçek, yirmi maddeden oluşan Durumluk Kaygı Ölçeği ve yirmi maddeden oluşan Sürekli Kaygı Ölçeği olmak üzere toplamda kırk maddeden meydana gelmektedir. Durumluk Kaygı Ölçeği, bireylerin kendilerine ait hislerini anlatmada kullandıkları birtakım ifadelerden oluşmaktadır. Okunan her ifadenin o anda nasıl hissedildiği ile ilgili olanı işaretleyerek belirtilir. Doğru veya yanlış bir cevap söz konusu değildir. Sürekli Kaygı Ölçeği ise; bireyin genellikle kendisini nasıl hissetmesi gerektiğini ifade eden bir ölçektir (Öner ve Le Compte, 1998). Durumluk Kaygı Ölçeği, maddelerinde ifade edilen duygu ya da davranışlar, bireyin içinde bulunduğu durumu hissetme derecesine göre; (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4) tamamıyla gibi oluşan şıklardan birini işaretleyerek cevaplandırılır. Sürekli kaygı maddelerinde ifade edilen duygu davranışları ise; sıklık derecesine göre; (1) hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman ve (4) hemen her zaman şeklinde cevaplandırılır. Dörtlü likert tipi ölçeğin alpha güvenirlik katsayısı 83 ile 87 arasında, test-tekrar test güvenirliği 71 ile 86 arasında, madde güvenirlik değerleri ise 34 ile 72 arasındadır.

3.2.3.3. Sosyo Demografik Form ve Derinlemesine Görüşme Formu

Çalışmanın hedefi doğrultusunda yapılan literatür incelemelerinin neticesinde dört ana maddeden oluşan sosyo-demografik form ve on sorudan oluşan derinlemesine görüşme formu ekte yer almaktadır.

3.3. NİCEL VERİLERLE İLGİLİ ANALİZ SÜREÇLERİ ve SONUÇLARI

Araştırmanın nicel kısmında elde edilen verileri IBM SPSS 25 programıyla gerçekleştirilmiştir. Toplam olarak araştırmaya 147 kişi katılmıştır. Ancak katılımcılardan yedisi soruların büyük bir kısmına cevap vermemelerinden dolayı kayıp veri olarak görülmüş ve analize dahil edilmemiştir. Kısa form baş etme ve durumluk-sürekli kaygı ölçekleri arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amacıyla korelasyon analizi yapılmış ve pearson korelasyon katsayısı elde edilmiştir. Demografik değişkenlere göre bağımlı

değişken ölçümleri 2'li karşılaştırmalar için t-testi, çoklu karşılaştırmalar için varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır.

Tablo 11. Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Sapma
Aktif Baş Etme	140	2,00	8,00	7,02	1,01
Planlama	140	2,00	8,00	6,53	1,31
Olumlu Yeniden Yorumlama	140	2,00	8,00	6,51	1,36
Kabullenme	140	2,00	8,00	7,32	1,05
Mizah	140	2,00	8,00	4,15	2,02
Din	140	2,00	8,00	5,59	2,28
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	140	2,00	8,00	5,59	1,34
Araçsal Sosyal Destek Kullanımı	140	2,00	8,00	5,48	1,46
Zihni Dağıtma/Dikkati Başka Yöne Çevirme	140	2,00	8,00	6,06	1,62
İnkâr	140	2,00	8,00	2,99	1,43
Duyguları Açığa Vurma	140	2,00	8,00	4,26	1,73
Madde Kullanımı	140	2,00	8,00	2,64	1,40
Davranışsal Boş Verme	140	2,00	8,00	2,98	1,31
Kendini Suçlama	140	2,00	8,00	3,31	1,40

Yukarıdaki tabloda Kısa Form Baş Etme Ölçeği'ne ait tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Başa çıkma ölçeği alt boyutları teorik olarak en az 2, en fazla 8 puan aralığında değişmektedir. Çalışmada en fazla ortalamayı 7,32 ile Kabullenme, 7,02 ile Aktif Baş Etme alt boyutlarında görülürken, en düşük ortalamalar 2,98 ile Davranışsal Boş Verme, 2,99 ile İnkâr alt boyutlarında görülmüştür.

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Std. Sapma
Durumluk Kaygı Düzeyi	140	22,00	76,00	42,53	11,10
Sürekli Kaygı Düzeyi	140	25,00	76,00	45,54	9,23

Durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri ölçekleri için toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişmektedir. Bu çalışmada durumluk kaygı düzeyi 22 ila 76 arasında değişmekte olup ortalaması 42,53, sürekli kaygı düzeyi 25 ila 76 arasında değişmekte olup ortalaması 45,54'tür.

3.3.1. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 12. Baş Etme Stilleri ve Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki

		Durumluk Kaygı Düzeyi	Sürekli Kaygı Düzeyi
Aktif Baş Etme	r	-,225*	-,134
	p	,008	,114
Planlama	r	,036	,039
	p	,674	,645
Olumlu Yeniden Yorumlama	r	-,259**	-,229**
	p	,002	,006
Kabullenme	r	-,194*	-,310**
	p	,022	,000
Mizah	r	,026	-,047
	p	,764	,585
Din	r	-,044	,027
	p	,603	,756
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	r	-,059	-,051
	p	,487	,546
Araçsal Sosyal Destek Kullanımı	r	,014	-,006
	p	,867	,948
Zihni Dağıtma/Dikkati Başka Yöne Çevirme	r	-,049	-,173*
	p	,564	,041
İnkâr	r	,290**	,296**
	p	,001	,000
Duyguları Açığa Vurma	r	,126	,063
	p	,137	,459
Madde Kullanımı	r	,162	,190*
	p	,057	,024
Davranışsal Boş Verme	r	,325**	,141
	p	,000	,096
Kendini Suçlama	r	,379**	,470**
	p	,000	,000

* p< 0,05 **p<0,01

Buna göre; aktif baş etme ile durumluk kaygı arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r = -0,225$; $p < 0,01$). Olumlu yeniden yorumlamanın durumluk kaygı ile arasında negatif yönlü anlamlı ($r = -0,259$; $p < 0,01$), sürekli kaygı ile negatif yönlü anlamlı ($r = -0,229$; $p < 0,01$) ilişki bulunmaktadır. Kabullenmenin durumluk kaygı ile arasında negatif yönlü anlamlı ($r = -0,194$; $p < 0,05$), sürekli kaygı ile negatif yönlü anlamlı ($r = -0,310$; $p < 0,01$) ilişki bulunmaktadır. Zihni dağıtma/dikkati başka yöne çevirme stratejisinin sürekli kaygı ile negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r = -0,173$; $p < 0,05$). İnkârın durumluk kaygı ile arasında pozitif yönlü anlamlı ($r = 0,290$; $p < 0,05$) ilişki bulunmakta, sürekli kaygı ile pozitif yönlü anlamlı ($r = 0,296$; $p < 0,05$) ilişki bulunmaktadır. Madde kullanımının sürekli kaygı ile pozitif yönlü ($r = 0,190$; $p < 0,05$) anlamlı ilişkisi bulunmaktadır. Davranışsal boş verme ile durumluk kaygı düzeyi arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır ($r = 0,325$; $p < 0,01$). Kendini suçlamanın durumluk kaygı ile arasında pozitif yönlü anlamlı ($r = 0,379$; $p < 0,01$), sürekli kaygı ile pozitif yönlü anlamlı ($r = 0,470$; $p < 0,01$) ilişki bulunmaktadır. Diğer değişkenler arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

3.3.2. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Cinsiyete Göre İncelenmesi

Kısa Form Baş Etme Ölçeği ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeğinin cinsiyete göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi yapılarak sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 13. Bakım Verenlerin Baş Etme Stillерinin Cinsiyete Göre Değişimi

	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Aktif Baş Etme	Kadın	117	6,93	1,04	-2,404	0,018*
	Erkek	23	7,48	0,73		
Planlama	Kadın	117	6,51	1,27	-0,321	0,749
	Erkek	23	6,61	1,50		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Kadın	117	6,52	1,37	0,138	0,890
	Erkek	23	6,48	1,34		
Kabullenme	Kadın	117	7,27	1,10	-1,223	0,223
	Erkek	23	7,57	0,73		
Mizah	Kadın	117	4,35	2,02	2,592	0,010**
	Erkek	23	3,17	1,80		
Din	Kadın	117	5,62	2,28	0,446	0,656
	Erkek	23	5,39	2,33		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Kadın	117	5,61	1,35	0,419	0,676
	Erkek	23	5,48	1,34		
Araçsal Sosyal Destek Kullanımı	Kadın	117	5,57	1,40	1,730	0,086
	Erkek	23	5,00	1,68		
Zihni Dağıtma/Dikkati Başka Yöne Çevirme	Kadın	117	6,12	1,59	0,912	0,363
	Erkek	23	5,78	1,78		
İnkâr	Kadın	117	2,96	1,36	-0,516	0,606
	Erkek	23	3,13	1,79		
Duyguları Açığa Vurma	Kadın	117	4,38	1,69	1,875	0,063
	Erkek	23	3,65	1,82		
Madde Kullanımı	Kadın	117	2,59	1,34	-0,864	0,389
	Erkek	23	2,87	1,66		
Davranışsal Boş Verme	Kadın	117	3,02	1,31	0,786	0,433
	Erkek	23	2,78	1,31		
Kendini Suçlama	Kadın	117	3,31	1,34	-0,125	0,900
	Erkek	23	3,35	1,72		

*p<0,05 **p<0,01

Baş etme stillerinin cinsiyete göre değişimi incelendiğinde aktif baş etme (p<0,05) ve mizah alt boyutlarının (p<0,01) cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği, diğer alt boyutların ise anlamlı farklılık göstermediği görölmüştür. Erkeklerin aktif baş etme düzeyi (\bar{X} 7,48) kadınlardan (\bar{X} 6,93) anlamlı derecede daha fazla iken, kadınların mizah düzeyi (\bar{X} 4,35) erkeklerden (\bar{X} 3,17) anlamlı seviyede daha yüksektir.

Tablo 14. Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Cinsiyetlerine Göre Değişimi

	Cinsiyet	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Durumluk Kaygı Düzeyi	Kadın	117	43,26	11,15	1,782	0,077
	Erkek	23	38,78	10,26		
Sürekli Kaygı Düzeyi	Kadın	117	45,97	9,12	1,225	0,222
	Erkek	23	43,39	9,66		

Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeğinin cinsiyete göre değişimi incelendiğinde, kadınlar ve erkekler arasında anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır. Kadınlar ve erkeklerin durumluk-sürekli kaygı düzeyleri aynı seviyededir denilebilir.

3.3.3. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre İncelenmesi

Kısa Form Baş Etme Ölçeği ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeğinin eğitim durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları aşağıdaki tabloda verilmiştir. Bu karşılaştırmalar yapılırken okuryazar olmayan bir kişi, okuryazar olan 4 kişi normallik sayılıtısını karşılamadığından dolayı ilkokul grubuna dahil edilmiştir. Aynı şekilde yüksek lisans ve doktora yapan 12 kişi üniversite grubuna dahil edilmiştir.

Tablo 15. Bakım Verenlerin Baş Etme Stillерinin Eğitim Durumuna Göre Değişimi

	Eğitim Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Aktif Baş Etme	İlkokul	31	6,84	1,07	2,105	0,126
	Orta-Lise	44	7,27	0,85		
	Üniversite	65	6,94	1,07		
	Toplam	140	7,02	1,01		
Planlama	İlkokul	31	6,10	1,33	2,299	0,104
	Orta-Lise	44	6,59	1,37		
	Üniversite	65	6,69	1,22		
	Toplam	140	6,53	1,31		
Olumlu Yeniden Yorumlama	İlkokul	31	6,35	1,45	1,380	0,255
	Orta-Lise	44	6,80	1,23		
	Üniversite	65	6,40	1,40		
	Toplam	140	6,51	1,36		
Kabullenme	İlkokul	31	6,90	1,49	4,702	0,01**
	Orta-Lise	44	7,64	0,61		
	Üniversite	65	7,31	0,97		
	Toplam	140	7,32	1,05		
Mizah	İlkokul	31	3,16	1,55	6,761	0,002**
	Orta-Lise	44	4,03	2,10		
	Üniversite	65	4,71	2,00		
	Toplam	140	4,15	2,02		
Din	İlkokul	31	6,68	1,56	8,190	0,000**
	Orta-Lise	44	5,91	2,24		
	Üniversite	65	4,85	2,36		
	Toplam	140	5,59	2,28		
Duyusal Sosyal Destek Kullanımı	İlkokul	31	4,97	1,22	4,510	0,013*
	Orta-Lise	44	5,82	1,24		
	Üniversite	65	5,72	1,39		
	Toplam	140	5,59	1,34		
Araçsal Sosyal Destek Kullanımı	İlkokul	31	5,29	1,16	0,500	0,607
	Orta-Lise	44	5,43	1,59		
	Üniversite	65	5,60	1,51		
	Toplam	140	5,48	1,46		
Zihni Dağıtma/Dikkati Başka öne Çevirme	İlkokul	31	5,03	1,80	9,441	0,000**
	Orta-Lise	44	6,20	1,56		
	Üniversite	65	6,46	1,36		
	Toplam	140	6,06	1,62		
İnkâr	İlkokul	31	3,10	1,16	0,184	0,832
	Orta-Lise	44	3,02	1,56		
	Üniversite	65	2,92	1,47		
	Toplam	140	2,99	1,43		
Duyguları Açığa Vurma	İlkokul	31	3,77	1,33	3,080	0,049*
	Orta-Lise	44	4,07	1,87		
	Üniversite	65	4,63	1,74		
	Toplam	140	4,26	1,73		
Madde Kullanımı	İlkokul	31	2,32	0,91	1,395	0,251
	Orta-Lise	44	2,59	1,45		
	Üniversite	65	2,82	1,53		
	Toplam	140	2,64	1,40		
Davranışsal Boş Verme	İlkokul	31	3,06	1,24	0,634	0,532
	Orta-Lise	44	3,11	1,63		
	Üniversite	65	2,85	1,08		
	Toplam	140	2,98	1,31		
Kendini Suçlama	İlkokul	31	3,42	1,26	0,133	0,876
	Orta-Lise	44	3,25	1,51		
	Üniversite	65	3,31	1,40		
	Toplam	140	3,31	1,40		

*p<0,05 **p<0,01

Baş etme stillerinin eğitim durumuna göre değişimi incelendiğinde; Kabullenme, Mizah, Din, Duygusal Destek Kullanımı, Duygusal Aktarım, Zihni Dağıtma/Dikkati Başka Yöne Çevirme alt boyutlarının eğitim durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür ($p < 0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre;

Kabullenme alt boyutu için; ortaokul-lise mezunu kişilerin kabullenme düzeylerinin (\bar{X} 7,64) ilkokul mezunu kişilerden (\bar{X} 6,90) anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür. ($p < 0,01$)

Mizah alt boyutu için; Üniversite mezunu kişilerin ortalaması (\bar{X} 4,71) ilkokul mezunu kişilerden (\bar{X} 3,16) anlamlı derecede daha yüksektir. Ek olarak Üniversite mezunu kişilerin ortalaması (\bar{X} 4,71) ortaokul ve lise mezunu kişilerden (\bar{X} 4,03) anlamlı derecede daha yüksektir. ($p < 0,01$)

Din alt boyutu için; ilkokul mezunu kişilerin ortalaması (\bar{X} 6,68) üniversite mezunu kişilerden (\bar{X} 4,85) anlamlı derecede daha yüksektir. ($p < 0,01$)

Duygusal destek kullanımı için; ortaokul-lise (\bar{X} 5,82) ve üniversite mezunu kişilerin ortalaması (\bar{X} 5,72) ilkokul mezunu kişilerden (\bar{X} 4,97) anlamlı derecede daha yüksektir. ($p < 0,01$)

Zihni Dağıtma/Dikkati başka yöne çevirme alt boyutu için; Üniversite mezunu kişilerin ortalaması (\bar{X} 6,46) ilkokul mezunu kişilerden (\bar{X} 5,03) anlamlı derecede daha yüksektir. ($p < 0,05$)

Duyguları Açığa Vurma alt boyutu için; Üniversite mezunlarının duygusal aktarım düzeyi (\bar{X} 4,63) ilkokul mezunlarından (\bar{X} 3,77) anlamlı derecede daha yüksektir. ($p < 0,05$)

Tablo 16. Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Eğitim Durumuna Göre Değişimini

	Eğitim Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Durumluk Kaygı Düzeyi	İlkokul	31	39,98	8,64	1,341	0,265
	Orta-Lise	44	42,26	10,90		
	Üniversite	65	43,92	12,16		
	Toplam	140	42,53	11,10		
Sürekli Kaygı Düzeyi	İlkokul	31	46,74	6,73	0,398	0,672
	Orta-Lise	44	45,59	9,07		
	Üniversite	65	44,94	10,36		
	Toplam	140	45,54	9,23		

Durumluk ve sürekli kaygı düzeyinin eğitim durumuna göre değişimi incelendiğinde anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür ($p>0,05$). Diğer bir ifade ile farklı eğitim seviyesine sahip kişilerin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri aynı seviyededir denilebilir.

3.3.4. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek Alma Durumuna Göre İncelenmesi

Kısa form baş etme ölçeği ile durumluk-sürekli kaygı ölçeğinin sosyal destek alma durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 17. Bakım Verenlerin Baş Etme Stillерinin Sosyal Destek Alma Durumuna Göre Değişimi

	Sosyal Destek Alma Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Aktif Baş Etme	Evet	69	6,99	0,95	-0,412	0,681
	Hayır	71	7,06	1,08		
Planlama	Evet	69	6,36	1,16	-1,492	0,138
	Hayır	71	6,69	1,42		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet	69	6,22	1,42	-2,589	0,010**
	Hayır	71	6,80	1,25		
Kabullenme	Evet	69	7,17	1,08	-1,653	0,101
	Hayır	71	7,46	1,00		
Mizah	Evet	69	4,11	1,91	-0,258	0,797
	Hayır	71	4,20	2,14		
Din	Evet	69	5,22	2,36	-1,903	0,059
	Hayır	71	5,94	2,15		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Evet	69	5,70	1,31	0,956	0,341
	Hayır	71	5,48	1,37		
Araçsal Sosyal Destek Kullanımı	Evet	69	5,86	1,19	3,096	0,002**
	Hayır	71	5,11	1,61		
Zihni Dağıtma/Dikkati Başka Yöne Çevirme	Evet	69	5,86	1,35	-1,514	0,132
	Hayır	71	6,27	1,83		
İnkâr	Evet	69	2,88	1,22	-0,858	0,393
	Hayır	71	3,09	1,61		
Duyguları Açığa Vurma	Evet	69	4,42	1,79	1,053	0,294
	Hayır	71	4,11	1,67		
Madde Kullanımı	Evet	69	2,57	1,25	-0,557	0,579
	Hayır	71	2,70	1,53		
Davranışsal Boş Verme	Evet	69	2,91	1,31	-0,584	0,560
	Hayır	71	3,04	1,30		
Kendini Suçlama	Evet	69	3,28	1,25	-0,323	0,747
	Hayır	71	3,35	1,54		

*p<0,05 **p <0,01

Baş etme stillerinin sosyal destek alma durumuna göre değişimi incelendiğinde; olumlu yeniden yorumlama ve maddi destek kullanımı alt boyutlarının sosyal destek alma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülürken ($p<0,01$), diğer baş etme stillerinin anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. ($p>0,05$) Sosyal destek almayanların olumlu yeniden yorumlama alt boyutu puanları (\bar{X} 6,80) sosyal destek alanlardan (\bar{X} 6,22) anlamlı derecede daha yüksek iken, sosyal destek alanların maddi

destek kullanım düzeyi puanları (\bar{X} 5,86) sosyal destek almayanlardan (\bar{X} 5,11) anlamlı derecede daha yüksektir.

Tablo 18. Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Sosyal Destek Alma Durumuna Göre Değişimi

	Sosyal Destek Alma Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Durumluk Kaygı Düzeyi	Evet	69	40,38	10,17	-2,291	0,023*
	Hayır	71	44,61	11,64		
Sürekli Kaygı Düzeyi	Evet	69	44,26	9,06	-1,630	0,105
	Hayır	71	46,79	9,28		

*p<0,05

Kaygı düzeylerinin sosyal destek alma durumuna göre değişimi incelendiğinde sosyal destek almayanların durumluk kaygı düzeyi (\bar{X} 44,61) sosyal destek alanlarınkinden (\bar{X} 40,38) anlamlı derecede yüksektir. (p<0,05) Bu grupların sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır. (p>0,05)

3.3.5. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Gelir Durumuna Göre İncelenmesi

Kısa form baş etme ölçeği ile durumluk-sürekli kaygı ölçeğinin gelir durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 19. Bakım Verenlerin Baş Etme Stillерinin Gelir Durumuna Göre Değişimi

	Gelir Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Aktif Baş Etme	Gelir giderden az	29	7,10	0,90	1,062	0,348
	Gelir gidere eşit	72	7,10	0,97		
	Gelir giderden fazla	39	6,82	1,17		
	Toplam	140	7,02	1,01		
Planlama	Gelir giderden az	29	6,59	1,43	0,140	0,869
	Gelir gidere eşit	72	6,56	1,31		
	Gelir giderden fazla	39	6,44	1,23		
	Toplam	140	6,53	1,31		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Gelir giderden az	29	6,76	1,50	3,630	0,029*
	Gelir gidere eşit	72	6,68	1,22		
	Gelir giderden fazla	39	6,03	1,42		
	Toplam	140	6,51	1,36		
Kabullenme	Gelir giderden az	29	7,24	1,33	0,343	0,710
	Gelir gidere eşit	72	7,29	1,03		
	Gelir giderden fazla	39	7,44	0,85		
	Toplam	140	7,32	1,05		
Mizah	Gelir giderden az	29	3,76	1,86	0,724	0,487
	Gelir gidere eşit	72	4,22	1,99		
	Gelir giderden fazla	39	4,32	2,21		
	Toplam	140	4,15	2,02		
Din	Gelir giderden az	29	5,69	2,33	3,538	0,032*
	Gelir gidere eşit	72	5,97	2,17		
	Gelir giderden fazla	39	4,79	2,30		
	Toplam	140	5,59	2,28		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Gelir giderden az	29	5,55	1,24	0,202	0,817
	Gelir gidere eşit	72	5,65	1,29		
	Gelir giderden fazla	39	5,49	1,52		
	Toplam	140	5,59	1,34		
Araçsal Sosyal Destek Kullanımı	Gelir giderden az	29	4,97	1,40	2,303	0,104
	Gelir gidere eşit	72	5,63	1,34		
	Gelir giderden fazla	39	5,59	1,67		
	Toplam	140	5,48	1,46		
Zihni Dağıtma/Dikkati Başka Yöne Çevirme	Gelir giderden az	29	5,83	1,79	0,749	0,475
	Gelir gidere eşit	72	6,22	1,49		
	Gelir giderden fazla	39	5,95	1,72		
	Toplam	140	6,06	1,62		
İnkâr	Gelir giderden az	29	2,69	1,23	0,802	0,451
	Gelir gidere eşit	72	3,06	1,48		
	Gelir giderden fazla	39	3,08	1,48		
	Toplam	140	2,99	1,43		
Duyguları Açığa Vurma	Gelir giderden az	29	3,79	1,52	1,366	0,258
	Gelir gidere eşit	72	4,39	1,74		
	Gelir giderden fazla	39	4,38	1,83		
	Toplam	140	4,26	1,73		
Madde Kullanımı	Gelir giderden az	29	2,38	1,21	1,983	0,142
	Gelir gidere eşit	72	2,55	1,12		
	Gelir giderden fazla	39	3,00	1,88		
	Toplam	140	2,64	1,40		
Davranışsal Boş Verme	Gelir giderden az	29	2,90	1,32	0,174	0,840
	Gelir gidere eşit	72	2,96	1,36		
	Gelir giderden fazla	39	3,08	1,22		
	Toplam	140	2,98	1,31		
Kendini Suçlama	Gelir giderden az	29	3,72	1,51	1,742	0,179
	Gelir gidere eşit	72	3,15	1,19		
	Gelir giderden fazla	39	3,31	1,62		
	Toplam	140	3,31	1,40		

*p<0,05

Baş etme stillerinin gelir durumuna göre değişimi incelendiğinde; Olumlu Yeniden Yorumlama ve Din alt boyutlarının gelire göre anlamlı farklılık gösterdiği görülürken ($p < 0,05$), diğer alt boyutların gelire göre anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Anlamlı farklılık görülen alt boyutlar için farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan TUKEY Testi sonuçlarına göre;

Olumlu yeniden yorumlama alt boyutu için; geliri giderden az olanlar (\bar{X} : 6,76) ile geliri gidere eşit olanların (\bar{X} : 6,68) ortalaması geliri giderden fazla olanlara (\bar{X} : 6,03) göre yüksektir. ($p < 0,05$)

Din alt boyutu için; geliri gidere eşit olanların ortalaması (\bar{X} : 5,97) geliri giderinden fazla olanlardan (\bar{X} : 4,79) anlamlı derecede daha yüksektir. ($p < 0,05$)

Tablo 20. Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Gelir Durumuna Göre Değişimi

	Gelir Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Durumluk Kaygı Düzeyi	Gelir giderden az	29	44,86	10,71	1,572	0,211
	Gelir gidere eşit	72	40,97	10,08		
	Gelir giderden fazla	39	43,67	12,90		
	Toplam	140	42,53	11,10		
Sürekli Kaygı Düzeyi	Gelir giderden az	29	50,93	8,81	6,871	0,001*
	Gelir gidere eşit	72	43,85	8,39		
	Gelir giderden fazla	39	44,67	9,71		
	Toplam	140	45,54	9,23		

* $p < 0,05$

Kaygı düzeylerinin gelire göre değişimi incelendiğinde durumluk kaygı düzeyinin gelire göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülürken ($p > 0,05$), sürekli kaygı düzeyinin gelire göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Anlamlı farklılık gösteren sürekli kaygı düzeyi için farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan TUKEY Testi sonuçlarına göre; geliri giderden az olanların (\bar{X} : 50,93) sürekli kaygı düzeyi geliri giderine eşit (\bar{X} : 43,85) ve geliri giderden fazla (\bar{X} : 44,67) olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir. ($p < 0,01$)

3.3.6. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Sigara İçme Durumuna Göre İncelenmesi

Kısa Form Baş Etme Ölçeği ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeğinin sigara içme durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 21. Bakım Verenlerin Baş Etme Stillерinin Sigara İçme Durumuna Göre Değişimi

	Sigara Kullanımı	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Aktif Baş Etme	Var	56	6,95	1,02	-0,713	0,477
	Yok	84	7,07	1,02		
Planlama	Var	56	6,66	1,13	0,978	0,330
	Yok	84	6,44	1,41		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Var	56	6,41	1,35	-0,732	0,466
	Yok	84	6,58	1,38		
Kabullenme	Var	56	7,36	0,96	0,328	0,743
	Yok	84	7,30	1,11		
Mizah	Var	56	4,29	2,01	0,630	0,530
	Yok	84	4,07	2,04		
Din	Var	56	4,96	2,19	-2,693	0,008**
	Yok	84	6,00	2,25		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Var	56	5,73	1,18	1,055	0,293
	Yok	84	5,49	1,44		
Araçsal Sosyal Destek Kullanımı	Var	56	5,41	1,37	-0,447	0,655
	Yok	84	5,52	1,52		
Zihni Dağıtma/Dikkati Başka Yöne Çevirme	Var	56	6,20	1,44	0,787	0,432
	Yok	84	5,98	1,73		
İnkâr	Var	56	3,21	1,64	1,527	0,129
	Yok	84	2,84	1,26		
Duyguları Açığa Vurma	Var	56	4,04	1,50	-1,281	0,202
	Yok	84	4,42	1,86		
Madde Kullanımı	Var	56	2,90	1,62	1,831	0,069
	Yok	84	2,46	1,21		
Davranışsal Boş Verme	Var	56	2,89	1,19	-0,633	0,528
	Yok	84	3,04	1,38		
Kendini Suçlama	Var	56	3,41	1,39	0,664	0,508
	Yok	84	3,25	1,41		

*p<0,05 **p<0,01

Baş etme stillerinin sigara içme durumuna göre değişimi incelendiğinde; din alt boyutunun sigara içme durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülürken ($p<0,01$), diğer stratejilerin anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür. Sigara kullanmayanların (\bar{X} 6,00) ortalaması kullananlarınkinden (\bar{X} 4,96) anlamlı düzeyde yüksektir. ($p<0,01$)

Tablo 22. Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Sigara Kullanım Durumuna Göre Değişimi

	Sigara Kullanımı	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Durumluk Kaygı Düzeyi	Var	56	42,96	10,43	0,381	0,704
	Yok	84	42,23	11,58		
Sürekli Kaygı Düzeyi	Var	56	45,45	8,52	-0,101	0,920
	Yok	84	45,61	9,72		

Bakım verenlerin kaygı düzeylerinin sigara kullanma durumuna göre değişimi incelendiğinde durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin sigara içme durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür ($p>0,05$).

3.3.7. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Alkol Kullanma Durumuna Göre İncelenmesi

Kısa form baş etme ölçeği ile durumluk-sürekli kaygı ölçeğinin alkol kullanma durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 23. Bakım Verenlerin Baş Etme Stillerinin Alkol Kullanım Durumuna Göre Değişimi

	Alkol Kullanımı	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Aktif Baş Etme	Var	17	7,00	1,00	-0,093	0,926
	Yok	123	7,02	1,02		
Planlama	Var	17	6,65	1,06	0,398	0,691
	Yok	123	6,51	1,34		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Var	17	6,29	1,16	-0,708	0,480
	Yok	123	6,54	1,39		
Kabullenme	Var	17	7,47	0,80	0,625	0,533
	Yok	123	7,30	1,08		
Mizah	Var	17	5,12	2,03	2,122	0,036*
	Yok	123	4,02	1,99		
Din	Var	17	3,24	1,60	-4,897	0,000**
	Yok	123	5,91	2,17		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Var	17	5,82	1,59	0,779	0,437
	Yok	123	5,55	1,31		
Araçsal Sosyal Destek Kullanımı	Var	17	5,18	1,70	-0,909	0,365
	Yok	123	5,52	1,43		
Zihni Dağıtma/Dikkati Başka Yöne Çevirme	Var	17	5,88	1,36	-0,493	0,623
	Yok	123	6,09	1,65		
İnkâr	Var	17	2,65	1,17	-1,053	0,294
	Yok	123	3,04	1,46		
Duyguları Açığa Vurma	Var	17	4,47	1,59	0,524	0,601
	Yok	123	4,24	1,75		
Madde Kullanımı	Var	17	3,53	2,18	2,876	0,005**
	Yok	123	2,52	1,21		
Davranışsal Boş Verme	Var	17	2,94	1,30	-0,126	0,900
	Yok	123	2,98	1,31		
Kendini Suçlama	Var	17	3,59	1,58	0,860	0,391
	Yok	123	3,28	1,37		

*p<0,05 **p<0,01

Baş etme stillerinin alkol kullanım durumuna göre değişimi incelendiğinde; din ve madde kullanımı stratejilerinin alkol kullanma durumuna göre anlamlı düzeyde ($p<0,01$) farklılık gösterirken, mizah alt stratejisinde ($p<0,05$) düzeyinde farklılık göstermektedir. Diğer alt boyutlar anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Alkol kullananların mizah ve madde kullanımı stratejisi alt boyut düzeyi alkol kullanmayanlardan, kullanmayanların (\bar{X} 5,91) din stratejisi alt boyutu kullananlardan (\bar{X} 3,24) anlamlı derecede daha yüksektir. ($p<0,01$)

Tablo 24. Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Alkol Kullanımına Göre Değişimi

	Alkol Kullanımı	N	Ortalama	Std. Sapma	T	P
Durumluk Kaygı Düzeyi	Var	17	41,00	12,45	-0,603	0,548
	Yok	123	42,74	10,94		
Sürekli Kaygı Düzeyi	Var	17	41,88	11,63	-1,758	0,081
	Yok	123	46,05	8,78		

Kaygı düzeylerinin alkol kullanım durumuna göre değişimi incelendiğinde anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür ($p>0,05$). Diğer bir ifade ile alkol kullanan ve kullanmayanların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri aynı seviyededir denilebilir.

3.3.8. Bakım Verenlerin Baş Etme ve Kaygı Düzeylerinin Kronik Hastalık Durumlarına Göre İncelenmesi

Kısa form baş etme ölçeği ile durumluk-sürekli kaygı ölçeğinin kronik hastalık durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 25. Bakım Verenlerin Baş Etme Stillерinin Kronik Hastalık Durumlarına Göre Değişimi

	Kronik Hastalığı	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Aktif Baş Etme	Var	49	6,9	1,0	-1,234	0,219
	Yok	91	7,1	1,0		
Planlama	Var	49	6,6	1,2	0,149	0,882
	Yok	91	6,5	1,4		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Var	49	6,2	1,4	-2,130	0,035*
	Yok	91	6,7	1,3		
Kabullenme	Var	49	7,3	1,0	-0,464	0,643
	Yok	91	7,4	1,1		
Mizah	Var	49	3,8	1,9	-1,364	0,175
	Yok	91	4,3	2,1		
Din	Var	49	5,7	2,3	0,411	0,682
	Yok	91	5,5	2,3		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Var	49	5,4	1,2	-0,885	0,378
	Yok	91	5,7	1,4		
Araçsal Sosyal Destek Kullanımı	Var	49	5,5	1,3	0,187	0,852
	Yok	91	5,5	1,5		
Zihni Dağıtma/Dikkati Başka Yöne Çevirme	Var	49	5,9	1,7	-1,112	0,268
	Yok	91	6,2	1,6		
İnkâr	Var	49	3,2	1,6	1,057	0,292
	Yok	91	2,9	1,3		
Duyguları Açığa Vurma	Var	49	4,3	1,6	0,107	0,915
	Yok	91	4,3	1,8		
Madde Kullanımı	Var	49	2,9	1,7	1,488	0,139
	Yok	91	2,5	1,2		
Davranışsal Boş Verme	Var	49	3,3	1,3	1,925	0,050*
	Yok	91	2,8	1,3		
Kendini Suçlama	Var	49	3,4	1,5	0,835	0,405
	Yok	91	3,2	1,3		

*p<0,05

Baş etme stillerinin kronik hastalığa sahip olma durumuna göre değişimi incelendiğinde; olumlu yeniden yorumlama ve Davranışsal Boş Verme stratejilerinin kronik hastalık olma durumuna göre anlamlı düzeyde farklılık göstermektedir (p<0,05). Kronik hastalığı olmayanların (\bar{X} 6,7) olumlu yeniden yorumlama düzeyi kronik hastalığı olanlardan (\bar{X} 6,2) anlamlı derecede daha yüksektir. Kronik hastalığı olanların (\bar{X} 3,3) Davranışsal Boş Verme düzeyi, kronik hastalığı olmayanlara (\bar{X} 2,8) göre anlamlı derecede daha yüksektir. (p<0,05)

Tablo 26. Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Kronik Hastalık Durumlarına Göre Değişimi

	Kronik Hastalığı	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Durumluk Kaygı Düzeyi	Var	49	45,6	11,5	2,449	0,016*
	Yok	91	40,9	10,6		
Sürekli Kaygı Düzeyi	Var	49	48,4	9,2	2,739	0,007**
	Yok	91	44,0	8,9		

*p<0,05 ** p<0,01

Kaygı düzeylerinin kronik hastalık durumuna göre değişimi incelendiğinde durumluk ve sürekli kaygı düzeyinin kronik hastalık olma durumuna göre anlamlı düzeyde değişim gösterdiği görülmüştür (p<0,05). Kronik hastalığı olanların durumluk (\bar{X} 45,6) ve sürekli kaygı (\bar{X} 48,4) düzeyleri kronik hastalığı olmayanlardan (\bar{X} 40,9) (\bar{X} 44,0) anlamlı derecede daha yüksektir. (p<0,01)

3.3.9. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Sağlık Hizmeti Almakta Zorluk Yaşama Durumlarına Göre İncelenmesi

Kısa form baş etme ölçeği ile durumluk-sürekli kaygı ölçeğinin bakım verenlerin sağlık hizmeti almakta zorluk yaşama durumuna göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 27. Bakım Verenlerin Baş Etme Stillерinin Sağlık Hizmeti Almakta Zorluk Yaşama Durumlarına Göre Değişimi

	Zorluk Yaşama	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Aktif Baş Etme	Evet	28	7,18	0,98	0,916	0,361
	Hayır	112	6,98	1,02		
Planlama	Evet	28	7,07	1,05	2,506	0,013*
	Hayır	112	6,39	1,33		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Evet	28	6,43	1,79	-0,370	0,712
	Hayır	112	6,54	1,24		
Kabullenme	Evet	28	7,25	1,35	-0,402	0,688
	Hayır	112	7,34	0,96		
Mizah	Evet	28	4,57	2,27	1,224	0,223
	Hayır	112	4,05	1,9		
Din	Evet	28	5,68	2,36	0,240	0,811
	Hayır	112	5,56	2,27		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Evet	28	5,54	1,14	-0,220	0,826
	Hayır	112	5,60	1,39		
Araçsal Sosyal Destek Kullanımı	Evet	28	5,29	1,41	-0,780	0,437
	Hayır	112	5,53	1,48		
Zihni Dağıtma/Dikkati Başka Yöne Çevirme	Evet	28	5,82	1,81	-0,887	0,377
	Hayır	112	6,13	1,57		
İnkâr	Evet	28	3,11	1,45	0,486	0,628
	Hayır	112	2,96	1,43		
Duyguları Açığa Vurma	Evet	28	4,71	1,72	1,548	0,124
	Hayır	112	4,15	1,72		
Madde Kullanımı	Evet	28	2,43	1,29	-0,892	0,374
	Hayır	112	2,69	1,42		
Davranışsal Boş Verme	Evet	28	3,14	1,51	0,743	0,459
	Hayır	112	2,94	1,25		
Kendini Suçlama	Evet	28	3,50	1,50	0,784	0,434
	Hayır	112	3,27	1,38		

*p<0,05

Bakım verenlerin baş etme stillerinin sağlık hizmeti almada zorluk yaşama durumuna göre değişimi incelendiğinde; planlama boyutunun sağlık hizmeti almada zorluk yaşama durumuna göre anlamlı farklılık gösterirken ($p<0,05$), diğer alt boyutlar anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Sağlık hizmeti alanların planlama düzeyi (\bar{X} 7,07), sağlık hizmeti almakta zorluk yaşayanların ortalamasından (\bar{X} 6,39) anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 28. Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Sağlık Hizmeti Almakta Zorluk Yaşama Durumlarına Göre Değişimi

	Zorluk Yaşama	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Durumluk Kaygı Düzeyi	Evet	28	46,11	11,27	1,927	0,05*
	Hayır	112	41,63	10,93		
Sürekli Kaygı Düzeyi	Evet	28	49,39	10,59	2,515	0,013*
	Hayır	112	44,58	8,64		

*p<0,05 **p<0,01

Kaygı düzeylerinin sağlık hizmeti almada zorluk yaşama durumuna göre değişimi incelendiğinde; durumluk ve sürekli kaygı düzeyinin anlamlı olarak farklılık gösterdiği görülmüştür (p<0,05). Sağlık hizmetlerine ulaşmada zorluk yaşayanların hem durumluk (\bar{X} 46,11) hem de sürekli kaygı düzeyi (\bar{X} 49,39) zorluk yaşamayanlardan (\bar{X} 41,63) (\bar{X} 44,58) anlamlı derecede daha yüksektir. (p<0.05)

3.3.10. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Bakım Verilen Kişinin Cinsiyetine Göre İncelenmesi

Kısa Form Baş Etme Ölçeği ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeğinin bakım verilen kişinin cinsiyetine göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 29. Bakım Verenlerin Baş Etme Stillерinin Bakım Verilen Kişinin Cinsiyetine Göre Değişimi

	Bakım Verilen Kişinin Cinsiyeti	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Aktif Baş Etme	Kadın	103	7,15	0,93	6,059	0,015*
	Erkek	37	6,68	1,16		
	Toplam	140	7,02	1,01		
Planlama	Kadın	103	6,57	1,31	0,446	0,505
	Erkek	37	6,41	1,30		
	Toplam	140	6,53	1,31		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Kadın	103	6,73	1,27	10,201	0,002**
	Erkek	37	5,92	1,46		
	Toplam	140	6,51	1,36		
Kabullenme	Kadın	103	7,44	0,93	4,867	0,029*
	Erkek	37	7,00	1,29		
	Toplam	140	7,32	1,05		
Mizah	Kadın	103	4,39	2,09	5,651	0,019*
	Erkek	37	3,49	1,68		
	Toplam	140	4,15	2,02		
Din	Kadın	103	5,47	2,33	1,076	0,302
	Erkek	37	5,92	2,14		
	Toplam	140	5,59	2,28		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Kadın	103	5,64	1,37	0,655	0,420
	Erkek	37	5,43	1,26		
	Toplam	140	5,59	1,34		
Araçsal Sosyal Destek Kullanımı	Kadın	103	5,35	1,56	3,084	0,081
	Erkek	37	5,84	1,07		
	Toplam	140	5,48	1,46		
Zihni Dağıtma/Dikkati Başka Yöne Çevirme	Kadın	103	6,22	1,50	3,836	0,050*
	Erkek	37	5,62	1,86		
	Toplam	140	6,06	1,62		
İnkâr	Kadın	103	2,95	1,47	0,346	0,558
	Erkek	37	3,11	1,33		
	Toplam	140	2,99	1,43		
Duyguları Açığa Vurma	Kadın	103	4,27	1,78	0,007	0,932
	Erkek	37	4,24	1,59		
	Toplam	140	4,26	1,73		
Madde Kullanımı	Kadın	103	2,76	1,47	3,061	0,082
	Erkek	37	2,30	1,13		
	Toplam	140	2,64	1,40		
Davranışsal Boş Verme	Kadın	103	2,83	1,18	5,551	0,020*
	Erkek	37	3,41	1,54		
	Toplam	140	2,98	1,31		
Kendini Suçlama	Kadın	103	3,24	1,35	1,020	0,314
	Erkek	37	3,51	1,54		
	Toplam	140	3,31	1,40		

*p<0,05 **p<0,01

Baş etme stillerinin Bakım verilen bireyin cinsiyete göre değişimi incelendiğinde; aktif baş etme, olumlu yeniden yorumlama, kabullenme, mizah ve davranışsal boş verme düzeylerinin bakım verilen kişinin cinsiyetine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). Bakım verdiği kişinin cinsiyeti kadın olan bakım verenlerin aktif baş etme (\bar{X} 7,15), olumlu yeniden yorumlama (\bar{X} 6,73), kabullenme (\bar{X} 7,44) ve mizah düzeyleri (\bar{X} 4,39) bakım verdiği kişinin cinsiyeti erkek olan bakım verenlerden (\bar{X} 6,68- \bar{X} 6,73- \bar{X} 7,00- \bar{X} 3,49) anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0.01$). Bakım verdiği kişinin cinsiyeti erkek olan bakım verenlerin davranışsal boş verme düzeylerinin (\bar{X} 3,41) bakım verdiği kişinin cinsiyeti kadın olanların (\bar{X} 2,83) bakım verenlerden anlamlı derecede daha yüksektir. ($p<0,05$) Bakım verdiği kişinin cinsiyeti kadın olan bakım verenlerin Zihni Dağıtma/Dikkati Başka Yöne Çevirme alt boyutu (\bar{X} 6,22), bakım verdiği kişinin cinsiyeti erkek olanlara göre (\bar{X} 5,62) anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$).

Tablo 30. Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Bakım Verilen Kişinin Cinsiyetine Göre Değişimi

	Bakım Verilen Kişinin Cinsiyeti	N	Ortalama	Std. Sapma	t	p
Durumluk Kaygı Düzeyi	Kadın	103	41,29	10,43	4,950	0,028*
	Erkek	37	45,96	12,29		
	Toplam	140	42,53	11,10		
Sürekli Kaygı Düzeyi	Kadın	103	44,79	8,73	2,650	0,106
	Erkek	37	47,65	10,33		
	Toplam	140	45,54	9,23		

* $p<0,05$

Kaygı düzeylerinin bakım verilen kişinin cinsiyetine göre değişimi incelendiğinde; durumluk kaygı düzeyinin bakım verilen kişinin cinsiyetine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği ($p<0,05$), sürekli kaygı düzeyinin ise anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür. Erkek hastaların bakım vericilerinin durumluk kaygı düzeyi (\bar{X} 45,96) kadın hastaların bakım vericilerinin durumluk kaygı düzeyinden (\bar{X} 41,29) anlamlı derecede daha yüksektir.

3.3.11. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Bakım Verilen Kişinin Yaşına Göre İncelenmesi

Kısa Form Baş etme ölçeği ile durumluk-sürekli kaygı ölçeğinin bakım verilen kişinin yaşına göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 31. Bakım Verenlerin Baş Etme Stillерinin Bakım Verilen Kişinin Yaşına Göre Değişimi

	Hastanın Yaşı	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Aktif Baş Etme	60-70	21	7,10	0,94	1,430	0,243
	71-85	78	6,90	1,03		
	85+	41	7,22	1,01		
	Toplam	140	7,02	1,01		
Planlama	60-70	21	6,71	1,19	0,278	0,758
	71-85	78	6,47	1,26		
	85+	41	6,54	1,47		
	Toplam	140	6,53	1,31		
Olumlu Yeniden Yorumlama	60-70	21	6,52	1,25	0,041	0,960
	71-85	78	6,54	1,27		
	85+	41	6,46	1,61		
	Toplam	140	6,51	1,36		
Kabullenme	60-70	21	7,33	0,91	0,002	0,998
	71-85	78	7,32	1,12		
	85+	41	7,32	0,99		
	Toplam	140	7,32	1,05		
Mizah	60-70	21	3,62	1,91	1,510	0,225
	71-85	78	4,10	2,00		
	85+	41	4,54	2,09		
	Toplam	140	4,15	2,02		
Din	60-70	21	6,19	1,69	1,065	0,348
	71-85	78	5,38	2,41		
	85+	41	5,66	2,27		
	Toplam	140	5,59	2,28		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	60-70	21	5,76	1,45	0,227	0,797
	71-85	78	5,54	1,22		
	85+	41	5,59	1,52		
	Toplam	140	5,59	1,34		
Araçsal Sosyal Destek Kullanımı	60-70	21	5,95	1,16	1,317	0,271
	71-85	78	5,41	1,45		
	85+	41	5,37	1,61		
	Toplam	140	5,48	1,46		
Zihni Dağıtma/Dikkati Başka Yöne Çevirme	60-70	21	5,95	1,77	0,060	0,942
	71-85	78	6,09	1,63		
	85+	41	6,07	1,56		
	Toplam	140	6,06	1,62		

Tablo 31. (Devam) Bakım Verenlerin Baş Etme Stillерinin Bakım Verilen Kişinin Yaşına Göre Değişimi

	Hastanın Yaşı	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
İnkâr	60-70	21	3,45	1,77	1,467	0,234
	71-85	78	2,96	1,44		
	85+	41	2,80	1,19		
	Toplam	140	2,99	1,43		
Duyguları Açığa Vurma	60-70	21	4,10	1,51	0,140	0,870
	71-85	78	4,27	1,73		
	85+	41	4,34	1,87		
	Toplam	140	4,26	1,73		
Madde Kullanımı	60-70	21	2,48	0,93	0,349	0,706
	71-85	78	2,72	1,50		
	85+	41	2,56	1,42		
	Toplam	140	2,64	1,40		
Davranışsal Boş Verme	60-70	21	3,14	1,59	2,052	0,132
	71-85	78	3,12	1,26		
	85+	41	2,63	1,20		
	Toplam	140	2,98	1,31		
Kendini Suçlama	60-70	21	3,05	1,02	3,976	0,021*
	71-85	78	3,60	1,59		
	85+	41	2,90	1,02		
	Toplam	140	3,31	1,40		

*p<0,05

Baş etme stilleri bakım verilen kişinin yaşına göre değişimi incelendiğinde kendini suçlama alt boyutunun bakım verilen kişinin yaşına göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür. Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan TUKEY Testi sonuçlarına göre yaşı 71-85 olan hastalara bakım verenlerin kendini suçlama düzeyi (\bar{X} 3,60), yaşı 60-70 olan hastalara bakım verenlerin (\bar{X} 3,05) ve 85+ olan hastalara bakım verenlerinkinden (\bar{X} 2,90) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0.05).

Tablo 32. Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Bakım Verilen Kişinin Yaşına Göre Değişimi

	Hastanın Yaşı	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Durumluk Kaygı Düzeyi	60-70	21	41,81	13,40	0,269	0,765
	71-85	78	43,14	10,62		
	85+	41	41,72	10,94		
	Toplam	140	42,53	11,10		
Sürekli Kaygı Düzeyi	60-70	21	43,76	11,66	0,652	0,523
	71-85	78	45,47	8,99		
	85+	41	46,59	8,35		
	Toplam	140	45,54	9,23		

Kaygı düzeylerinin bakım verilen kişinin yaşına göre değişimi incelendiğinde anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür ($p>0,05$). Diğer bir ifade ile farklı yaşlarda bulunan Alzheimer hastalarına bakım verenlerin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasında anlamlı fark yoktur.

3.3.12. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Hastalığın Evresine Göre İncelenmesi

Kısa form baş etme ölçeği ile durumluk-sürekli kaygı ölçeğinin bakım verilen kişinin hastalık evresine göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 33. Bakım Verenlerin Baş Etme Stillерinin Hastalık Evresine Göre Değişimi

	Hastalık Evresi	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Aktif Baş Etme	Erken	15	7,00	0,93	2,073	0,130
	Orta	91	6,91	1,08		
	İleri	34	7,32	0,81		
	Toplam	140	7,02	1,01		
Planlama	Erken	15	6,07	1,28	1,861	0,159
	Orta	91	6,49	1,19		
	İleri	34	6,82	1,57		
	Toplam	140	6,53	1,31		
Olumlu Yeniden Yorumlama	Erken	15	6,93	1,28	0,796	0,453
	Orta	91	6,47	1,25		
	İleri	34	6,44	1,67		
	Toplam	140	6,51	1,36		
Kabullenme	Erken	15	7,67	0,62	2,627	0,076
	Orta	91	7,18	1,14		
	İleri	34	7,56	0,86		
	Toplam	140	7,32	1,05		
Mizah	Erken	15	3,87	2,17	1,084	0,341
	Orta	91	4,04	1,90		
	İleri	34	4,59	2,26		
	Toplam	140	4,15	2,02		
Din	Erken	15	4,73	1,98	1,179	0,311
	Orta	91	5,68	2,22		
	İleri	34	5,71	2,54		
	Toplam	140	5,59	2,28		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	Erken	15	5,27	1,58	0,508	0,603
	Orta	91	5,60	1,18		
	İleri	34	5,68	1,63		
	Toplam	140	5,59	1,34		
Araçsal Sosyal Destek Kullanımı	Erken	15	5,67	1,11	0,327	0,722
	Orta	91	5,41	1,28		
	İleri	34	5,59	1,99		
	Toplam	140	5,48	1,46		
Zihni Dağıtma/Dikkati Başka Yöne Çevirme	Erken	15	6,47	1,73	2,947	0,050*
	Orta	91	5,82	1,59		
	İleri	34	6,53	1,56		
	Toplam	140	6,06	1,62		

Tablo 33. (Devam) Bakım Verenlerin Baş Etme Stillерinin Hastalık Evresine Göre Değişimi

	Hastalık Evresi	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
İnkâr	Erken	15	2,80	1,01	2,712	0,070
	Orta	91	3,19	1,52		
	İleri	34	2,54	1,25		
	Toplam	140	2,99	1,43		
Duyguları Açığa Vurma	Erken	15	3,73	1,58	2,327	0,101
	Orta	91	4,16	1,80		
	İleri	34	4,76	1,50		
	Toplam	140	4,26	1,73		
Madde Kullanımı	Erken	15	2,47	1,55	0,431	0,650
	Orta	91	2,72	1,45		
	İleri	34	2,50	1,19		
	Toplam	140	2,64	1,40		
Davranışsal Boş Verme	Erken	15	2,67	0,90	0,712	0,493
	Orta	91	2,97	1,36		
	İleri	34	3,15	1,31		
	Toplam	140	2,98	1,31		
Kendini Suçlama	Erken	15	2,87	1,13	1,068	0,346
	Orta	91	3,32	1,35		
	İleri	34	3,50	1,62		
	Toplam	140	3,31	1,40		

Yapılan varyans analizi sonuçlarına göre Alzheimer hastalığının evrelerine göre Zihni dağıtım/Dikkati Başka Yöne Çevirme anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre erken evredekiilerin ortalaması (\bar{X} 6,47) ve ileri evredekiilerin (\bar{X} 6,53) orta düzeydekilerden (\bar{X} 5,82) anlamlı olarak yüksektir ($p < 0,05$). Diğer değişkenler Alzheimer evrelerine göre fark göstermemektedir.

Tablo 34. Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Hastalık Evresine Göre Değişimi

	Hastalık Evresi	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Durumluk Kaygı Düzeyi	Erken	15	35,73	9,32	8,149	0,000**
	Orta	91	41,57	10,23		
	İleri	34	48,07	11,92		
	Toplam	140	42,53	11,10		
Sürekli Kaygı Düzeyi	Erken	15	40,07	9,23	3,594	0,030*
	Orta	91	45,69	9,18		
	İleri	34	47,56	8,64		
	Toplam	140	45,54	9,23		

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Kaygı düzeylerinin hastalığın evresine göre değişimi incelendiğinde durumluk kaygı düzeyi ($p < 0,01$) ve sürekli kaygı düzeylerinin hastalığın evresine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür ($p < 0,05$). Farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre;

Durumluk kaygı düzeyi için; ileri evre hastaların bakım verenlerinin durumluk kaygı düzeyi (\bar{X} 48,07) orta evre hastalarının bakım verenlerinden (\bar{X} 41,57), orta evre hastaların bakım verenlerinin durumluk kaygı düzeyi de (\bar{X} 41,57) erken evre hastalarının bakım verenlerinin durumluk kaygı düzeyinden (\bar{X} 35,73) anlamlı derecede daha yüksektir. ($p < 0,01$)

Sürekli kaygı düzeyi için; orta (\bar{X} 45,69) ve ileri evre (\bar{X} 47,56) hastaların bakım verenlerinin sürekli kaygı düzeyi erken evre hastaların (\bar{X} 40,07) bakım verenlerinin sürekli kaygı düzeyinden anlamlı derecede daha yüksektir. ($p < 0,05$)

3.3.13. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Bakım Verilen Kişi İle İlgilenme Süresine Göre İncelenmesi

Kısa Form Baş Etme Ölçeği ile Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeğinin bakım verilen kişi ile ilgilenme sürelerine göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 35. Bakım Verenlerin Baş Etme Stillерinin Bakım Verilen Kişi İle İlgilenme Süresine Göre Değişimi

	İlgilenilme Süresi	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Aktif Baş Etme	0-1 yıl	8	6,88	0,99	0,297	0,827
	2-3 yıl	31	6,94	1,03		
	4-5 yıl	32	6,97	1,03		
	5+	69	7,10	1,02		
	Toplam	140	7,02	1,01		
Planlama	0-1 yıl	8	6,00	2,00	2,524	0,060
	2-3 yıl	31	6,06	1,24		
	4-5 yıl	32	6,66	1,23		
	5+	69	6,74	1,23		
	Toplam	140	6,53	1,31		
Olumlu Yeniden Yorumlama	0-1 yıl	8	6,25	0,71	0,774	0,510
	2-3 yıl	31	6,23	1,18		
	4-5 yıl	32	6,63	1,48		
	5+	69	6,62	1,45		
	Toplam	140	6,51	1,36		
Kabullenme	0-1 yıl	8	6,63	1,51	1,347	0,262
	2-3 yıl	31	7,39	0,84		
	4-5 yıl	32	7,28	0,85		
	5+	69	7,39	1,14		
	Toplam	140	7,32	1,05		
Mizah	0-1 yıl	8	3,63	1,92	1,247	0,295
	2-3 yıl	31	3,65	2,11		
	4-5 yıl	32	4,20	2,00		
	5+	69	4,42	2,00		
	Toplam	140	4,15	2,02		
Din	0-1 yıl	8	5,50	2,56	0,386	0,763
	2-3 yıl	31	5,65	2,18		
	4-5 yıl	32	5,22	2,34		
	5+	69	5,74	2,29		
	Toplam	140	5,59	2,28		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	0-1 yıl	8	5,25	1,91	1,688	0,173
	2-3 yıl	31	5,16	1,49		
	4-5 yıl	32	5,75	1,19		
	5+	69	5,74	1,24		
	Toplam	140	5,59	1,34		

Tablo 35 (Devam) Bakım Verenlerin Baş Etme Stillerinin Bakım Verilen Kişi İle İlgilenme Süresine Göre Değişimi

	İlgilenilme Süresi	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Araçsal Sosyal Destek Kullanımı	0-1 yıl	8	5,50	2,00	0,121	0,948
	2-3 yıl	31	5,39	1,43		
	4-5 yıl	32	5,41	1,21		
	5+	69	5,55	1,54		
	Toplam	140	5,48	1,46		
Zihni Dağıtma/Dikkati Başka Yöne Çevirme	0-1 yıl	8	5,13	1,46	1,348	0,261
	2-3 yıl	31	6,10	1,58		
	4-5 yıl	32	5,88	1,48		
	5+	69	6,25	1,70		
	Toplam	140	6,06	1,62		
İnkâr	0-1 yıl	8	2,38	0,52	1,062	0,368
	2-3 yıl	31	2,87	1,20		
	4-5 yıl	32	3,30	1,55		
	5+	69	2,97	1,52		
	Toplam	140	2,99	1,43		
Duyguları Açığa Vurma	0-1 yıl	8	4,50	0,76	1,004	0,393
	2-3 yıl	31	3,84	1,53		
	4-5 yıl	32	4,19	1,67		
	5+	69	4,46	1,90		
	Toplam	140	4,26	1,73		
Madde Kullanımı	0-1 yıl	8	2,75	2,12	0,124	0,946
	2-3 yıl	31	2,74	1,55		
	4-5 yıl	32	2,66	1,47		
	5+	69	2,57	1,21		
	Toplam	140	2,64	1,40		
Davranışsal Boş Verme	0-1 yıl	8	3,13	0,99	0,926	0,430
	2-3 yıl	31	2,68	1,14		
	4-5 yıl	32	2,91	1,20		
	5+	69	3,13	1,44		
	Toplam	140	2,98	1,31		
Kendini Suçlama	0-1 yıl	8	3,50	1,69	0,422	0,738
	2-3 yıl	31	3,10	1,49		
	4-5 yıl	32	3,47	1,29		
	5+	69	3,32	1,39		
	Toplam	140	3,31	1,40		

Baş etme stillerinin bakım verilen kişi ile ilgilenme süresine göre değişimi incelendiğinde; baş etme stillerinin anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 36. Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Bakım Verilen Kişi İle İlgilenme Süresine Göre Değişimi

	İlgilenilme süresi	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Durumluk Kaygı Düzeyi	0-1 yıl	8	45,38	16,49	2,708	0,048*
	2-3 yıl	31	37,74	10,47		
	4-5 yıl	32	44,64	12,42		
	5+	69	43,36	9,54		
	Toplam	140	42,53	11,10		
Sürekli Kaygı Düzeyi	0-1 yıl	8	48,75	10,43	2,556	0,05*
	2-3 yıl	31	41,81	10,09		
	4-5 yıl	32	47,31	10,35		
	5+	69	46,03	7,74		
	Toplam	140	45,54	9,23		

*p<0,05

Kaygı düzeylerinin bakım verilen kişi ile ilgilenme süresine göre değişimi incelendiğinde; durumluk ve sürekli kaygı düzeyinin bakım verilen kişi ile ilgilenme süresine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür (p<0,05). Anlamlı farklılık gösteren durumluk kaygı düzeyi için farklılığın hangi gruptan kaynaklandığı TUKEY testi ile incelendiğinde; 0-1 yıl (\bar{X} 45,68), 4-5 yıl (\bar{X} 44,64) ve 5+ yıl (\bar{X} 43,36) süre ile ilgilenenlerin durumluk kaygı düzeylerinin 2-3 yıl (\bar{X} 37,74) süre ile ilgilenenlerden anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür (p< 0,05). Anlamlı farklılık gösteren sürekli kaygı düzeyi için farklılığın hangi gruptan kaynaklandığına bakıldığında ise; 0-1 yıl (\bar{X} 48,67), 4-5 yıl (\bar{X} 47,31) ve 5+ yıl (\bar{X} 46,03) süre ile ilgilenenlerin sürekli kaygı düzeylerinin 2-3 yıl (\bar{X} 41,81) süre ile ilgilenenlere göre anlam derecede yüksektir (p< 0,05).

3.3.14. Bakım Verenlerin Baş Etme Stilleri ve Kaygı Düzeylerinin Bakım Verilen Kişi ile Günlük İlgilenme Süresine Göre İncelenmesi

Baş çıkma stratejileri ölçeği ile durumluk-sürekli kaygı ölçeğinin bakım verilen kişi ile günlük ilgilenme süresine göre ortalamaları ve bu ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığının tespiti için yapılan tek yönlü varyans analizi sonuçları verilmiştir.

Tablo 37. Bakım Verenlerin Baş Etme Stillерinin Bakım Verilen Kişi ile Günlük İlgilenme Süresine Göre Değişimi

	Günlük İlgilenilme Süresi	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
Aktif Baş Etme	1-3 saat	12	7,08	1,16	0,319	0,728
	4-6 saat	27	6,89	1,01		
	6 saatten fazla	100	7,06	1,00		
	Toplam	139	7,03	1,01		
Planlama	1-3 saat	12	6,75	1,14	0,853	0,428
	4-6 saat	27	6,26	1,16		
	6 saatten fazla	100	6,59	1,36		
	Toplam	139	6,54	1,30		
Olumlu Yeniden Yorumlama	1-3 saat	12	7,08	0,79	1,394	0,252
	4-6 saat	27	6,30	1,10		
	6 saatten fazla	100	6,52	1,47		
	Toplam	139	6,53	1,36		
Kabullenme	1-3 saat	12	7,25	0,97	0,619	0,540
	4-6 saat	27	7,52	0,64		
	6 saatten fazla	100	7,27	1,14		
	Toplam	139	7,32	1,05		
Mizah	1-3 saat	12	4,79	2,27	1,539	0,218
	4-6 saat	27	3,63	1,74		
	6 saatten fazla	100	4,18	2,03		
	Toplam	139	4,13	2,00		
Din	1-3 saat	12	4,17	2,44	5,976	0,003**
	4-6 saat	27	4,81	2,32		
	6 saatten fazla	100	6,00	2,12		
	Toplam	139	5,61	2,27		
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	1-3 saat	12	6,00	1,35	2,146	0,121
	4-6 saat	27	5,15	1,38		
	6 saatten fazla	100	5,65	1,32		
	Toplam	139	5,58	1,35		
Araçsal Sosyal Destek Kullanımı	1-3 saat	12	5,00	1,76	0,762	0,469
	4-6 saat	27	5,44	1,25		
	6 saatten fazla	100	5,55	1,49		
	Toplam	139	5,48	1,47		
Zihni Dağıtma/Dikkati Başka Yöne Çevirme	1-3 saat	12	6,75	1,42	1,447	0,239
	4-6 saat	27	6,19	1,55		
	6 saatten fazla	100	5,94	1,66		
	Toplam	139	6,06	1,62		

Tablo 37.(Devam) Bakım Verenlerin Baş Etme Stillerinin Bakım Verilen Kişi ile Günlük İlgilenme Süresine Göre Değişimi

	Günlük İlgilenilme Süresi	N	Ortalama	Std. Sapma	F	p
İnkâr	1-3 saat	12	3,67	1,97	1,454	0,237
	4-6 saat	27	2,96	1,26		
	6 saatten fazla	100	2,93	1,40		
	Toplam	139	3,00	1,43		
Duyguları Açığa Vurma	1-3 saat	12	4,33	1,83	0,021	0,980
	4-6 saat	27	4,22	1,67		
	6 saatten fazla	100	4,23	1,72		
	Toplam	139	4,24	1,70		
Madde Kullanımı	1-3 saat	12	3,50	2,32	3,272	0,041*
	4-6 saat	27	2,70	1,32		
	6 saatten fazla	100	2,48	1,17		
	Toplam	139	2,61	1,35		
Davranışsal Boş Verme	1-3 saat	12	3,58	1,78	1,524	0,221
	4-6 saat	27	2,81	1,11		
	6 saatten fazla	100	2,95	1,29		
	Toplam	139	2,98	1,31		
Kendini Suçlama	1-3 saat	12	3,33	1,37	0,075	0,928
	4-6 saat	27	3,22	1,40		
	6 saatten fazla	100	3,34	1,42		
	Toplam	139	3,32	1,40		

*p<0,05 **p<0,01

Baş etme stillerinin bakım verilen kişi ile günlük ilgilenme süresine göre değişimi incelendiğinde din (p<0,01) ve madde kullanımı (p<0,05) stratejilerinin bakım verilen kişi ile günlük ilgilenme süresine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görülmüştür. Anlamlı farklılık gösteren din ve madde kullanımı alt boyutu için farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için yapılan TUKEY testi sonuçlarına göre;

Din için 6 saatten fazla bakanların (\bar{X} 6,00) ortalaması 4-6 saatten fazla bakanlardan (\bar{X} 4,81), 4-6 saat bakanların ortalaması (\bar{X} 4,81) ise 1-3 saat bakanlardan (\bar{X} 4,17) anlamlı derecede daha yüksektir (p<0.01).

Madde kullanımı için; 1-3 saat bakanların ortalaması (\bar{X} 3,50), 3-6 saat (\bar{X} 2,70) ve 6 saatten fazla bakanlardan (\bar{X} 2,48) anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0.05$).

Tablo 38. Bakım Verenlerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeylerinin Bakım Verilen Kişi ile Günlük İlgilenme Süresine Göre Değişimi

	Günlük İlgilenilme Süresi	N	Ortalama	Std. Sapma	F	P
Durumluk Kaygı Düzeyi	1-3 saat	12	45,46	12,11	2,691	0,071
	4-6 saat	27	38,46	9,75		
	6 saatten fazla	100	43,48	11,00		
	Toplam	139	42,67	11,00		
Sürekli Kaygı Düzeyi	1-3 saat	12	44,67	9,52	3,068	0,050*
	4-6 saat	27	41,89	9,58		
	6 saatten fazla	100	46,72	8,91		
	Toplam	139	45,60	9,23		

$p<0,05$

Kaygı düzeylerinin bakım verilen kişi ile günlük ilgilenme süresine göre değişimi incelendiğinde durumluk kaygı düzeyinin anlamlı düzeyde farklılık göstermediği görülmüştür ($p>0,05$). Sürekli kaygı düzeyinde ise anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yapılan TUKEY testi sonuçlarına, göre günlük 6 saatten fazla bakım verenlerin (\bar{X} 46,72) sürekli kaygı düzeyi 1-3 saat (\bar{X} 44,67) ve 4-6 saat (\bar{X} 41,89) bakım verenlere göre anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

3.3.15. Güvenirlilik Analizi

Bakım verenlerin baş etme stilleri ve kaygı düzeylerine ait güvenilirlik düzeylerinin belirlenmesi amacıyla güvenilirlik analizi yapılmış ve Chronbach alfa katsayıları elde edilmiştir.

Cronbach' s Alfa Katsayısının değerlendirilmesinde uyulan değerlendirme ölçütü;

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise ölçek güvenilir değildir.

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise ölçek düşük güvenilirliktedir.

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise ölçek oldukça güveniliridir.

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise ölçek yüksek derecede güveniliridir şeklindedir.

Aşağıda verilen tabloda elde edilen Chronbach alfa katsayıları verilmiştir.

Tablo 39. Kullanılan Ölçeklerin Çalışmadaki Güvenilirlik Analizi

	Ortalama
Baş Etme Stilleri Toplam	0,8520
Aktif Baş Etme	0,7580
Planlama	0,7920
Olumlu Yeniden Yorumlama	0,8880
Kabullenme	0,7120
Mizah	0,6980
Din	0,7080
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	0,8290
Araçsal Sosyal Destek Kullanımı	0,7410
Zihni Dağıtma/Dikkati Başka Yöne Çevirme	0,7980
İnkâr	0,6880
Duyguları Açığa Vurma	0,7070
Madde Kullanımı	0,8690
Davranışsal Boş Verme	0,8000
Kendini Suçlama	0,7690
Kaygı Ölçeği Toplam	0,8170
Durumluk Kaygı Düzeyi	0,8080
Sürekli Kaygı Düzeyi	0,8690

3.4. NİTEL GÖRÜŞMELERE AİT ANALİZ SÜREÇLERİ ve SONUÇLARI

Derinlemesine görüşmelerde Alzheimer hastalarına bakım veren 10 kişi gönüllü olarak çalışmaya katılımı kabul etmiştir. Katılımcıların hepsi hastaların biyolojik olarak yakınlarıdır. Profesyonel bakım verenler (ücret karşılığı bakım verenler) hariç tutulmuştur. Kabul eden katılımcılardan birinin randevu planlaması sırasında bakım

verdiği yakınının vefat etmesi dolayısıyla bir başka bakım veren ile randevu planlaması yapılarak görüşme gerçekleştirilmiştir. Katılmayı kabul eden kişilerle yapılan bireysel görüşmeler ses kaydı ile kayıt altında tutulmuş, görüşmelerin ses kayıtlarının transkripsiyonu ile analizi sağlanmıştır. Ülkemizin içinde bulunduğu pandemi (Covid19 hastalığı) koşulları nedeniyle bazı görüşmeler bilgisayar programları aracılığıyla (Skype, Zoom, Facebook gibi) yapılmıştır. Bireysel görüşmeler 30-75 dakika arasında sürmüştür. Görüşmelerin transkripsiyonları yazılım programına girilip çalışma amacına uygun şekilde genel yapı içinde kodlandırılmıştır. Veri analizlerinin öncesinde araştırma konusunun genel hatları çerçevesinde kodlar ortaya çıkarılmış ve analiz aşamasında oluşan yeni kodlarla birlikte yine amacına uyacak şekilde kategoriler ve temalar meydana getirilmiştir. Bakım sürecine etki eden faktörler bu şekilde ayrıntılı ve açık olarak gösterilmiştir. “Hastalığın Sezilmesi Süreci”, “Bakım Vereninin Süreç İçinde Kendi Yaşamı ve Çevresiyle Olan İlişkilerinde Yaşanan Değişiklikler”, “Bakım Verenlerin Bakım Vermeye Yükladıkları Anlamlar”, “Bakım Vermenin Güçlükleri/Zorlukları” , “Bakım Verenlerin Yaşadıkları Stres ve Geleceğe İlişkin Kaygıları”, “Bakım Verenlerin Baş Etme Mekanizmaları”, “Beklenti, İhtiyaçlar ve Görüşler” ana temalar olarak belirlenmiştir.

Çalışma verilerinin analizinin hazırlığı, süreçleri ve kodlama sonrasında ortaya çıkan tema ve alt temalar bu bölümde gösterilecektir. Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin örnek ifadeleri aşağıda yer almaktadır.

3.4.1. Hastalığın Sezilmesi Süreci

Bakım verilen hastaya Alzheimer tanısının konulmasından önce bakım verenlerden kendilerini tanıtılması istenilmiştir. Genel bir tanıtımdan sonra kişi ile olan karşılıklı güven ve samimi ortam oluşturulduktan sonra “Bakım verdiğiniz kişideki değişimi ilk nasıl anladınız?” ve “Bakım verdiğiniz yakınına ilk ne zaman Alzheimer tanısı konuldu?” gibi sorular sorularak hastalığın sezilmesi sürecinde bireylerin yaşadığı deneyimlerin ortaya çıkarılması sağlanmıştır.

Katılımcıların ifadelerinden bakım verdikleri kişilere birbirinden farklı bağlamlarla tanımlarının konulduğu anlaşılmıştır. Bazı katılımcılar hastalarının yakınlarının çamaşırlarını farklı yerlere koyduklarında, yemek yedikten sonra ne zaman tekrar yemek yiyeceklerini sorduklarında ya da hafıza kayıplarının artarak devamı neticesinde fark ettiklerini betimlemiştir. Genellikle aile üyeleri ya da bakım verenler, doktora gitmeden önce bazı değişiklikleri fark ettiklerini ifade etmektedirler. Doktora gitmek genellikle yakınının bir kaza geçirmesi, kaybolması veya ocakta yemek yakması gibi tehlikeli bir olaydan sonra gerçekleştiği görülmektedir (Mc Govern, 2015: 410).

“Annemi yalnız kalması çok etkiledi. Eşinin (babamın) kaybı çok üzdü. Ve ben bu yüzden olduğunu düşünüyorum. Onlar 5 kardeşmiş ve hepsi aynı evde. Ataerkil bir aileymiş... Annem çok değişken davranışlarda bulunuyordu. Huysuzluğu çok fazlalaşmaya başlamıştı. Sürekli aynı şeyleri tekrarlıyordu. Odaları da karıştırmaya başlayınca doktora gitmeye karar verdik. Esasında biliyorduk ama doktora gitmeye artık dayanılmaz hale gelince karar verdik.” (Esra, 38 yaşında)

“Babamı 2002 de kaybettik. Babam varken varlığı bir sest annem için. Babamı da kaybettikten sonra içe döndü... Sosyal faaliyetlerini bitirdi, kimseyle görüşmemeye başladı. Sonra parası çok kıymetlenmeye başladı. Herkesi sanki, gelen bana para için geliyor demeye başladı. İlaçlarına başladığımızda ben annemin rahatsız olduğunu anladım fakat annemi doktora götürmem benim iki buçuk üç sene sürdü.... Tabi MR ı çektirince tamamen Alzheimer olduğu anlaşıldı. Aldığı tansiyon ilaçlarından dolayı beyin damarlarında kireçlenme başlamış dedi doktor.” (Sevim, 60 yaşında)

“Bazen gecemi gündüz mü karıştırıyor, hiç belli olmuyor ne zaman ne yapacağı. Bir bakıyorsunuz her şeyi hatırlıyor bir bakıyorsunuz hiç bir şey hatırlamıyor. Saat ve gün kavramlarını karıştırıyor. Ondandır biri geçiyor yoldan, aa babam mı geldi diyor bazen. Acaba diyorum numara mı yapıyor? Ama yani numara yapsa niye babam numara yapsın diyorum diye düşünüyorum. Bu arada ocakta yaktıkları yemeğin sayısını da

hatırlamıyorum derken doktora gittiğimizde Alzheimer hastalığının başlangıç evresinde olduğunu söylediler.” (Nuray, 45 yaşında)

“11 yıl önce annemde denge kaybı ve düşmeler başladı. Yapılan tetkikler sonucunda hidrosefali olduğu anlaşıldı. Omurilik sıvısının hepimizden daha fazla olduğu ortaya çıktı. Ama tablo iyiydi o an için. Zamanla ilaç başlandı. Akabinde bir gün çok kötü düştü merdivenden kafası üstü düştü. O süreçte birlikte annemde de bazı şeylerde değişiklikler başladı. Geçmişi çok iyi biliyor. Ama artık zaman mekân karıştırmaya başladı. Yemekleri yakmaya, ütü yaparken ütülediği eşyaları yanmaya başladı.” (Şennur, 51 yaşında)

Hastalar, teşhisten önce günlük yaşam aktivitelerine devam edebilmektedirler. Ama hastalık sinsi olarak seyir göstermektedir (Eker, 2008:89). İlk belirtiler genellikle öğrenme yeteneğinin kaybolmaya başlamasıyla kendini gösterir. Hastalığın sezilmesi süreci ve tanı konulmasından itibaren hasta yakınlarının kabul etme noktasında bir takım sorunlar yaşadıkları ve hastasının hâlen rol yaptığını düşündüklerini belirtmişlerdir.

“ 3,5 yıl öncesi olabilir. Yatak odasındaki gardrobun içini karıştırıyordu. Anne dedim ne yapıyorsun. Oralı olmadı sürekli karıştırıyordu. Gece anlamsız yürümler, uykusuz geceler takip etti. Zaman kavramını kaybetmeye başladı. Ama doktora gittiğimizde ise o kadar bilinçli konuşuyordu ki; sanki hasta demezsin. Akli gayet yerinde gibiydi. Kardeşlerimle eve gelince bence annem hasta değil numara yapıyor dedim.” (Müjgan, 56 yaşında)

“Bu arada annemde de unutkanlıklar başlamıştı ama biz Alzheimer olduğunu konduramıyorduk. Şöyle oldu; evimizin önünde park var. Her gün parka gidiyordu. Bir gün yine parka giderken düştü ve kalçasını kırdı. Kalçasını kırdıktan sonra diyorum ben ondan sonra olduğunu düşünüyorum. Bilimsel olarak bir açıklaması var mı bilmiyorum. Yoğun bakıma alındığında annem çok konuşan biri değildi. Gençliğinde de zaten Osmanlı kadını gibiymiş. Çok tersti. Dediği olacak, inatçı biriydi. Ben babama benzemişim (gülerek). Kırıldıktan sonra yoğun bakımda ziyarete gittiğimde tanyamadım ben

annemi. Nasıl konuşuyor nasıl bağılıyor. Şöyle yapacağım böyle yapacağım başka biri olmuş. Doktora sordum ne bu diye, doktor delirium sendromu bu dedi. Ama atlatır kısa süre içinde toparlanır dedi. Ve toparladı kısmen. Büyük ihtimalle ondan sonra oldu diye düşünüyorum.” (Zehra, 55 yaşında)

Alzheimer sendromlarında “Apati” sıklıkla belirtilen bir bulgudur. Hasta çevresine, günlük faaliyetlerine kayıtsız kalmaya, ilgi göstermemeye başlar. Böyle durumda yakınları onun depresyonda olduğunu düşünebilmektedirler. (Aki, 2010)

Annem ilaç saatlerini tamamen unutmuştu, çok yavaşlamıştı. Yemek yaparken buzdolabından ne alacağını ya da ne yemek yapacağını unutuyordu. Halüsinasyonlar görmeye başladı. Esasında o noktaya kadar iyiydi. Evin işlerini yapıyordu, bulaşık, çamaşırını kendi yıkıyordu. Hala da kısmen yapıyor. Ama nasıl... Bastonunu alıyor onu süpürge zannediyor. Halüsinasyonlar artarak devam etti. Evdeki çocuklardan bahsetmeye başladı. Anne bunlar ne dedim. Daha önceden üç çocuğunu kaybetmiş annem.. gençken,.. Küçüklermiş çok. O geldi aklıma, bu yüzden olabileceğini düşündüm. Şu an ise kimseye bir ilgi göstermiyor, bağ kuramıyor. (Aysel, 58 Yaşında)

“İstanbul’da yaşıyoruz... Annemin hastalığını şöyle anladım. Daha doğrusu doktora gitmeye şöyle karar verdik; evliliğinin ilk yıllarında bir çocuğu vefat etmiş. Öldüğünde üç yaşındaymış. Bu durum onu çok etkilemiş. Bizimle konuşurken sıkça ondan bahseder hala. Erkek çocuğuymuş. Çok özenmiş doğmadan. Sürekli kıyafetler almış. Geçenlerde biz konuşurken anlıyorduk zaten hafızasında ufak sorunlar olduğunu. Israrla gitmiyordu hastaneye. Biz de üstelemiyorduk. Sanki yaşıyormuş gibi bir şey söyledi. -Kemal (rahmetli) nerede diye sordu. Üşür üstüne bir şeyler giysin- dedi. Dedim ki zamanı geldi artık...” (Hülya, 54 yaşında)

3.4.2. Bakım Verenin Süreç İçinde Kendi Yaşamı ve Çevresiyle Olan İlişkilerinde Yaşanan Değişiklikler

Bakım verenin süreç içinde; kendi yaşamlarında, bakım verdikleri bireylerle olan ilişkilerinde, diğer aile üyeleri ve arkadaşlarıyla ilişkilerinde değişiklikler yaşadığı görülmektedir. Bu süreçte bir eş genellikle aynı zamanda bir anne ve bir kardeş; çocukları ise kendi başına bir ebeveyn olabileceği gibi bir kardeş de olabilmektedir (Gubrium, 1988: 204).

Sevdikleri yakınlarıyla olan ilişkilerindeki değişiklikler açısından, rol değiştirme temasının sıklıkla ortaya çıktığı görülmüştür. Katılımcılar, aile çevresi ve arkadaşlarından daha az destek aldıklarını ya da tam tersi olarak hastalığın, sevdikleriyle ve diğer insanlarla ilişkilerinin daha olumlu anlamda değiştirdiğini, aile ilişkilerinde yakınlaşmaların olduğunu ifade ederek bakım verdikleri hastalar ile kendilerinin rollerinde karşılıklı değiştiğini ifade etmişlerdir.

3.4.2.1. Rol Değiştirme

Verilerin analiz edilmesi sürecinde tutarlı bir şekilde ortaya çıkan bir tema, bakım verenlerin sevdikleriyle olan ilişkilerinde bir rol değişikliği hissi ve tecrübeleri olmuştur. Bazı katılımcılar çocuğu olmak yerine, daha çok ebeveyn rolünü üstlenmek zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcı Aysel, başlangıçta annesiyle az temas kurduğunu ifade etmiş, ancak daha sonra sık sık temas kurmaya başladığını ve bakım görevini üstlendikten sonra hem kendi hem de annesinin hayatında birçok şeyi koordine etmeye başladığını belirtmiştir.

“ Şimdi ben onun değil o benim çocuğum moduna geçti. Biraz küçük çocuk.. Benim ilgilenmem gereken biriyim gibi. Ben onun annesi gibiyim. Geçen gün anneler gününde kendisi de onu söylüyor -annem bir şey söylerken tam tersini söylüyor, mesela siyaha beyaz diyor. Ya da sığağa soğuk diyor. Açsa tokum diyor gibi. Beyin ters algılıyor herhalde; şey söyledi: ben de artık senin çocuğum oldum, dedi. Mesela bu dikkatimi çok çekmişti. Çok çatışmalı bir

ilişkimiz yoktu. Şu anda da çok çatışmalı bir ilişkimiz yok. Böyle vıcık vıcık bir ilişkimiz de yoktu. Şu anda da yok. Olması gerektiği gibi. Yapmacık bir ilişkimiz yok. Ben usulen anneciğim demiyorum o da usulen yavrucuğum demiyor. Hissettiğimiz gibi yaşıyoruz.” (Aysel, 58 yaşında)

Katılımcılar önceleri kendisine sahip çıkan ve kendilerine deyim yerindeyse “kol kanat geren” yakınlarının şimdilerde birilerine muhtaç olarak yaşadıklarını; zorlanmalarına, uykusuz kalmalarına ve bitkin hale düşmelerine rağmen kızgın olmadıkları hem gözlemlerden hem de kendi ifadelerinden anlaşılmaktadır. Ülkemizde geleneksel aile yapısının genel olarak korunduğu görülmektedir. Yaş olarak büyük olan kişiler saygındır ve bu özelliğini korumaya devam etmektedir. Bu nedenle bakım verenlerin yakınlarına kızmamalarındaki etkenlerden biri de geleneksel aile yapısı olarak ifade edilebilir.

“Annemden daha çok babamı severim ben. Teşhisinden sonra yavrum oldu babam. Üçüncü çocuğum oldu babam. Ben her zaman söylerim benim 3 tane çocuğum var derim yani. Babam benim şu an çocuğum ben onun kızında ziyade. Daha sevecen olduk birbirimize...” (Nuray, 45 Yaşında)

“Artık o bizimi evladımız gibi oldu. Ben onun kızırken o benim çocuğum gibi oldu. Tabi bu arada kendimi de çok eleştiriyorum. Çünkü kızgın bir yapım ortaya çıktı. Kızma, yapma, etme diyorum, sonra da Hasta diyorum o. Neden böyle yaptın diyerek pişman oluyorum. O benim atam diyorum” (Esra, 38 yaşında)

“ Arkadaş gibiydik biz. Sınırları bilen ve o sınırları geçmeyen özellikle zor zamanlarda birbirimize inandık ve çok sevdik birbirimizi. Ben yatılı okullarda büyüdüm. Çok fazla bir arada olmadım annemle bu yüzden. Yatılı okul arkasından Ankara, arkasından Adana, İzmir. Benim annemle geçirdiğim toplamda 6 yıl kadar öncedir. Ama arkadaş olmayı becerdik. Süreç içinde rolleri değişti. O benim annemdi kızım oldu. Zaten ben onun çocuğu olmama rağmen bana saygı duyardı. İnanırdı. Bu inanç çok pekişti. Ben annesiyim onun. Mesela bir ilaç değişecekse ben söylüyorum ablamlara

onlar değiştiriyor. Ama arkasından annem beni arıyor ve benim ilaçlarım değiştiriyorlar bu doğru mu? diyor. Onlara inanmıyor. Annem hastalıktan önce hayata çok bağlı, hayat dolu biriydi ve hala öyle.” (Şebnem, 55 Yaşında)

“ Annemi ben çocuğum gibi görüyorum. Geçenlerde bana: - doğum yapmadan seni anne yaptım” dedi. Yani o da kabulleniyor. Enteresan bir durum.” (Şennur,51 Yaşında)

3.4.2.2. Yakınlarından Yeterli Destek Alamaması

Bazı katılımcılar bakım verdikleri hastalarının Alzheimer hastalığı teşhisinden sonra diğer aile üyeleri ve arkadaşlarıyla olan ilişkilerinin olumsuz yönde etkilediğini, diğer kardeşlerinin kendisini ziyaret etmediklerini belirtmişlerdir. Hastaların evrelere bağlı olarak hafıza, düşünme, davranışsal semptomlar ve beyinde oluşan patolojik değişiklikler nedeniyle günlük yaşam aktiviteleri giderek bozulmaktadır.

Ayrıca hastaların tedavilerinde kullanılan ilaçların da bilişsel yetilerdeki bozuklukları giderek kötüleştirdiği ve ilaçlar nedeniyle hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirme güçlüğü yaşadıkları görölmektedir. Kognitif problemler, depresyon, uyku bozuklukları, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığın artması gibi birbiriyle ilişkili olan bu semptomlar hastalık süreci içinde kişilerin ve bakım verenlerin yaşam kalitelerinin de bozulmasına neden olmaktadır (Alzheimer’s Association, 2017). Bakım verenler genellikle süreç içinde sosyal temas ve destekten yoksun hale gelebilmekte ve sosyal izolasyon duyguları yaşamaktadırlar (Brodaty& Donkin, 2009:220, Aktaş, 2017).

“Keşke annemin kardeşleri yakınımızda olsa da onlar da ilgilense. Aslından annemin üç kardeşi var biri Antalya da biri Kırıkkale’de, biri İstanbul’da. Yakınında kimse yok. Mesela teyzem geldi geçtiğimiz aylarda, annem onu da tanıyor onu. Keşke biraz bakabilse de biraz rahatlayabilsek. Teyzem çok üzölüyor annem için, ama onun da dört çocuğu var. Nasıl gelsin keşke gelebilse...” (Esra, 38 yaşında)

“Bir kardeşim daha var ama şehir dışında yaşıyor. Onun da durumu çok iyi değil. Çok ilgilenmez bizimle. Arada biraz ihtiyaçları için para gönderir. Hepsi bu.” (Kerem, 56 yaşında)

“Son yıllarda kardeşlerim çok destek olmuyor maalesef. Normalde senenin belli aylarında gelirlerdi. Annemi alıp biraz rahatlamamı sağlardı. Ama son zamanlarda annem artık başka bir yere gitmek istemiyor. Diğer kardeşlerimin evinde duramıyor. Hemen beni çağırıyorlar. Onlarında tabi işine geliyor bu durum (üzülerek). Ama benim için çok kötü yani..” (Hülya, 54 yaşında)

“Kız kardeşimin desteği olmasa daha da çok zorlanırdım. Onda korumacılık vardır, onu da annem öğretmiştir. Bana Sevgi annemin yapmadığı çok şey yaptı. Gerçek evladı gibiyim onun da gerçekten. Onun haricinde hiçbir desteğim yok maalesef ki...” (Sevim, 60 yaşında)

Bir katılımcı, bakım konusunda eşinden gerekli desteği göremediğini ve bu durumun boşanmalarına sebep olduğunu ifade etmiştir:

“En önemli nedeni İstanbul’a gelmemin tabi ki annemdi. Boşanmamın en önemli nedenlerinden biridir. Eşim devlet memuruydu. Belli bir şeyi tamamlamıştı ve istediği yere tayin olabilirdi. Devlet tiyatrolarında oyuncuydu. İstanbul’a gelmek istediğimi söyledim. Kabul etmedi. Ben İzmir’de kalmak istiyorum dedi. Ben gidiyim dedim o zaman annemin yanında bana ihtiyacı var çünkü. Hayır deyince boşanmak durumunda kaldık. Bir kere en büyük temel değişikliğim bu.” (Şebnem, 55 Yaşında)

3.4.2.3. Eve Hapsoldum

Bakım veren bireylerin süreç içerisinde yaşadıkları önemli gözlemlerden biri, sosyal hayatlarının olmadığı veya kısmen olduğu, psikolojik yıpranmalar, agrezyon, yorgunluk ve tükenmişliğe doğru giden bir yoldur. Sosyal hayatında ciddi sorunlar yaşamakta olan

bu bakım veren bireylerin bir de eve neredeyse hapis olacak hale gelmesi, onları yaşamlarını izole ederek tükenmişlik ve depresyon düzeyini fazlalaştırmaktadır (Erbay 2013).

“ Eve kapandım. Bir kere eve kapanmayı sürekli olarak çıkacağım, bu geçici diye kabullenemiyorsunuz, öyle düşünüyorsunuz. Sonra bir ara evlenmeye kalktım, sayesinde olmadı. Mümkün değil olması zaten. Sonra şey dedim, ya benim hayat yaşım kaçta geldi? Bitti, bundan sonra yapacak bir şey de yok. Bu tür şeylere de giriyorum ara ara.....Onun dışında arkadaşlarım bana gelirler sık sık. Ama annem bazılarını kabul ediyor, bazılarını kabul etmiyor. Kabul edilenler geliyor artık yanımıza. Bir de daha önce den bir siyasi çevrem vardı ilçede. Yani hala bana şunu yapar mısın diye soranlar var. Fakat şunu biliyorsunuz; çalışırken daha çok çevreniz var. İnsanların işine yaradığınız sürece seni arıyorlar ve soruyorlar, Şu dönemde tabi ki arayan soran çok ama tabi ki önceki dönemler gibi yani çalıştığım dönemlerdeki gibi değil. Gerçi elenmiş oluyorlar. Çok da önemli değil diyorsunuz. Gerçek arkadaşlarınız işte sizi sevenler arıyor. Ha işi düşenler yine arıyor. Kızım var dediğim gibi ona çok yakınım. Sık sık gelirim giderim yanına. O destek oluyor bazen.” (Zehra, 59 yaşında)

“Çok sosyal bir hayatım yok ama bilgisayarda birçok arkadaş edindim. Annemin hastalığından dolayı. Hatta bir whatsapp grubumuz var. Adı bile annemin sebepleri. Orada birçok arkadaşım var. Facebookta birçok arkadaşım var bir grubun yöneticiliğini yapıyorum orada. 11000 kişilik bir grup bu. Onlarla görüşüyorum. Çok yazı yazdım orada. Yani içimi bir şekilde döktüm ben yazılara sığındım. Okumaya sığındım.. Bu şekilde atlatmaya çalıştım. Annemin hastalığını Gırgıra almaya çalışıyorum genelde. Bu şekilde atlattıyorum.” (Sevim, 60 Yaşında)

Katılımcılar hayatlarının eskisine nazaran daha az özgür olduklarını ifade etmişlerdir. Aynı zamanda edinilen gözlemlerden bakım verenlerin eve kapalı yaşamları fiziksel görünüşlerini etkilediği ve hareketsizlik nedeniyle fazla kilolu oldukları, genelde kronik

rahatsızlıklara bağı olarak ilaç kullandıkları gözlemlenmiştir. Ayrıca bakım verdikleri bireylerin hayatlarını koordine etmek veya doğrudan bakım sağlamak için geçen zaman nedeniyle seyahat etme ya da eskiden yaptıkları şeyleri artık yapamadıkları ve yaşam alanlarının kısıtlanmalarından dolayı yakındıkları görülmektedir.

“Kendi yaşamımda da önemli değişiklikler oldu. Yani öncelikle kaygılandım. Nasıl yöneteceğimi düşündüm. Daha doğrusu yönetip yönetemeyeceğimi düşündüm. Üzerimde çok fazla bir yük vardı. Hem çalışıyorum bir taraftan üstelik sorumluluğu çok büyük olan bir işim var, gün içinde onları mutlaka kontrol etmem gerekiyordu. Ve beni çok sık aradıklarından rahatsız ediyorlardı vs. ama bunu işime yansıtmamaya çalıştım. Ama şöyle bir şey oldu, işime daha vakit ayıracakken mesai dışında onu biraz azalttım... Beni çok taciz ettiler her ikisi de. O ara çok kaygılandım olayı yönetme sürecinde. Bir de sosyal hayatım yani arkadaşlarımla ilişkilerim koptu. Gücüm kalmadı ve vakit ayıramaz oldum onlara. Mesaiden çıkıp arkadaşların yanında 8-9 a kadar gezebilen dolaşabilen ve dışarıda iyi bir sosyal hayatı olan kişiydim. Ama bunlar kapandı. Bir kere hem vaktim kalmadı hem de gücüm kalmadı. Ve bir dönem arkadaşlarımla bir yerlerde otururken yapılan sohbetlere katılmadığımı fark ettim. Çünkü o kadar yorgun ve artık kendimi ifade edemeyecek durumda oldum ki, sustuğumu fark ettim. Bazı şeyler çok anlamlı gelmiyor ve koptuğunu düşünüyorsun. Olaya yani sohbetlere katılamaz oldum hep kenardaydım. Hep yapmam gerekenler aklıma geliyordu. Gitmem ve oradan ayrılmam gerekiyordu.” (Aysel, 58 yaşında)

“Hayatımdan memnundum önceleri. Yani ilk zamanlarda evine gidiyordum annemin. Evini temizliyordum. Yemeğini yapıyordum. Banyosunu yaptırıyordum. Gerekirse dışarı çıkmasını diye kapısını kilitliyordum. En azından evime geldiğim zaman bir bardak çayımı rahat içiyordum. Bu iyiymiş diyorum. Ama annem eve girdikten sonra inanılmaz bir şekilde hayatımız değiştı. Tüm sosyal düzenimiz değiştı. Yok böyle bir şey ya gerçekten.” (Esra, 38 yaşında)

“ Evden çıkamamak kötü. Bazen bakkala bile giderken çok zorlanıyorum. Sürekli beni çağırır. Hiçbir yere göndermez. Sürekli bir şeyler ister. Aynı şeyleri söyler durur. Kandırırsam ya da uykusunda, hemen markete ya da günlük işlerimi yapmak için çıkarım. Bir komşum dışında yanında kimseyi de istemez.” (Hülya, 54 yaşında)

Yukarıdaki ifadelere paralel olarak bir Sinop devlet hastanesinde 108 Alzheimer hastası yakını ile yapılan bir araştırmada bakım verenlerin bakım vermeden kaynaklı en önemli sorunları “eve bağlı hale gelme, sosyal hayatın olmaması, yorgunluk, kendine vakit ayıramama, sinirlenme olarak sıralanmıştır (Uygun, 2019).

3.4.2.4. Birine Bağlı Yaşamının Zorluğu ve Kabullenememe

“Bir kere birine bağlı olmak zor. Mesela akşam evime gelmek istiyorum. Evimde olmak istiyorum 6 gibi. İşimden gelmişim iş kıyafetlerimden kurtulup kendinle olmak istiyorsun. Ama her akşam oraya gitmek... bazen çok keyifli gidiyorum bazen de zorlanarak gidiyorum. Bazen çok yorgun oluyorum, o beni rahatsız ediyor. Ben de bir baskı yaratıyor. Bir de şu zorluk var: bana duygu sömürüsü yapıyorlar. Ben işimin bitmesine yakın, babam muhtemelen organize ediyor. Bana bir telefonla ama her akşam ağlamaklı bir şekilde: bu sefer ölüyorum. Çabuk gel lütfen, şeklinde bana ajitasyon yapmaya başladılar. Önceleri bir süre rahatsızlık veriyordu tabi, Sıkıldım, bunaltı geliyordu. Ama sonra telefonumu sessizse aldım. Her telefonu açmamaya başladım. Anladım ki, ciddi değil olay. Bir ya da iki telefonu cevaplıyorum, diğerlerini cevaplamıyordum. Ben rahatlayacağım mesela işten gelmişim ama bir telefon... rahatsızlık veriyor yani. Sinirlendiriyor beni. Özetle istemediğim zamanlarda vaktimi onlara ayırmam bana zor geliyor. Mesela cumartesi veya Pazar günü evimde uyanmak istiyorum. Bunlar çok zor.” (Aysel, 58 yaşında)

.. Bu bendeki bağımlılık aslında. Belki de birine bağlı yaşamının zorluğu. İleride neler değişecek bilmiyorum. Ben çok gezmek isterim. İnsanlarla bir

arada olmayı çok severim. Daha az avantajlı olan insanlara yardım etmeyi çok isterim. Sinemaya gitmeyi çok severim. Ama hepsini öteliyorsunuz. Bu durum sizde öfke yaratıyor. Ya niye böyle diyorsunuz. Ama yani bir şekilde de insan olduğunuzdan dolayı alışıyorsunuz. Ve böyle yaşayacaksınız” (Şennur, 51 yaşında)

“... deyim yerindeyse onun hayatını beraber yaşıyoruz. Bana dair bir şey yok su dünyada. Benim bir arkadaşım yok, sosyal yaşamım yok, çıkıp gezmek yok. sadece bir balkon var nefes aldığım,. etrafı gördüğüm. Her şeyim onun yaşantısına endeksli...” (Kerem, 56 yaşında)

“ Son zamanlarda çok ağlıyor. Yanından biran olsun ayrılırsam hemen ağlamaya başlıyor. İşim var diyorum markete gidip geleceğim diyorum alıştırarak ama bırakmıyor beni. Tuvalete bile beraber gidiyoruz. Orada saatlerce suyla oynuyor. Ellerini yıkıyor, sürekli sifona basıyor. Yanında gidince de veryansın ediyor.” (Müjgan, 56 yaşında)

3.4.3. Bakım Verenlerin Bakım Vermeye Yükledikleri Anlamlar

Bakım verme süreci bireylerde travmalara ve tükenmişliğe yol açabilmektedir. Aynı zamanda kendi büyüme ve kişisel gelişim fırsatları olarak kabul edilmektedir. Bakım veren bireyler süreç içinde hayatla ilgili temel varsayımlarını, yaşam felsefelerini zorlamakta ve böylece anlam arayışına girebilmektedirler (Shim ve Arkadaşları, 2013). Bazı katılımcılar içinde bulunduğu durumu kabul etmişlerdir. Bundan sonra yaşamlarında öngöremedikleri birçok durumu da kabul edebilecek noktada oldukları ifadelerinden anlaşılmaktadır. Bakım verme durumunu kabul ederek olumlu bir tutum sergileyen katılımcılar süreci olumlu olarak yorumlamaktadır.

“Size şunu söyleyim, sizi güçlendirecek olan ve size deneyim kazandıracak olan her şey sizin hayata tutunmanızı sağlar. Ben bu durumu kabul ettim. Hiçbir neden aramaksızın. İnsan ve insan olmanın getirdiği bir şey bu... ” (Kerem, 56 yaşında)

Bakım sürecinde bireylerin sadece olumsuz anlam değil olumlu anlamlar da yükledikleri görülmektedir (Küçükgüçlü, Şentürk ve Söylemez, 2017). Çalışmada sevdikleriyle zaman geçirmek, sahiplenmek, bakma sırasının kendisinde olduğunu ifade eden; sevgi, sabır, özveri, görev gibi duyguların belirgin olarak bakım vermeye yüklenen olumlu alt temalar olarak görülmektedir.

3.4.3.1. Sevdiklerimizle Vakit Geçirmek

Bakım vermek kişide önemli bir bakım yükü oluşturmaktadır. Ve yorucu geçen bir süreçtir. Ancak, yapılan işlerin takdir edildiğini görmek bunu değerli kılmaktadır (Tremont, 2011). Bakım vermek, bakım veren bireylerin kendilerini daha iyi ve ihtiyaç duyuluyormuş gibi hissetmelerine, yaşamlarına anlam vermelerine, yeni beceriler öğrenmeyi sağlamalarına, başkalarıyla ilişkilerinin güçlenmesine ve bu şekilde tatmin olmalarına yardımcı olmaktadır (Schulz & Sherwood, 2008).

“...Ben kendimde şunu gördüm ve anladım, ben anneme eskiden duygularımı pek gösteremezdim. Çok sarılmazdım. Hani bazı ilişkiler vardır ya; çok tatlım, canım, cicimli ilişkiler gibi. Bizim pek böyle bir ilişkimiz yoktu. Daha ciddiydik. Şu an bu durum değişti. Daha sevecen, daha yumuşak...” (Aysel, 58 yaşında)

“Şöyleki; bu bir nimet. Ben kendimi şanslı görüyorum. Ve bunu samimiyetle söylüyorum. Onunla birlikte zaman geçiriyorum. Gülüyorum, ağlıyorum.. Özellikle pandemi döneminde. Ona da çok iyi geldi, bana da çok iyi geldi.” (Şennur, 51 Yaşında)

“...ona olan sevgim olmasa zaten katlanılacak bir şey değil bu durum. Benim çok hatıram var annemle. Hiç ayrılmadım ben ondan. 54 senenin neredeyse her günü beraberdik. Allah izin verirse ne kadar yaşarsam o kadar bakarım ona .. çok seviyorum.” (Hülya, 54 yaşında)

“Geçenlerde beraber yürüyoruz. Keyif alıyorum onunla dışarıda vakit geçirmeye. Yağmur başlayınca bir ayakkabıcıya girdik beraber. Ayakkabı bakıyorum. Bir ara anneme baktım. O da çantaya bakıyor en köşede. Şu geldi aklıma; fark ettim ki annem hayatı hala bırakmıyor. Çabalıyor ya yaşamak için. Hayat devam ediyor. İstekleri devam ediyor.” (Şebnem, 55 yaşında)

3.4.3.2. Benim sıram (Sıra Bende)

Katılımcılar yaşam döngüsü içinde büyüyene kadar ailesi tarafından bakıldıkları, artık sıranın kendilerinde olduğunu ifadelerinde belirtmişlerdir.

“ Uygun kelimeyi bulmaya çalışıyorum, ama bu bir görev değil yani. Bakma sırasının bende olduğu desem daha uygun sanki. Benim 86 yaşında bir kızım var. Ve ben onun annesiyim. Bakıma muhtaç bir kızım var. Gerektiğinde yemeğini yediriyorum. Altını değiştiriyorum, yıkıyorum. Yani bir çocuğum olsa ne yapmam gerekiyorsa onu yapıyorum. Annem de benim için aynı şeyleri yaptı. Anneme de aynı şeyleri söylüyorum: sen benim için aynı şeyleri yaptın ben de senin için aynı şeyleri yapıyorum. O utanıyor. Özellikle tırnaklarını keserken ve bazen altına kaçırdığında. Hayır anne, utanma diyorum. Sen de bunları bize yaptın zamanında.” (Şebnem, 55 Yaşında)

“Önce biz çocuk oluyoruz, daha sonra onların sorumluluğu bize geçiyor. Ve onlara bakmak zorundaymışsın gibi hissediyorsun.” (Zehra, 59 yaşında)

“çok hakkı vardır annemin bende. Tabi ki sıra bizde bu yaşına kadar gelmemi sağlayan insan o. Nasıl bu halde bırakabilirim ki? Şimdi de ben elimden geleni onun rahatı için yapıyorum.” (Hülya, 54 yaşında)

“ genelde bize öğretilen bir şey ailemize sahip çıkmamız. Kız kardeşim ve ben hep söylüyoruz. O bize çok baktı. Yakın zamana kadar hala çocuklarımla bile gün oldu ilgilendi sağlığı el verdiği ölçüde. Tabiki onların bir karşılığı değil.

Yani ben baktım hadi sizde bana bakın gibi bir şey değil bu. Bence aldığımız eğitimle alakalı. Şimdide tabiki biz bakacağız.” (Sevim, 60 yaşında)

İçinde yaşadığımız kültürün bir parçası olarak yaşlılara duyulan saygı, onlarla beraber yürütülen yaşam ve ailedeki konumu, bakım verenlerin bakım vermeye yükledikleri anlamı etkilemektedir.

“Benim ona bakıyor olmam biraz biyolojik süreç gibi sanki, Herkes zamanı gelince sırasını bir şekilde savıyor. Bana baktı büyüyene kadar, şimdide ben ona, ben yaşlanınca da umarım birileri de bana bakar (gülerek). Kültürel bir şey yani. Doğal bir kanun” (Kerem, 56 yaşında)

3.4.3.3. Sahiplenmek

Alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarının yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerle ilgili yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %50 sinin ailevi sorumluluk, sahiplenme ve sevgi bağı duygusuyla sevdikleri insana bakım verdikleri görülmüştür (Uygun, 2019). Nitekim araştırmada bazı katılımcılar, bu duygular içerisinde hareket ettiklerini vurgulamışlardır.

“Annemiz sonuçta bakmak isteriz. Bakalım istiyoruz. Sonuna kadar bakmak isteriz. Bu bizim görevimiz...” (Esra, 38 yaşında)

“Valla ben sorumluluğu kendimde arayan biriyim. Sanki hiç kimse ona bakamazmış gibi hissediyorum. Sadece ben bakabilirim. Öyle olunca da insanlar birazcık dışarıda kaldılar. Onlar da rahat etti tabi, nasılsa bu iyi bakıyor diye. Ayrıca özel bir ilgim var tıba ve biyolojiye. Hatta görev yaparken bir mükellefim vardı doktor. 10 yıl yanımdaydı ofisi. 10 yıl boyunca staj yaptım sanki onun yanında. Merak ettiğim için. Onun için herkes bana bu konuda güvenir. Senin görevin oluyor artık bu. Bir de sorumluluk ve sanki bana ait bir şeymiş gibi hislerim.” (Zehra 59 yaşında)

*“ Annemin 3 çocuğu var. Ama diğer iki çocuğu için ben onların adına utanıyorum. İnsan hiç mi ilgilenmez. Erkek oldukları için sen bakabiliyorsun diyorlar. Kız evladısın gibi konuşurlar sürekli. Ama benim de bir oğlum var ve onunla ilgilenmem gerekiyor. Elbette ki hiçbir yere bırakmam onu.”
(Hülya, 54 yaşında)*

“Böyle yaşamayı o da tercih etmezdi. Ben kendi adıma konuşayım, böyle yaşamak istemezdim. Düşünsene kendi doğurduğuna abla ya da kardeş demek. Altının bağlanması sürekli.. Bu yüzden ben onu her haliyle kabul ediyor ve bırakmıyorum. (Müjgan, 56 yaşında)

3.4.3.4. Sevgi/ Saygı Hissi

İçinde bulunduğumuz kültürle bağlantılı olarak bakım verenler, hastalarının bakımlarını sevgi ve saygı çerçevesinde yapmaları gereken bir görev olarak görmektedirler. Bakımın zor olmasına rağmen büyük bir memnuniyet duydukları ifade edilmektedir (Akça ve Taşçı, 2005; Wezel ve Arkadaşları, 2016).

“Hastalıktan sonra da hiç fark etmedi ilişkimiz. Annem hala anne. Çünkü sizdeki zihniyet bu, değişmiyor. Bizim kültürümüzde böyle. Yani eskiden böyleydi, saygı vardı. Yaşı bana yakın insanlarla konuştuğunuzda buna benzer şeyler duyacaksınız. Bundan sonraki nesilde yok böyle bir şey. Şimdi insanlar biraz daha fazla bencil olmaya başladı. Biraz önce dedim ya bizde büyük büyüktür. Küçükse küçük. Şimdi büyük küçük yok.” (Sevim, 60 yaşında)

*“Onun beni tanıyıyor olması ve avuçları için öpüyor böyle... o kadar şükran ve minnet duyuyor ki; çok seviyor; ben de onu çok seviyorum.”
(Şennur, 51 yaşında)*

Bakım verenler aynı zamanda hastalarına baktıkları için çevresinden de gerekli sevgiyi ve saygıyı gördüklerini ve takdir edildiklerini ifade etmişlerdir. Bu durumun bakım veren üzerinde olumlu bir motivasyon kaynağı olarak görüldüğü ifadelerinden anlaşılmaktadır.

Bakım verenlerle hastaları arasındaki duygusal bağın “yakınlık” ya da “sevgi” olarak kavramsallaştırıldığı görülmektedir.

“...arkadaşlarım şimdi bana diyorlar ki; - Helal olsun Kerem! Hem kimseye muhtaç değilsin, hem de bu işi bir erkek olarak başarabiliyorsun. Ne mutlu annene ve babana ki, senin gibi bir evlat yetiştirmiş. Başkası olsa vallahi bakmaz.” (Kerem, 56 yaşında)

“ ...Bu hastalık bence yüzyılın gerçeği. Ömrü uzayan her insanın muhtemel olarak başına gelebilir. Annem de maalesef yakalandı. Yedi senedir de bakıyorum. Sevgiyle baktım hep. Zaman zaman çevremden desteklerim de var. Sen cennetliksin derler bana. Sadece sevgi değil ben ce vicdan da olmalı insanda. Asla kaderlerine terkedilmemeliler. Çünkü onlar seçmedi ya da istemedi yani böyle olmasını.” (Zehra, 59 yaşında)

3.4.3.5. Sabır/ Özveri

“Öncelikle büyük bir özveri. Yani bunun gerçekten büyük bir fedakârlık ve özveri olduğunu düşünüyorum. Onn dışında yalnız olmamın bir avantajıyla sanki başlangıçta bakım veriyormuş gibi olmadı. Akşamları uğradığım evine gidip yemek yediğim, uğradığım ve ziyaret ettiğim bir yermiş gibi geliyordu. Sanki durumda çok değişiklik olmadı gibi. Ama tabii büyük bir fedakârlık dediğim gibi. Özel hayatımdan zaman zaman kendi kişiliğimden ödün verdiğimi düşünüyorum. Kendi zaman ve mesleki gelişimimi etkilediğini düşünüyorum. Pek çok şeyden ödün verdiğimi düşünüyorum. Ama zorlanıyor muyum? Zaman zaman evet zorlanıyorum. Nasıl söyleyeyim; bunu kabullendim. Anneme bakmayı ve onunla ilgilenmeyi kabullendim.” (Aysel, 58 yaşında)

Aysel devamında da “...Yani sabırlı olduğumu öğrendim. Çünkü ciddi bir şekilde sabır gerekiyor. Öfkelenmemeyi öğrendim. Çünkü, çocuk gibi bir bağırıyor, sinirlenemiyorsun. İnanılmaz bir şekilde çevremde onu

söylüyor, çok yumuşak ve olgun bir şekilde baktığımı söylüyorlar. Tabi ki öfkelendiğim zamanlarda oluyor. Ama çok kısa anlık oluyor. Belki yaşımla ilgili...” şeklinde ifadelerde bulunmuştur.

“Bunların hepsi bir öğreti, benim için bir öğreti aslında. Sabırlı olmayı ve daha hoş görülme olmayı öğrendim. Birisine yardım ediyor olmak inanılmaz manevi bir haz. Bunu ben annem sayesinde yaşadım. İhtiyaçlarımı ve yapacaklarımı sıralamayı öğrendim. Önceliklerim değişti.” (Şennur, 51 Yaşında)

“ Bazen diyorum ki; çok sabırlıymışım. Hakikaten bu hastalıkla uğraşmak sabır ister. Annem hep ilgi ister. Etrafa yapar, temizlerim. Hep bağırır, küfreder. Tamam derim suyuna gitmeye çalışırım. Çok sinirlenir bazen, vurmaya çalışır. Bana düşman gibi davranır bazen. Ama hep sabrederim. Yeter ki sakinleşsin diye. Ama insanız sonuçta. Taştan yapılmadık ki..” (Müjgan, 56 yaşında)

“Ne kadar zorlu olsa da insan sabretmeyi sükûneti sakinliği korumalı. Ben öyle yapmaya çalışıyorum. Çünkü onlar da size hep bu sabırla yaklaştılar. Ben çok yaramaz bir çocuktum küçüklüğümde. Annem bir kere vurmamıştır.. ben de asla ona kötü davranmam.. Hakkım yok” (Kerem, 56 yaşında)

3.4.3.6. Mecburiyet/Görev

“Ben bunu yapmak zorundayım. Böyle öğrendik. Çünkü bize yetişirken verilen şey şuydu: sana muhtacı olan birine elini uzatmak zorundasın. Bu zihniyetle yetiştiğimiz için anneme bakmak benim için bir zul değil mecburiyetti. Belki de böyle öğrendiğimiz için. Ama sonra bundan rahatsız oldunuz mu vicdanen asla olmadım. Çünkü ben eşimde de aynı şeyi yaşadım, ona bakarken tek istediğim şey şuydu: eşim öldükten sonra hiç keşkem olmasın dedim kendi kendime. Keşkelerim olursa yaşayamam çünkü. Şimdi annemde de aynı taktiği yapmaya çalışıyorum. Keşkem olmasın annem vefat

ederse eğer. Onu görebilsek tabi, kimin öleceğini tabi ki bilemeyiz. Ama annem ölürse annem öldükten sonra hiç keşkem olmasın istiyorum. Bunu yapmaya çalışıyorum.” (Sevim, 60 yaşında)

“Şimdi ben evlat olarak bakmak zorundayım zaten. Ve çok da seviyorum ben babamı, ben bakmasam kim bakacak. Kardeşlerim de var ama erkek kardeşim kanser hastası, 4. Evre. Ablam da mesafe olarak yakın değil bize. Aslında ablamın bakması şöyle daha iyi, ablam sağlıkçı, hemşire. O daha iyi ilgilenir normalde ama biz yakın değiliz. Babamlar bana çok yakın öyle olunca da ben ilgilenmek zorunda kalıyorum.” (Nuray, 45 Yaşında)

“Tabi mecburiyetmiş gibi geliyor aynı zamanda. Bir başkası olsa işte ya bakamazsa, ya yanlış bir şey yaparsa ya da ihmal edilirse, işte dikkat edilmezse başına bir şey gelirse gibi abuk sabuk şeyle düşünerek o sorumluluğu özellikle alıyorum desem doğru olur. Erkek kardeşim mesela bakamaz. Bir kere erkeğin eli yakışmaz bir sürü şeye. Yakışan var tabide. Ya bu bence hissetmekle iliği bir şey bence. Sürekli yanımda olduğu için.” (Zehra, 59 yaşında)

“Mecburum ona bakmaya. Kimsesi yok çünkü. Bu mecburiyet zaten beni ayakta tutan ve bir şeyler yapmaya çabalayan. O yüzden şikayet ediyorum bir taraftan ama diğer yandan da bir bağlılık var. karmaşık bir his yani.” (Kerem 56 yaşında)

3.4.4. Bakım Vermenin Güçlükleri/ Zorlukları

Bakım verenlerin genel olarak rollerine hazırlıksız olarak yakalandıkları ve bu yüzden birçok güçlükle karşılaştıkları anlaşılmaktadır (Özyeşil, Oluk ve Çakmak, 2014). Katılımcıların çoğu sevdiklerinin düşüşünü bakım vermenin en zorlayıcı yönü olarak nitelendirmiştir. İkinci büyük zorluk, suçlanmaları olmuştur.

3.4.4.1. Bakım Verilen Kişide Hastalığa Bağlı Yaşanan Düşüşler

Düşüşü, bakım verenler tarafından sevdiklerinin artık eskisi gibi olmadıkları, eskisine benzemeyen davranış sergilemeleri olarak tanımlayabiliriz. Katılımcı Aysel, annesine bakmakla ilgili en zorlayıcı kısmın, düşüşüne tanık olmak şeklinde dile getirmiştir:

“... Annem yemek yerken mesela peçeteyi ekmek zannediyor ve onu yemeye çalışıyor. Ya da kendi tabağını bırakıp başkasının tabağından yemeğini yemeye başlıyor.”(Aysel, 58 yaşında)

“ Beni zorlayan annemin çaresizliği elbette. Ben annemin durumu gibi yalnız ya da çaresiz şekilde bakışları sadece dizilerde görmüştüm. Ama gerçek hayatta insanı çaresiz ve boş bakışlara sürükleyebiliyormuş. Bunu öğrenmek yazgımda varmış maalesef meğer. Düşünsenize her gün kalkıyorsunuz ve uyandığınızda nerde olduğunuzu bilmeden çaresizce karşınızdakine bakarak onun kim olduğunu bile bilmeden garip bir dünyaya gözlerinizi açıyorsunuz. Eğer sizi seven size iyi davranan bir anne, baba, abi ya da ablanız olabilir; o an ne hissederdiniz? Ne acı bir yaşam değil mi? Bu yüzden ben artık kendi annemle ilgili olan ve daha doğrusu kötü olan her şeyi silmeye çalışıyorum. Onunla mutlu olduğumuz ve beraber kahkaha atarak güldüğümüz zamanları cebime koyarak mutlu olmaya çalışıyorum. Eğer ölürse bu zamanları hatırlamak isterim çünkü. Tuvalete götürüyorum, hadi anne çiş yap diyorum, o da “ne yapıyım nasıl yapıyım” diyor. Bu nasıl anlatılır ki! Ya işte oturup yapıyorsun ya. İşaret ediyorum.” (Sevim, 60 yaşında)

“ Psikolojik olarak çok zorluyor. Defalarca aynı şeyleri söylemesi beni yoran durumlar. Bunun haricinde tabi ki en önemlisi tuvalet problemi. Çok bıktırıyor. 5 dakika buraya oturup bir şey yapmak istiyorsunuz, çay içmek istiyorsunuz ya işte, sürekli korkuyorum öbür odaya gidip tuvaletini yapacak diye. O yüzden o kalktığı zaman arkasından kalkıyorum. Bu da psikolojik olarak beni gergin yapıyor. (Esra, 38 yaşında)

“ Onun dışında, en çok zorlayan duygusal anlamda hiç dışarıya aktarmadığım şey, her geçen gün annemin elimden kayıp gittiğini görmek. Yani uzaktayken biraz daha fazla bu duygudan uzak kalabiliyor insan. Ama gözünün önünde... Yani uyurken gidip ona sarılıp yatmak onu çocuk gibi sevmek ve uyutmak istiyorum ama yapmıyorum bunu yapamıyorum. Çünkü o da çok duygusallaşacak ben de. Kötüye gideceğiz birlikte. Beni zorlayanlar bunlar.”(Şebnem, 55 yaşında)

“Her sabah çok erkenden kalkıyorum. Gece iki üç kez uyanıyorum. Ve bazen de bunların hepsinin bir araya geldiği zamanlar olduğunda çok zorlanıyorum. Ağır olduğu için kaldırıp yürütmekte zorlanıyorum. Kolumda hep yırtıklar var bu yüzden. Yani gerçekten destek alınması gereken bir süreç ki ben yine de avantajlıyım. Annem en azından yürüye biliyor. Yatağa bağımlı değil. Fakat düşme kaygısı var.” (Şennur, 51 yaşında)

Devamında Şennur, “Aslında bakımda bir tek yürümesi zorluyor bizi. Annem destekle yürüyebiliyor. Çok ağır olduğu için zor onu hareket ettirebilmek. Ben şöyle bir şey yaptım hayatımı zorlaştırmaması için; anneme bir sürü battaniye ördük biz. Öz bakımda problemler yaşayabiliyoruz. Kendi banyosunu kendi yapamıyor. Temizliğini kendisi yapamıyor. Ama esas beni yoran şey kaldırıp bir yerden bir yere götürmek.” Şeklinde ifadelerde bulunarak yaşadığı zorlukları betimlemiştir.

“ Annem, 81 yaşında bir hasta. İlaçlarını muntazam bir şekilde düzenli olarak veririm. Ancak işe yaramıyor artık maalesef. Kendini bir başka evde zannediyor ve sürekli ağlıyor. Beni evime götürün şeklinde. İnsanları kısmen tanıyor bazen de kimseyi tanımıyor. 50 sene önce ölen babasının sağ olduğunu söylüyor. Ziyarete gidelim onları diyor. Genelde de hep mutsuz ve memnuniyetsiz bir hali var. Çok üzülüyorum.” (Kerem, 56 Yaşında)

“Beni fiziken çok yoruyor. Bir kere uykum çok az. Sürekli şey duymakta çok kötü. Yani işte beddua ediyor küfrediyor, bilmem ne yapıyor. Beni yatarken

görse çığlık çığlığa bağıyor. Çıldırtıyor. Şuram ağrıyor diye. yalan.. Bazen de doğruysa bile bize yalan geliyor. Nasıl olacak onu bilmiyorum. Sürekli karnım ağrıyor diyor.” (Zehra, 59 yaşında)

“ Gece uyuduğum zaman mesela elinde bir vazo geliyor başımda dikiliyor. Ya da odanın orta yerinde, çamaşırlarını çıkartıyor, tuvalete oturur pozisyonda falan... Napıyorsun anne diyorum, tuvaletimi yapacağım diyor... git gide kötüleşiyor.” (Müjgan, 56 yaşında)

3.4.4.2. Suçlanmak ve Kötü Sözlere Maruz Kalmak

Hezeyanlar Alzheimer hastalığında sık rastlanan bir durumdur. Hastalar sıklıkla eşyalarının çalındığını veya bakım verenleriyle ilgili hezeyanlar ortaya koyabilmektedirler. Bu durumu bakım verenler çevrelerine karşı utandıklarını, küçük düşüklerini ifade etmişlerdir (Yalçın ve Arkadaşları, 2005).

“..Onun dışında sürekli her gün bir şeyleri çalınıyor. Bizleri bu yüzden suçluyor. Ama ben değil de evdeki bakıcıyı ya da evdeki hayali başkalarını suçluyor. Mesela bakıcıya: lütfen aldığın çorapları geri ver. Çaldığın ayakkabımı ver, elbiselerimi ver..” (Aysel, 58 yaşında)

“ Yemek konusunda özellikle çok sıkıntılar yaşıyoruz. Zaman zaman suçluyor. Yabancıları mesela. Bu geldi paramı aldı, evime girmiş şu eşyayı almış. Bunu götürdü. Benim yeğenimi sürekli suçlardı mesela bir dönem. O bizim evin hırsızıydı. Biz bile düşündük acaba mı diye. Önce kap kacakla başladı. Küçük şeylerle dedik ki belki istemiştir, almıştır olabilir dedik. Sonra saçma sapan mesela yeşil leğenimi götürdü gibi. Ya senin yeşil leğenini ne yapsın çocuk. Taktı ona, çok saçmaydı. Evimize gelen misafirlere farklı şeyler anlata biliyordu. Bana yemek vermiyorlar diyordu mesela.” (Esra, 38 yaşında)

“...sonra onu nereye koydum ki diyip sağına soluna bakmalar, sen mi aldın o eşyayı şeklinde suçlamalar gibi bir çok şey var. hele birde bunları misafirlerin yanında yapıyor ya; kaçası geliyor insanın..” (Sevim, 60 yaşında)

Görüşmelerde suçlanmanın yanı sıra bazı katılımcılar hastalarının sarf ettikleri sinkafılı sözleri duymaktan rahatsız olduklarını ifade etmişlerdir.

“Her gün yeni bir taktik geliştiriyorum. Mesela bu aralar aynanın önüne bir koltuk koydum. Küfürleri ediyor ediyor, ona cevap da veriyor. Mesela aynaya Allah belanı versin diyor. Senin de belanı versin diyor. Böyle bir manzara. Aynadakini başka biri zannediyor.” (Sevim, 60 yaşında)

“Çocukların sesinde biraz bir yükselme olur olmaz, yanlarına koşuyorum. Vurabilir diye. Çünkü bağıyor ve küfür ediyor sürekli. Allah korusun bir şeyle çocuklarıma vurur diye korkuyorum. Sürekli bu kaygıları yaşıyorum, çok huzursuzum bu manada.” (Esra, 38 yaşında)

“Elbiselerin düğmelerini koparıyor. Kıyafetlerinde delikler oluyor. Sonra da sen mi yaptın bunu diye beni suçluyor. Olmayan para ve altınlarını aratıyor. Yine bulamayınca suçluyor. Dikkatini başka yöne çeviremezsem ağlıyor ve sinirleniyor.” (Zehra, 59 yaşında)

“Artık birçok şeye ağlar oldum. Ne yemek yedirmesi, ne tuvaletini yaptırıp altını temizlemesi.. bunlara bile katlanabiliyorum. Söylediklerini duysanız ağzınız açık kalır. İnan bana taş olsa çatlar. Ne ağzım, ne belam... hepsini söylüyor.. Sadece bana değil diğer kardeşlerime de söylüyor ağzına geleni” (Müjgan, 56 yaşında)

“hastaneye gittiğimizde annem, annem değil zaten başka bir insan. Bambaşka bir insan. Hem gitmeyi kabul etmiyor. Hem de giderse doktora çok

ters konuşuyor. Profesöre gidiyoruz mesela, gidiyor adama söylemediğini bırakmıyor, küfür ediyor. “ (Şebnem, 55 yaşında)

3.4.4.3. Kişisel Bakımlarında Yaşanan Zorluklar

Alzheimer hastalarında bakım verenlerin yüküne etki eden parametreler arasında hastanın araşsal günlük yaşam aktivitelerinden para hesabı, yemek hazırlama, kişisel bakımlarının yapılması, ilaçların düzenli olarak verilmesi ve bu bağlamda meydana gelen değişikliklerdir (Aktan ve Özkan, 2017).

“Annem yemek yerken mesela peçeteyi ekmek zannediyor ve onu yemeye çalışıyor. Ya da kendi tabağını bırakıp başkasının tabağından yemeğini yemeye başlıyor. Dolayısıyla masada onu kontrol ediyorum yemek yerken sürekli. Bakıcı da öyle yapıyor. Tuvaletinde de şu sorun oluyor, temizlenmesinde soru yaşıyoruz. Tuvaletini biliyor ama temizliğinde problemimiz oluyor. Eğer biz fark eder ve müdahale edersek sorun yok. Ama fark edemezsek o zaman sorunlu oluyor.” (Aysel, 58 yaşında)

“Bunun haricinde tabi ki en önemlisi tuvalet problemi. Çok bıktırıyor. 5 dakika buraya oturup bir şey yapmak istiyorsunuz, çay içmek istiyorsunuz ya işte, sürekli korkuyorum öbür odaya gidip tuvaletini yapacak diye. O yüzden o kalktığı zaman arkasından kalkıyorum. Bu da psikolojik olarak beni gergin yapıyor.” (Esra, 38 yaşında)

“Onun ilaçlarını diziyorum. İlaçlarını tablete diziyorum. Hepsini alsın diye. Düşünsenize 15 tane ilaç alıyor. Ona ne kalp ne böbrek ne de karaciğer dayanır. Sürekli yanında olsam takibi kolay olur ama evinden ayrılmak istemiyor. Bu aralar iyi ama bazen idrar kaçırıyor.”(Nuray, 45 yaşında)

“...Bunun dışında bazen üzüyor beni. Annem yaş alıyor ama ben de yaş alıyorum. Yani 5 sene önceki sabrım enerjim yok. Bu herkes için böyle. Hepimiz yaş alıyoruz. Bazen gerçekten üzülp ağladığım şeyler de oluyor.

İnsansınız ve neden dediğini zamanlar oluyor. Ama şunu biliyorum ki asla onun onurunu incitecek davranışlarda bulunmuyorum. Herkesin bedeninin bir mahremiyeti var. Hepimizin var mahremiyeti. Duygusu var. Kimse bunları isteyerek yaşamak istemez. Bir başkasının elinden tutarak yüzmek! Kime zor? Bana mı zor yoksa anneme mi zor? Anneme zor tabi ki. Yani bunlar, yapan için de zor elbette.” (Şennur, 51 yaşında, Kadın)

Artık onun rahat olması için ne gerekiyorsa yapıyorum. Su içemediği zamanlar şiringayla besliyorum, yemek yemiyorsa mamayla besliyorum. Yapacak bir şey yok maalesef.” (Müjgan, 56 yaşında)

“ Annem ihtiyaçlarını wolkerla yapabiliyor. Yapabiliyor derken; yaptığını zannediyor farkında değil. Ben birkaç kez yürütüyorum doktorun önerisiyle. Sürekli yanındayım. Kendi kendine tuvalet ihtiyacını karşılayamıyor. Mahremiyetten dolayı tek bırakıyorum. Ama ben hadi artık çık demediğim sürece oturmaya devam ediyor. Çıkınca da nereye gideyim diye bana soruyor. Mefhumu yok yani. Çok zor gerçekten...” (Zehra,58 yaşında)

3.4.4.4. Tekrarlar

Alzheimer hastalığının önemli belirtilerinden birisinin hafıza kaybı ve öğrenilen bilgilerin hatırlanamamasıdır. Hasta kendi hayatındaki önemli bilgileri ve tarihleri unutmakta, aynı soruları ya da olayları sıklıkla sormaktadır. Bu durumun bakım veren üzerinde stres yarattığı anlaşılmıştır.

“Açıkçası beni zorlayan sürekli aynı soruları aynı cümlelerle sorması. Aynı kalıplarla soruyor cevap veriyorum. Tekrar soruyor, tekrar cevap veriyorum, yine soruyor, yine cevap veriyorum ve bir süre sonra artık boğulmaya başladığımı hissediyorum.” (Şebnem,55 yaşında)

“Sürekli aynı şeyleri soruyor bazen. Plak gibi. Ağlıyor genelde. Annesi ve babası ağzından düşmüyor. Konuşmadığı aynı şeyleri söylemediği

zamanlarda da çengelli iğneleri var, hep onlarla oynar. Üzerine takar çıkartır. Bulamadığı zamanda da hemen suçlamaya başlar. Sen mi aldın? nereye koydun şeklinde.. (Kerem, 56 yaşında)

“ Hep aynı şeyleri der durur. Her gün aynı filmi baştan izlediğinizi düşünün. Konuşmaları bile aynı. Dikkatini dağıtmaya çalışıyorum. Unutuyor bir an farklı şeylerden bahsediyoruz. Fakat iki dakika sonra yine aynı yerden devam ediyoruz.” (Hülya, 54 yaşında)

“ Kırk kere söylüyor bir olayı. Tamam diyorum anne yeter, tamam. Ama yok nerde. Dikkatini başka tarafa çevirirsek, ancak o şekilde tekrar etmiyor.” (Müjgan, 56 yaşında)

3.4.5. Bakım Verenlerin Yaşadıkları Stres ve Geleceğe İlişkin Kaygıları

3.4.5.1. Ölüm

Alzheimer hastaları tanıma ve iletişim kurma becerilerini yitirdikçe, bakım verenleriyle yakınlıkları ve iletişim becerileri değişime uğramaktadır. Bu değişikliklerle bakıma duyulan ihtiyaç, bakım verenler için çok zor olabilmektedir. Bakım verenlerin genel olarak ifadelerinde ölüm ve keder gibi kavramları da kullandıkları görülmektedir (Heo & Koeske, 2011).

“Var kaygılarım tabi. En büyük kaygım annemi kaybetme kaygısı. Ben anneme hep hedefler koydum. Ve en büyük hedefim ben ölene kadar sakın öleyim deme dedim ona. Bak senin maaşını da yiyoruz ve biz onunla geçiniyoruz. Annem hala sorar ne kadar kaldı emekliliğine diye. Emekli olur olmaz anneme gösterdim emekli tahsis numaramı. Oh dedi.En büyük kaygım onu kaybetmek. Bir gün bunun olacağını biliyorum ama insan anneye ne kadar kendini hazırlarsa hazırlasın, hazırlayamıyor.” (Şebnem, 55 yaşında)

“Bir diğerk husus tabi ki onu kaybetmek. Onun ölmesi hakikaten yıkar bizi. Annem çünkü. Ama bir gün olacak bu maalesef. Kendimi buna da hazırlamam gerekiyor. Bunun da farkındayım. Öyle işte.” (Esra, 38 yaşında)

Aile içi rolleri fazla olan bakım verenlerin yakınlarının ölüm kaygısının yanı sıra bakmakla yükümlü olduğu diğerk yakınlarının geleceğini de düşünmek zorunda olduklarını ifade ederlerken üzgün oldukları dikkati çekmiştir.

“Evlatlarımla ilgili kaygılarımla var geleceğe dair. Onun dışında kendi sağlığımla ilgili çok çok büyük bir kaygım yok. Ay lütfen diyorum Allah’ım beni annem gibi yapma, onun dışında büyük bir kaygım yok... Ölüm kaygısı da ara sıra oluyor... Ben genç kızken çok ağlardım ya anneme bir şey olursa, ya babama bir şey olursa diye ağlardım, yaşayamam derdim. Düşüncesi bile beni ağlatıyormuş, ne kadar salak bir insanmışım. Allah dedi ki ben sana bir göstereyim bunu bir gör, bu sefer kendin diyeceksin anne bir ölsen diye.” (Sevim, 60 yaşında)

“Yatağa daha bağımlı hale gelebilir. Ama bunu yaşadık. Yani tabiki hepimiz bigün gidecez, dünyayla bağlantımız kesilecek. Ama ne yapacağımı bilmiyorum. O çok acı. (ağlayarak)... Bu yaz bişey yaşadık. Annem kitlendi ve konuşmadı. Biz hastaneye gitmek zorunda kaldık. O gün, şöyle bir ey düşündüm. O kitlendi ve hiç konuşamayabilir. Ben ne yapacağım o zaman . nasıl bir çözüm üreteceğim? Ya da beni hiç hatırlamayabilir. Yok yani dayanamam. Zannedersen o zaman destek alırım. Baş edemem. Kendimi onun ölümüne hiç hazırlayamıyorum.” (Şennur, 51 Yaşında)

“...şimdi şöyle bir şey de var, annem veya babam ölse Allah korusun kafayı yerim herhalde. Yani onlar benden önce ölse kafayı yerim. Hiç hazır değilim o yüzden böyle bir kayba ya da kayıplara. Annem hala yemek yapıp gönderir bana biliyor musunuz? Onlar benim hala sırtımdaki dağ ani hala... Öte yandan bana bir şey olursa çocuklarımla ne olacak diye de düşünmüyorum değilim. Ölüm kaygısı çok. Bana bir şey olursa oda çok kötü. Ablam var ama

o da kendisi ben bakmam bakamam. Kadın tutarım. O bakar diyor..” (Nuray, 45 yaşında)

İkilemler yaşadığını belirten Zehra, “Hayatım bitti diye düşünüyorum. Yani ne zamana kadar böyle olacak. İşte Allah bilir ya ne zamana kadar böyle yaşayacak? Bir beş sene daha yaşarsa ben bittim diye düşünüyorum. Aa sen e biçim düşünüyorsun diyorum sonrasında. Yani öyle bir ikilem içinde kalıyorsun ki... Hem bunu istemiyorsun hem de kendi hayatını düşünüyorsun, bitti çünkü. Beş sene sonra ben 65 e yaklaşacağım. Yani kaliteli yaşama sürem azalacak. Benim yapmak istediğim bir sürü şey var. Hala onları yapmadım. 5 yıldır evdeyim. Onları yapabilir miyim acaba? Sağlık sorunlarım mı çıkar? İşte tek başım ben evde kalabilir miyim? Bunları da düşünüyorum. Diyelim gitti. Tek başıma kaldım, hiçbir amacım yok. Niye evde durayım çalışırım. Ee kızım nerde çalışacaksın bu yaştan sonra? Yok birinin yanında tabi ki değil ama mutlaka uğraşacak bir şeyler bulurum. Bu tür şeyler düşünüyorum. Yani kendimle böyle savaşıyorum.” şeklinde içinde bulunduğu durumu ifade etmiştir.

Bir katılımcının geleceğe yönelik kaygıların büyük üzüntü duyarak, gözyaşları içinde ve çaresizce dile getirdiği gözlemlenmiştir:

“Geleceğe yönelik beklentilerim noktasına bence birilerinin ölmesi lazım. Bence benim ölmem lazım. Artık dayanamıyorum. Kurtulmak istiyorum. İsyan ediyorum. Duadan çok isyan ediyorum. Başka kimsenin de ölmesini istemiyorum. Hepsi benim canım. Onlar için öyle bir ilaç olması lazım ki bu hastalıktan kurtulsunlar. (Nuray, 45 yaşında)

3.4.5.2. Ya Bana Bir Şey Olursa

Bireyler için kontrol edilemeyen yaşam olayları ve bunu gelecekte kontrol edemeyeceğine ilişkin beklentiler stresi ortaya çıkarmaktadır. Yakınlarının ölümünden

büyük kaygı duyduklarını belirten katılımcılar, ondan da önemlisi kendilerinin başına bir şeyler gelmesinin kaygısını daha fazla yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

“Onun dışındaki kaygım, varsayalım bana bir şey oldu. Şu korona hikâyesinde en çok ondan korkuyorum. Yani ölmekten korkan bir insan değilim. Anneme ne olacak? Yani bana bir şey olursa annem ne olacak kahrolacak kadını diye böyle bir kaygım var... Düştim ayağımı kırdım gidemedim varsayalım yanına. Bunlar korkutuyor beni. Hani bir insanın çocuğu olurda çocuğuna bakamama korkusu yaşar ya... O durumu yaşıyorum işte. Ne ölümden ne ayağımın kırılmasından korkuyorum. Tek kolu kırılrsa oturur evimde yine çalışırım. Ama annem.. Onun dışında bir de annemin acı çekmesinden çok korkuyorum. Ben hep biliyorum bir gün ölecek... Ama acı çektiğini görmeyim ya...” (Şebnem, 55 yaşında)

“Annemi kaybetmekten çok korkmuyorum artık. Önceden aklım çıkardı. Baş ağrıyla şimdi kayıpları babam ve ablam da görünce biraz alışıyor gibi oluyorum. Ama yine bazen korkuyorum da. En çok da neden korkuyorum biliyor musun? Ya bana bir şey olursa diye korkuyorum. İşte tansiyonum çıkarda bana bir şey olursa diye korkuyorum. Ya da başka bir şey olursa diye.. kronik bir hastalığım yok çok şükür tansiyon gibi.. 20 ye çıktı tansiyonum ablamın vefatında. Ama ablam benim annem gibiydi aramızda çok yaş farkı olduğu için. Onun haricinde diyelim ki öyle böyle olacak bu iş, ben evde ne yapacağım, hiçbir amacım kalmaz, evin içi boş boş olur falan diye de endişelenmiyorum değilim. Onları da düşünüyorum.”(Zehra 59 yaşında)

“ Gelecekle ilgili kaygım şu; ya ben elden ayaktan düşersem.. Mesela şimdi kanser oldum. Yarın ne olacağım belli değil. Ölümden korkmuyorum.”(Nuray, 45 yaşında)

“Ama benim özellikle pandemi döneminde farkettim bunla ilgili kaygım var. Olur da pandemiden etkilenirsem ve bana bir şey olursa ya da kardeşlerime

işte o zaman daha kötü. Çünkü ilacını, yemeğini tuzunu her şeyini ben biliyorum.” (Şennur, 51 yaşında)

3.4.5.3. Covid-19 Kaygısı

Gerek ülkemizde gerekse dünyada yaşanan pandemi dolayısıyla yaşanan kaygılar araştırmanın katılımcıları arasında da olduğu gözlemlenmiştir. Sayar, Ünübol ve Tarhan'ın (2020), Covid-19 Korkular, Kaygılar ve Olgunlaşma konulu Türkiye'nin genelinde yaptıkları araştırma sonuçlarına göre; katılımcıların %38'inin Koronadan dolayı ölüm kaygısı yaşadıklarını, %11,4'nün virüse yakalanmaktan dolayı yaşadıkları endişenin uykularını kaçırdıklarını, %48'inin ise korona virüsü düşünmekten rahatsız olduklarını belirtmişlerdir.

“ Yaşadığım süreçte son virüs olayıyla beraber çok üzülüyorum. Zaten bir hastalık var başımızda bir de Korona çıkınca hepten deliriyorum. Umarım bize gelmez Korona. Onun bir çöp gibi gömülmesini içim almaz. Psikolojim bozuluyor aklıma geldikçe.. Sürekli ağlar oldum. Elimden geleni yapmaya çalışıyorum ama bir an önce çıksın artık şu aşı. Canım annem yeterince çekiyor zaten bir de bu yüzden çekmez inşallah. ” (Müjgan, 56 yaşında)

“ Biz annemle beraber hep evde karantina hayatı yaşadığımız için bu karantinaya da alışmaya çalışırız. Ancak benim kaygım, onu hastaneye götürmek zorunda kalma kaygısı. Bu kaos ortamında belki yüz katına çıktı kaygılarım. Şimdi daha bir üstüne titrer oldum annemin. Allah hepimizin yardımcı olsun. O da risk grubunda ve çabalarımı iki katına çıkarmış durumdayım. O hastalığa yakalanırsa annem kahrolurum.” (Şebnem, 55 yaşında)

“ Hayat gerçekten ne kadar çok şaşırtmaca değil mi? Biz bugün hastalarımıza acı çekerken dünyada neler oluyor diye bakıyorum. İnsanlar dışarıya çıkamamaktan şikayetçi oluyorlar. Oysa bana hiç öyle gelmiyor. Ben ve benim gibi bakanlar zaten dışarı çıkamıyor ki yakınlarından dolayı.

Nasılmış hiç çıkmamak gördünüz mü? Demiyorum ..Asla. Kastettiğim ve korktuğum nokta şu, ya anneme korona illeti bulaşırsa... İşte o zaman dayanamam bende. En büyük kaygılarımdan biri bu pandemi” (Kerem, 56 yaşında)

“ Çok kötü zamanları yaşıyoruz. Ahir zaman diyorlar ya. Tam o işte. Bir Covid 19 belası geldi, tüm insanlığı sildi süpürdü. Kendi acılarımızdan bahsedemez olduk. Annem de yakalanır diye ödüm kopuyor gerçekten. (Hülya, 54 yaşında)

3.4.5.4. Evde Birçok Rolüm Var

Stres, uzun vadede devam ettiğinde, bireyler ebeveyn, eş, kardeş gibi çeşitli rolleri ve sosyal işlevleri yerine getirmede sıkıntılar yaşayabilmektedirler. Baumgarten ve arkadaşları, yaptıkları araştırmada bakım verenlerin bakım verme sürecinde birden fazla rolü üstlendiklerinden (anne, iş insanı, temizlikçi, eş gibi) dolayı kendi sağlıklarını ihmal ettiklerini ve kendilerinde kaygı yarattıklarını düşünmektedirler (Akt. Berk ve Korkut, 2009:2).

Bakım verenlerin yakınına bakım verme görevinin yanı sıra bakmakla yükümlü olduğu çocuğunun bakımı ile ilgilenme durumunda kalması sebebiyle sosyal etkileşimin daha az olmasından dolayı kaygı düzeyinin arttığı gözlemlenmiştir. Nitekim çalışmada da benzer ifadelerin olduğu görülmektedir.

“Dört senedir her şeylerine ben koşturdum. Muayenelerine, Hastane işlerine, reçetelerine. İşte mesela bir yere gidilecek ben bırakıyorum. Her şeylerine ben koşturdu. Mesela ablamın ayak bağı da ama buna rağmen böyle. Hep ben ilgileniyorum. Erkek olsam mesela çok rahat her yere götürebilirim. Artı kendi aileme de şu an ben bakıyorum. Çocuklarımda durumu ortada (Engelli çocuk sahibi). Eşim de hasta hani antirozansponik hastası hani şu Suna Pekuysal'ın hastalığı. Kamburluk hastalığı. Yani onun ağrıları var %80 i bana bakıyor. Yani yemek, çocuklarla ilgilenmek, okul, onların hazırlığı,

temizlik. Erkek olsam bunların birçoğundan feragat edeceğim. Ve daha çok babam ve anneme zaman ayıracağım.” (Nuray, 45 yaşında)

“Evin işleri de üzerine eklenince zaten çok yoruluyorum. Yemek başlı başına bir sorun. Çocuk için ayrı, annem için ayrı.. Annemle ilgilenirken yeniden bir yemek vakti geliyor. Hadi tekrar mutfığa, oradan banyoya oradan tuvalete oradan çamaşır derken gün bitiyor, haliyle ben de..” (Hülya, 54 yaşında)

Bazı katılımcıların ifadelerine bakıldığında hastalığın şiddetinin henüz başlarında olan bireylerin öz bakımlarını kendilerinin yapabildiği (Tuvalet, banyo, yemek yeme gibi) bu durumda ev içindeki diğer rolleri daha görece olarak daha rahat yaptıkları anlaşılmıştır.

“Eşimden ayrı olduğum için, evde kızımın Anne eksikliği var aslında baba eksikliği yok. Çünkü aynı zamanda baba rolüne girmişim birden fark etmemişim. Annem kendi bakımını henüz yapabiliyor. Bu beni rahatlatan bir durum açıkçası” (Zehra, 59 yaşında)

“ Sadece annemden ibaret değil yaşamım. Bir de oğlum var. Ellerinizden öper. İşe girdi yeni. ...Yani ona yemek, anneme yemek, mutfak, çamaşır derken bayağı yoruluyorum... Eşimi uzun süre önce kaybedince oğluma hem anne hem baba oldum.” (Müjgan, 56 yaşında)

3.4.6. Bakım Verenlerin Baş Etme Mekanizmaları

Hastalığa teşhisin konulması ile birlikte yaşanılacak süreç değerlendirildiğinde güçlendirme unsurlarını içerdikleri görülmüştür. Bakım veren bireyler bir an önce bu kriz durumundan çıkabilme yönünde kararlar almaya, efektif adımlar atmaya çalışırlar. Baş etme süreci bireyin kişilik özelliklerine göre değişebilmektedir. Dolayısıyla sürecin bireyde oluşturduğu algı ve verilen tepkiler de farklılaşmaktadır.

3.4.6.1. Süreci Kontrol Etmek

Katılımcılardan bazıları yaşadıkları stresi kontrol edebilmek için onunla nasıl baş edeceklerini düşündüklerini ve bu bağlamda iyi kontrol edebildiklerini ve bu şekilde üstesinden gelmeye çalıştıklarını ifade etmişlerdir.

Aysel, “Kendi yaşamımda da önemli değişiklikler oldu. Yani öncelikle kaygılandım. Nasıl yöneteceğimi düşündüm. Daha doğrusu yönetip yönetemeyeceğimi düşündüm. Üzerimde çok fazla bir yük vardı. Hem çalışıyorum bir taraftan üstelik sorumluluğu çok büyük olan bir işim var, gün içinde onları mutlaka kontrol etmem gerekiyordu. Ve beni çok sık aradıklarından rahatsız ediyorlardı vs. ama bunu işime yansıtılmama çalıştım. Ama şöyle bir şey oldu, işime daha vakit ayırırken mesai dışında onu biraz azalttım. Ve olması gerektiği kadar işime zaman ayırdım.” Şeklinde süreci yönettiğini ifade etmiş ve devamında

“...Evdeki düzenlemeleri de hazırlamaya başladım. O zamanlar iş yerindeki rahatlığımdan dolayı olayları iyi gözlemleme fırsatı buldum. Arkadaşlarımdan duymuştum tuvalet kapısının dışa açılması gerektiğini. Çünkü babası tuvalette vefat etmiş kapıyı açıp onu alamadık dedi. İçeriye açılıyormuş kapı çünkü. Ben bunu duyduğumda tuvalet kapısını yönünü değiştirdim. Evdeki düşebilecekleri bariyerleri kaldırdık. Tecrübeleri paylaşmanın çok büyük önemi var.”(Müjgan, 56 yaşında)

“ ..ya ben çok dua edip Allah'ım yardım et bana diyen birisi değilim. O Yüzden kendi işimi kendim yaparım. Kontrol bende olmalı. Hep hayatta böyle olmuştur. Mücadelemi veririm olursa olur olmazsa da olmaz.” (Kerem, 56 yaşında)

“Baş etmekten vaz geçtiğim zamanlar olmuyor. Çünkü vaz geçerseniz ne yapacaksınız. O zaman bırakıp gidelim. Öyle bir lüksümüz yok. Vazgeçemeyiz, mümkün değil. Bu süreç artık oynamıyorum dediğiniz bir

süreç değil. Oyunun tam ortasındasınız ve mecbursunuz, oynayacaksınız. Yani o oyunu siz kurgulamamış olabilirsiniz. Başkası kurgulamış olabilir. Başkasının hayatı özelinde bir kurgu olabilir. Ama o oyundan ben çıkıyorum deme şansınız yok. Devam...” (Şennur, 51 Yaşında)

Süreci kontrol etme durumu bakıldığında aktif baş etme yöntemi olarak değerlendirilebilir. Bir katılımcı baş etme yöntemini çalışmak olarak yorumlamış ve kendisi için bir zaman dilimi yarattığı ifadelerinden anlaşılmaktadır.

“Benim baş etme yöntemim çalışmak. Ben çevirmenim, film çevirmeniyim. Bu netflixte izlediğiniz filmlerin dublajını ve senkronunu yapıyorum. Öncesinde tiyatro tabi. Tiyatroda başka bir dünya vardır ya. Orası benim sağaltım yerimdi. Orada farklı karakterlere bürünerek kendimden sıyrılıyordum. Ve o bir katarsis ve arınma oluyordu benim için. Sonrasında çeviriye başladığımda, filmlerin içerisinde demek istediklerimi televizyonda diyebilmek ve o cümleleri uygun filmlerde kurmak çok mutlu ediyor beni. Çalışarak her şeyi organize edebildiğimi düşünüyorum.” (Şebnem, 55 yaşında)

3.4.6.2. Sosyal Destek Ağı

Çalışmada sosyal desteğin stresle baş etmede ön plana çıktığı görülmüştür. Sosyal destek kavramı içerik anlamında oldukça geniş bir tanıma sahiptir. Literatürde sosyal desteğin dört boyut üzerinde şekil aldığı belirtilmektedir. Bunlar; duygusal destek (Empati kurma, güven sağlama, rahatlama), bilgi sağlayıcı destek (bireyin yaşamını kolaylaştırıcı etki sağlayan destekler), araçsal destek (Maddesel veya somut yardım) ve eşlik etme desteği (ihtiyacı olan bireyle vakit geçirmek) şeklindedir (Aktaş, 2017). Çalışmada bakım veren bireylerin sosyal destek alma konusundaki algıları araçsal destek dışındaki boyutlar olmuş ve alınan cevapların bu yönde olduğu gözlemlenmiştir.

“Korona dolayısıyla şu an pek misafirim yok. Ama arkadaşlarım sıklıkla gelir bize. Burada rahat ederler çünkü. Mesela ben derim ki burada kahve, mutfak

da burada. Hiç kalkıp yapamayacağım size. Öyle olunca onlar da daha rahat hareket ediyorlar. Ben de rahat ediyorum. Evim boş kalmaz kısaca. Yani daha önce oturduğum yerdeki komşularıma kadar hala gelirler ararlar sorarlar beni.” (Zehra, 59 yaşında)

Kriz ve stresli yaşam olaylarında bireyler buldukları durumdan kurtulmak ya da baş etmek için diğer aile üyeleri ya da çevresindekilerden destek alma ihtiyacı duyarlar. Yeterli sosyal destek alan bakım verenlerin sağlıklarının korunması, iyilik hallerinin devamı ve bakım verme sürecine uyum sağlamanın kolaylaşacağı ve sosyal izolasyonun azalması ve yaşam kalitelerinin artmasına neden olmaktadır (Ateş ve Bilgili, 2014).

“Sıkıntılarımı paylaştığım insanlar etrafımda var. Erkek arkadaşım var. Onunla paylaşıyorum. 1-2 kadın arkadaşım var onlarla kısmen paylaşıyorum. İnsanları çok tedirgin etmek ve üzmem istemiyorum. Ama bu durumu yaşayan bir ablam var okuldan. Onun da annesi Alzheimer. O beni arar ben onu ararım. Daha çok o anlatır ben dinlerim.” (Şebnem, 55 yaşında)

“...Bunun dışında arkadaşlarımdan tavsiyeler alıyorum. Herkesle konuşmaya çalışıyorum. Hele yakınımda aynı durum yaşamış insanlar varsa hep soruyorum. Bir arkadaşım var benim babasını yakın bir zamanda Alzheimer’den kaybetmişti. Onunla bir ara çok konuştum. Her şeyi ona sordum. Ne yaptınız. Nasıl geçti bu süreç falan diye. O sağ olsun çok yardımcı oldu bana. Ama en güçlü hissettiğim yanımda ki eşim Mehmet. En büyük destek o. O olmazsa ben yardım edemezdim anneme. O en büyük destekçim. Ben bittiğim bir noktada bile biraz konuştuktan sonra beni toparlar. Ve tekrar devam ediyoruz kaldığımız noktadan. Ayrıca keşke Alzheimer hastalarına bakan çevrede olan birileri olsa da onlarla da paylaşmayı isterdim.” (Esra, 38 Yaşında)

Problem odaklı baş etmede, bilgi toplama ve yardım arama söz konusudur. Olumlu yönde baş etme destekleyen bir yardım ve bilgi gerekmektedir. Bunlar

artıkça bakım sürecinin her aşamasında ortaya çıkabilecek muhtemel problemlerle baş etme kolaylaşır.

“Sağ olsun kardeşlerimde destek oluyorlar. Onların da evli olmalarından dolayı kendi ailelerine karşı bir sorumlulukları var. Ama benim bütün sorumluluğum buraya karşı. Ben biliyorum, birçok ailede buna benzer bakım verme sürecinde sorunlar yaşanabiliyor. Ama çok şükür ki bizde böyle bir durum söz konusu değil. Genelde annemin bakımıyla ilgili kararları ben alıyorum ve onlarda çok fazla sorgulamadan kabul ediyorlar. Tabi ki esas bakım verenin ben olduklarını bildikleri için durum kabul ediyorlar. Bu da çok fazla sorun yaşanmamasına neden oluyor doğal olarak... Şöyle bir avantajım daha var. Biz 56 yıldır aynı yerde oturuyoruz. Komşuluğumuz var. Kardeşimden fazla destek almasam da bazen komşularımdan destek alıyorum. Kardeşlerim de kısmen destek oluyor. Senede 1 kez geliyorlar İstanbul’dan.” (Şennur, 51 Yaşında)

“ Onun dışında kardeşlerim var. Biri sevgi biri Salih. O da İzmir’de dört beş ayda bir gelir. 10-15 gün kalır. Bir tane büyük ablam var, zaten Allahtan yoksun yaşıyor hiç gelmez sağ olsun. Çok destek verenim yok o anlamda Sevgi dışında. Ya bir arasın sorsunlar diyorum bu sadece benim annem değil, sizin de anneniz. En azından bana gelmiyorsunuz ama ona bari gelin, değil mi? Sevgi biraz farklıdır ama. Annemden ziyade bana dayanamıyor, görüyor çünkü emeklerimi, yorgunluklarımı, uykusuz zamanlarımı, tükenmişliğimi.. O yüzden o çok sık gelir. Destek olur.” (Sevim, 60 yaşında)

3.4.6.3. Dua Etmek

Literatürde dua ve maneviyat kavramlarını içeren baş etme stillerinin kullanılması, bakım verenlerin depresyon ve kaygı semptomlarını azaltmaya yardımcı olabildiği belirtilmektedir (Monterio ve Arkadaşları, 2018; Heo ve Keoske, 2011; Raither ve ark, 2013; Güçlüoğlu, Şentürk ve Söylemez, 2017). Dua etmek ya da başkalarının duasını

almak bazı katılımcıların umudu, güç ve zorlukların üstesinden gelen bir eylem olduğu, ifadelerinden anlaşılmaktadır.

“Güçlü yanım sanırım Allah’a olan inancım. Yani dini inancım. Onun haricinde başka bir şeye ihtiyacım yok. Vicdan da önemli. Yani vicdanlı olmak haricinde başka bir şey bilmiyorum. Çünkü buna bakmak için gerçekten şöyle dana bir kalbin olması lazım çünkü başka türlü olmaz.”
(Sevim, 60 yaşında)

“Bir de çok dua ederim Allaha. O’na sığınırım. Sen bize sabır ve sağlık ver diye her zaman ağzımdan eksik etmem. Her şey dua ve iman üzerine kurulu çünkü. Yaradan bizimle...” (Esra, 38 yaşında)

Dua etmek bireyin ilahi bir güçten yardım isteme şeklidir. Buna bağlı olarak yapılan faaliyetlerin de baş etmede kullanıldığını, bakım verenlerin hayatlarına anlam yükleme ve güçlü olmalarını sağlayan bir baş etme mekanizması olarak bulgulandığı belirtilmektedir (Uysal ve Ark. , 2017)

“Bazen Allah’ım diyorum sen nasıl biliyorsan öyle yap filan dediğim zamanlar da oluyor. İnşirah suresi var onu okuyor ve dinletiyorum. Biraz iyi geliyor ona. Belki ben inandığımdan iyi geliyor... Allah Yardımcımız olsun...” (Zehra, 59 yaşında)

Yukarıdaki ifadelerle bakıldığında bakım veren bireylerin süreçle baş etme noktasındaki kavram olan dua etmenin manevi olarak kendilerini rahatlattıkları görülmektedir. Bireylerdeki manevi inancın, dini ritüelleri yerine getirmenin, olumlu anlamda bir baş etme yöntemi olduğu görülmektedir. Samadi ve arkadaşlarının 134 kadın ve 74 erkek katılımcı ile Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerle yaptıkları araştırmalarında bakım verenlerdeki maneviyat hissinin fazlaştıkça, depresif şikayetlerin azaldığı, fakat buna karşın anksiyete düzeylerinde bir değişiklik olmadığı tespit edilmiştir (Samati ve ark., 2015). Hastalığın ilerleyici bir süreç olması aile üyelerinin anksiyete, yorgunluk,

bıkkınlık gibi sorunlar yaşamasına neden olabilmekte ve bu durumdan etkilenen bireyler farklı tepkiler gösterebilmektedir (Lök, Günbayı ve Buldukoğlu 2015).

“Artık yeter diyorum ama bunu hiç yüksek sesle dile getirmiyorum. Yani, orda küçük bir odam var benim minicik bir oda çalışmam için. Bazen oraya gidiyorum kapıyorum, dua ediyorum sürekli. Özellikle annem derin uykusuna daldığı zaman ki saat 1.30 civarları gibi. Gidiyorum odaya ve sessizce ağzımı açıp bağıryormuş gibi yapıyorum. Sadece ağzımı açıyorum bağırmıyorum. Dua ediyorum sonrasında da ” (Şebnem, 55 yaşında)

“ ... Hep dua ederim. Ve aynı şeyleri söylerim. Allah gerçekten kimseyi kimseye muhtaç etmesin. Eğer muhtaç olursak da imanlı insanlarla beraber yaşamayı naip etsin diye.” (Hülya, 54 yaşında)

3.4.6.4. Gülerek Olayı Kamufle Ediyoruz

Gülmek, stres ve kaygının nedeniyle ortaya çıkan baskıcı koşullara karşı bir meydan okuma veya bunları giderme görevi gören bir davranış çeşididir. Çalışmada baş etme stratejilerinden olan mizah alt boyutu nitel verilerde de sıklıkla karşılaşılan bir durum olarak tespit edilmiştir.

“Tabi komik şeyler de oluyor hayatımızda. Mesela geçen günlerde şubat tatilinde onu kardeşleri ziyarete geldi. Annem de: Herkesler geldi gitti. Bir ben kaldım evde, ben de ne zaman gideceğim evime dedi. Çok gülmüştük. Gülmek çok zor hakikaten. Gülerek olayı kamufle ediyoruz.”(Esra 38 yaşında)

“Valla oğlum bir şey yaptı bir gün annemle ilgili çok güldük. Ay Aytuğ dedim nasıl böyle gülüyoruz iyi oldu. Anne dedi oğlum, sen böyle yapmazsan kafayı yersin dedi. Hakikaten çocuğumun bu dediği bana iyi geldi. Bazen ne kadar genç olursa olsun birisi de herkes herkese derstir. Hakikaten o günden sonra

daha şakalar yapmaya ve gırgıra almaya başladık annemle ilgili. Gülerek eğleniyoruz.”(Sevim, 60 yaşında)

“ Annem bazen bizleri güldürüyor sorduğu ya da yaptıkları şeylerle. Torunları bizi ziyarete geldiğinde sıkça gülüyoruz. Bu yönleriyle de hatırlamak isterim onu.” (Kerem, 56 yaşında)

“... bazı hareketleriyle güldürür beni. Ya da bir konudan bahsederken kel alaka bir şey söyler güldürür. O kadar da olsun. Yoksa hep hüüzün, üzüntü. İnsanın gülmeye de ihtiyacı var.” (Hülya, 54 yaşında)

“ ...bazı saçma hareketleri çok güldürüyor beni. Geçenlerde gece kalkmış evde yılanlar var adamlar var diyor. Anne diyorum elinden tutup, gel bakalım diyorum. Tüm odaları dolaşıyous. Sen pencereyi açık yatıyorsun. O yüzden eve adamlar doluyor diyor. Çok gülmüştüm buna. Buna benzer bazı laflarına gülüyorum.” (Müjgan, 56 yaşında)

3.4.6.5. Danışmanlık veya Tıbbi Destek Almak

“Allah’a da inanmıyorum ama bir sistemin olduğunu ve bir enerjinin ve dengenin olduğunu biliyorum. Ama ağız alışkanlığım var deprem olduğunda kelime i şehadet getiriyorum. Bunun haricinde psikolojik destek aldım bir psikolog arkadaşımdan. Reddettiğim halde. Sanırım üç ya da dört yıl önce psikoterapi aldım. Çokta memnunum çokta iyi geldi. Arkadaşımda çok iyi bir psikologmuş gerçekten. Beni çok sağalltı. Tabi süreç içinde benim de kronik rahatsızlıklarım çıktı şeker, tansiyon gibi. Bunlardan sonra terapiye gittim 6 seans aldım ve rahatladım.” (Şebnem, 55 yaşında)

“Annem için çok değil ama babam için psikolojik destek aldım. Babamın kaybı çok travmaydı benim için. Kişisel problemlerinden dolayı da aldım. İşyeri görev değişiklinden dolayı mesela. Çünkü o dönem fenaydı.” (Şennur 51 Yaşında)

“ Bir de şu var, son zamanlarda şunu yapmaya başladım; arkadaşlarım ta yıllar önce söylemişti, sakinleştirici kullan, doktora git vs. gibi. Çünkü benim çevremde pek çok insan bunları kullanıyor. Ben çok ilaç kullanan biri değilim ama son dönemde pasifflora bitkisel ilacını az bir miktar kullanıyorum. Ama düzenli değil. O da kendime zarar vermemek için kullanıyorum. Kasıyorum kendimi sürekli çünkü. Düşünsenize yapmak istemediğiniz ya da olmak istemediğiniz bir yerdesiniz. Bu cumartesi ya da Pazar anneme gitmek istemiyorum diye düşünüyorum ama gidiyorum. Ya da oradayken bazen şu oluyor; ben niye şu an buradayım, olmamalıyım, sıkılıyorsun çünkü. Ailenin evi de olsa kasıyorsun kendini. Bu noktada kendime zarar vermemek adına başka bir şekilde küçük bir destek buldum kendime. Ayrıca sigarayı da çok içiyorum.” (Aysel, 58 yaşında)

“Yani kafa olarak dinlenmem lazım, fiziken dinlenmem lazım. Çok az uyuyorum yani 2 -3 saat. Bazen sabah 11 den 1 e kadar uyuduğum oluyor. Böyle sersem gibi dolaşıyorum. Bazen de hiç duymuyorum. İşte Zanax, yeşil reçeteli bir ilaç var. Artık böyle çok bunaldığımda onu içiyorum, top atsan duymuyorum ondan sonra. Onu da çok az yapıyorum. Çünkü ya onun sesini duymazsam ve düşer bir yerlerde kalır diye bu seferde..” (Zehra, 59 yaşında)

“Ondan sonra sigarayı bıraktım. Ama zor dayanıyorum. Çok istiyor canım. Ondan başka psikiyatri ilacı kullanıyorum dört tane.” (Nuray, 45 yaşında)

Yukarıdaki ifadelerin aksine bir katılımcı da süreçte danışmanlığa gerek duymadığını şu ifadelerle dile getirmiştir:

“Süreç içerisinde herhangi bir danışmanlığa ihtiyaç duymadım. Neden duymadım, benim eşim öldüğünde de yapmadım bunu. Belki saçma bilmiyorum ama. Kendimi ifade edemediğim, kendime söyleyemediğim sözleri başkasına nasıl söyleyeyim? Zaten ne olduğunu en azından biraz bilinçli bir insansan sana ne olduğunu biliyorsun. Nasıl bir hastalığın varsa az çok kendini biliyorsun yani. Mesela diyorsun ki en basiti başım ağrıyor,

neden ağrıyor? Şöyle olabilir şundan olabilir diye kendine yaptığını bilirsin. Kendine neyi eksik yaptığını bilirsin. Neyi yemediğini kendine ne kadar zarar verebileceğini sigara içerek içki içerek... yani bilirsin. Onu bildiğin için insan en çok zararı kendine veriyor esasında. Bunları da biliyorsan herhangi bir danışmanlığa da gerek yok bence..” (Sevim, 60 yaşında)

3.4.6.6. Farklı Etkinlikler Yaratmak

Katılımcıların birbirlerinden farklı baş etme stratejileri kullandıkları ve baş etme stratejilerinden “zihni dağıtma/dikkatini başka yöne çevirme” alt boyutu ifadelerinde yer almaktadır. Bireylerin süreç içerisinde dikkatini stresli durumlardan başka bir yöne yönlendirdikleri ifadelerinden anlaşılmaktadır.

“şimdi ben yapmadığım kadar dolma sarıyorum, örgü yapıyorum hatta bazlama yaptırmazdı bana annem, ilk defa bazlama yaptım. Hamurun bana iyi geldiğini anladım. Örgü iyi geliyor. Bir de oturup televizyon seyredemiyorum. Ek bir şeyler yapmak zorundaymışım gibi hissediyorum. Oturamıyorum yerimde. Bulaşık yıkarken biriyle konuşmak istiyorum. Tek başıma bir şeyler yapmak istemiyorum, yapamıyorum.” (Zehra, 59 yaşında)

“Bu iş değişikliği de bana da iyi geldi. Çok güzel konsantre oluyorum. Evi tamamen unutuyorum. İş ve işi düşünerek işle konsantreyim. Sonrasında artık benim toparlanmam gerektiğini düşünerek biraz biraz sosyal ilişkilerimi düzene koymaya başladım... Küçük hafta sonu seyahatleri yapmaya başladım. Özetle kendime biraz daha zaman ayırmaya başladım” (Aysel, 58 yaşında)

“Bunun dışında kendimi çok kötü hissettiğimde, Öncelikle ben kendi kendimle dertleşiyorum. Eve gelince duvarlarla konuşuyorum. Sadece duvarlarla değil. Bir örümceğin dinleyebildiğini gördüm ben. Bir tane örümceğim var benim. Ben duvara konuşurken o geldi yanıma. Onunla iletişim kurduğumu fark ettim. Ben biraz kelimelere ve cümlelere döküldükten sonra

sıkıntılarımı, insanlara özet geçerim. Birileri gider anlatır, dertleşir, ağlar, sızlar. Ama ben öyle bir insan değilim. Onu hiç yapamadım.” (Şebnem, 55 yaşında)

“...bu bir mecburiyetti aynı zamanda. Hep yalnız şehir dışında büyüdüğüm için, Hem çalıştım hem okudum. Ben hafta sonları Samanpazarı’nda kuyumcuda çalışıyordum okurken. Hafta içi geceleri çocuk bakıyordum. Tamam, annem çalışıyordu ama onun maaşı ancak kendisine yetiyordu. Birkaç yerden burs aldım başarılı bir öğrenci olduğum için. Başarılı ve güçlü olmak zorundaydım ben. Bunlar beni zaten güçlü bir insan yaptı. Şu anda da aynı yapıyor ve sürekli çalışıyorum. Kabiliyetim ve gücüm neye yeterse...” (Hülya, 54 yaşında)

“ Genellikle yemek yaparım, kendimle böyle konuşurum. Mutfağa bir girerim çok güzel yemekler yaparım ve kafamı dağıtırım.” (Nuray, 45 yaşında)

Süreçte yaşanan olumsuzluklar üzerinde kalmak stresi daha da arttırmaktadır. Yukarıdaki ifadelerden, katılımcıların stresle baş etmek bağlamında içinde bulunduğu durumları değiştirmeye çalıştıkları ve tepkileri birbirinden farklı yollarla dile getirdikleri görülmüştür.

3.4.7. Beklentiler, İhtiyaçlar ve Görüşler

3.4.7.1. Danışmanlık, Bakıcı ya da Bakım Veren Kurumlara Hakkında Görüşler

Alzheimer teşhisi konulan bireylere bakım veren aile üyelerinin hastalık süresince olan gereksinimleri konulu bir çalışmada, gereksinimlerin gündüzlü bakım veren merkezleri sosyal hizmet aracılığıyla bakıcı desteği, hastalık hakkında profesyonel platformların oluşması, hastane ve hastalıkla ilgili masrafların devlet tarafından karşılanması şeklinde belirtilmiştir (Nazlıer Keser, 2019).

“Hastalık hakkında bilgiye ihtiyaç duyuyorum elbette. Facebookta bir grubu ve derneği var bunların Alzheimerliler Derneği diye. Çankaya’da falan toplantıları oluyor. Gitmeyi çok istiyorum ama hiç fırsatım olmadı maalesef. Nasip olmadı. Biliyorum onlarla konuşursam daha iyi hissedeceğim. Bir danışman olsa hastalık süreci hakkında değil de psikolojik olarak yardıma ihtiyacım var esasında.” (Esra, 38 Yaşında)

“Ama devletten ne beklersiniz diye bir soru soracak olursanız, Devletin bu konuya el atması gerekiyor. Bizim çok şükür bakıcı tutabilecek paramız var. Ama devletten evde bakım anlamında çok yardımcı olması gerek bence. Mesela bakıcıyı biz de annem kabul etmez. Devletin her Alzheimerli hasta yakınına bence hem maddi hem de manevi olarak yardım etmesi gerekir diye düşünüyorum.” (Nuray, 45 yaşında)

“Tabi maddi imkânımız olsa evde bir bakıcı isterdim. Ama bana soracak olursan ben maddiyat falan ya da bana para versinler istemiyorum. Bunu aslında kreş gibi yapacaklar, alacak toplayacak devlet, bu insanlar da biraz nefes alacak. Alacak 3-4 saat, neyse ya da sabahtan akşama kadar, bunun eğitimi alan insanlar bakacak sen de biraz nefes alacaksın ya da çalışıyorsan ben anneme devlete verip de tamamen ona yük olmak istemiyorsam bunu yapmalı bence devlet. Annem yine şanslı 18 yaşında almış kucağına çocuğunu şimdide ona bakıyorlar. Ama herkes o kadar şanslı değil maalesef. Benim çocuklarım ben Alzheimer olsa mümkün değil bakamaz bana. Adam daha 30 yaşında daha evlenecek falan, çok zor. 50 küsür yaşında emekli olacaklar bende o zaman 100 yaşına gelip öleceğim zaten. Yani ömrümüz yetmez.” (Sevim, 60 yaşında)

“Maddi durumum çok daha iyi olsaydı kesinlikle evde bir yardımcıya hatta bir şoföre.. Gerçekten öyle bir hayat bana uygun gibi geliyor. Çünkü öyle yaşadım daha önce. Ben bakarım anneme. ama angarya işleri başkası yapsın. İşte alış verişi başkası yapsın. Ben öyle alış verişi yapmasını sevmem. Yemek

yapmasını severim. Temizliği, ütüyü başkası yapsın. Ben anneme bakayım. Alıyım gezdireyim falan.” (Zehra, 59 yaşında)

Kurum bakımı sıklıkla katılımcıların ifadelerinde yer almaktadır. Bazı katılımcılar huzurevleri seçeneği hakkındaki görüşleri aşağıda yer almaktadır.

“Annem bir keresinde üç gün kayboldu. Sonrasında 10 gün huzurevine verildi. Çankaya’da özel bir huzurevine. 30 Ekimde ameliyat olmuştum. Bir sahip çıkamadılar anneme. O süreçte ben 1 ay kalkamayacaktım. Mecburen huzurevine verdiler konuştuk beraberce. Ondan sonra çok üzüldük ne biliyim kaldıramadık kız kardeşler olarak bu durumu. Sonra oturduk dedik kadını mağdur etmeyelim daha fazla. Çünkü bizi hala biliyor. Tanıyor yani, İnsan o zaman çok rahatsız oluyor. Merhametsiz gibi hissediyor. Öylelikle karar verdik ve aldık geri. Böyle bir duygusal bir durum yaşadık.” (Esra, 38 yaşında)

“Birçok insan var Alzheimer huzurevinin iyi olduğunu söylüyorlar. Ama benim mizacım uygun değil. Onun bana verdiği yük bu süreçten çok daha ağır diye düşünüyorum. O yüzden yapamam yani. Ben gerçekten şükrediyorum ve diyorum ki inşallah farklı bir noktaya gelmem. Ve bu düşüncem her daim devam eder. Çünkü burası onun evi.” (Şennur, 51 yaşında)

“Param olsaydı Huzurevine annemi asla yatırmazdım hiç...Onun adını bile hiç kimseye ettirmedim. Yapamam. Kendim için bunun istiyorum. Çünkü benim eşim yok, çocuğum da yok. Ama ben bunu anneme yapamam. Annem ölüyor, huzurevine götüreyim bir hafta bile yaşamaz annem. Doktor bir ablamız var 3 kardeşler götürdü kadını yatırdı huzurevine, izliyor. Bana da bak şebnem diyor bana, annem ne kadar mutlu değil mi? diğer arkadaşlarıyla konuşuyor falan diyor. Ama kadın bitmiş hiç alakası yok dedim. Neresi mutlu abla diyorum. Ya paran var pulun var ne olur evine alsan dedim. Bir oda ver.

Yanına da girme otursun senin evinde. Valla 10 gün kaldı ancak. Sonrasında vefat etti maalesef.” (Şebnem, 55 yaşında)

“Onun haricinde huzurevine yatırmayı da asla düşünmedim. Abimin oğlu söyledi yatırtalım diye ama asla.. Korkum bana bir şey olursa diye. Kıyamam bir kere.. Ben başkasına, abime bile veremiyorum annemi oraya verir miyim? Abim götürdü geçen senelerde yanına, iki günde bir aradım. Sonra gittim aldım geldim. (Zehra, 59 yaşında)

3.4.7.2. Devletten Beklentiler

Devletten beklentiler noktasında bazı katılımcıların yakınlarının hastaneye transferi, oradaki sıra bekleme durumunu, transferin ücretli olmasını hastane içindeki birimlerin birbirinden uzak olması, Alzheimer hastaları ile ilgili idari prosedürlerin fazlalığından oluşan sıkıntılarını dile getirmişlerdir.

“ Hastaneye ulaşım anlamında bir ihtiyacım var. Bunun dışında bence insan ihtiyacı var. Ama kaç kişi diye sorarsanız bunu ben de bilmiyorum. Şöyle ki geçenlerde yine Alzheimer grubunda bir araştırma görevlisi yazmış: “hastanelerde ciddi sorunlar yaşıyoruz.” diye. Hakikaten hastaneye gitmede büyük sorunlar yaşıyoruz. Çünkü ambulans çağırdığınızda ambulans geliyor ama hastaneden çıktığınız zaman eve geri dönüş için ambulans yok. Ambulans sadece hastaneye getiriyor. Ben evde sağlığı arıyorum. Getiriyor. Ama orda seni bırakıyor. Geri götürmüyor. Hastaneye getirmek ve götürmek sorun. Hastanede beklemek sorun. Grupta yazan kız çok güzel bir öneride bulunmuş, -hastanelerin Alzheimer servisi bulunması sadece Alzheimer hastalarıyla ilgilenen bölümlerin olması gerekiyor.- demiş. Ne güzel bir öneri. İstanbul'daki hastaneler çok büyük sorun. Her şeyiyle sorun. Yani bölüme randevu almak için çapa ya da Cerrahpaşa'dan en az bir ay sonrasına alabiliyoruz. Normal bir hasta için bile beklemesi zorken bu sürenin Alzheimerli hastalar için beklemesini gelin siz düşünün.” (Şebnem, 55 yaşında)

“Annemin evinde sabit bir bakıcısı olsaydı, süper geçinirdi. Daha rahat olurdu. Ama devlet bence bu tarz hastaları olanlara maddi durumu ne olursa oldun yardım parası vermeli ya... Çok mağdur oluyorlar yoksa. Dedim ya eğer böyle bir imkânımız olsa evini de bozmazdık.” (Esra, 38 Yaşında)

“Yabancı uyruklu bakıcılar sektörü ele geçirmiş gibi..(gülerek) bence devletin bu duruma el atması lazım. Yasaklaması lazım yabancı uyruklu bakıcıları. Kendisi bu hizmeti versin. Bir sürü üniversite var bakıcılıkla ilgili bölümü olan” (Kerem, 56 yaşında)

Çalışma sırasında yapılan görüşmelerde sıklıkla karşılaşılan problem sağlık hizmetinin sunumunda ihtiyaca göre düzenlenmeyen, bakıma ihtiyaç duyan hasta ve yakınları için bütüncül bir bakış dahilinde olmayan yapısal sorunların olmasıdır. Hasta yakınlarını değerlendiremeyen gereksinimlerin karşılanmadığı bir hizmet sunumunun olduğudur.

“Bence devletin tüm süreçte yanımızda olması lazım. Yani telefon kadar yakın. Şöyle ki; annemin hastaneye getir götür işlemlerinden para alınmaması, hastane de mümkün olduğunca işlemlerin hızlı olması gibi... Bizim kendimize boş zaman yaratılmasında da devletin o rolü üstlenmesi gerek bence. Şöyle bir tatile giderken bırakacağımız bir yer olsa ne iyi olur. En son ne zaman tatile gittiğimi bile hatırlamıyorum. Gerçi annem zor kabul eder de bakıcıyı. Bunlarında ücretsiz olması gerek ki yaşadığımız sıkıntıları biraz daha az hissedelim. (Kerem, 56 yaşında)

“ Hastaneye ulaşım gerçekten sıkıntı. Annemin tekerlekli sandalyesi yok. Onu tembelleştirir diye almadık. Ama hastaneye gidince şöyle bir durum oluyor. Önce annemi hastane girişinde bekleme salonunda oturtuyorum ve oradan yaklaşık 200 metre uzaklıkta bulunan başka bir birimden sandalye temin edip tekrar geliyorum. Bu bir sorun bizim için. Diğer yandan hastanedeki geriatri servisi ikinci katta. Bence yaşlılara hizmet veren birimlerin düzayak bir yerde olması gerekiyor. Çok katlı değil. Bunu yaşayan bilir.” (Şennur, 51 Yaşında)

“Devletin idari prosedürleri azaltması lazım özellikle de bu pandemide. Mesela, biz üç kardeşiz. Anneme vasi atanmasının yapılabilmesi için sulh mahkemesine gittik. Dilekçe verdik. Annemin hastanede heyettin giremeyeceğini çünkü yatalak olduğunu bu yüzden de adli tabibin evimize gelmesini istedik. Üç yüz elli lira para verdik. Sulh mahkemesi bize tarih verdi. Şu gün geleceğiz diye. Hep dışarıda ve diğer insanlarla temas ederek yaptık. Bu işlemlerin bence internetten yapılması ve tamamlanması gerek. (Müjgan, 56 yaşında)

“Devletin bu hastalara sahip yakınlarına tam destek olması lazım. Ayrıca yakınları isteseler bile huzurevine ya da rehabilitasyona yatırılmamaları lazım. Şart koşmak yani. Yoksa orada 2 günde ölürlər. Oğlunun kızının yanında ya da kendi evlerinde olması lazım hastanın. Bunun için ekonomik destek gerek tabi.” (Hülya, 54 Yaşında)

3.4.7.3. Hastane ile İlgili Görüşler

Bakım veren katılımcılar, hastanenin ilgili birimlerinde görev yapan personellerle ilgili görüşlerini şu şekilde ifade etmişlerdir:

“Ben hastanede hangi bölüme gidersem gideyim. Oradaki insanlar iyi davranmasalar da ben alttan almaya çalışıyorum. Tatlı dille bağlamaya çalışıyorum. Çünkü gerçekten işleri zor. Ama geriatri servisinde çalışanların hepsi tüm doktorları, çok sabırlılar, hoşgörülüler, iyi davranıyorlar hem hastaya hem yakınına. Sosyal hizmet servisi de öyle. Siz tanıdığınız kişilere karşı bunları yapıyorsunuz, hoşgörülü davranmaya çalışıyorsunuz. Ama onlar tanımadığı kişilere karşı aynı sabrı ve hoşgörüyü gösteriyorlar. Öyle olmak zorundalar. Gerçekten bu işin uzmanları.” (Şennur, 51 Yaşında)

“Bence hastanenin birimleri daha çok ilgilenmeliler. Mesela onkolojide takip ediliyor annem çok bekletiliyoruz, günlerce uğraşıyoruz. Anneme bir rapor çıkartmak için 4 defa gittik. Bakım parası alabilmek için mesela rapor almaya

gittik. Rapor bir rakam eksik olduğu için tekrar gitmek zorunda kaldık.”
(Esra, 38 Yaşında)

“Annemin Parkinson hastalığı olmasından dolayı yıllardır nörolojide aynı doktora gittik. Başından itibaren aynı doktorla devam ettik. Annem doktoru çok sevdi. Tedavide onun yönlendirmesiyle biz gittik. O kısım iyi oldu sanki. Çünkü annemin inandığı ve güvendiği bir doktorla devam ettik. Hem parkinsonu erken fark edip tedavisine başladık hem de Alzheimer kısmını da zamanında biz fark ettik. Tedavisini de erkenden başlattık. Bunu fark etmemizi sağlayan şey de sürekli olarak onların yanında olmam... Ben babamda bunun tersini yaşadım, babam daha zor bir geriatri hastasıydı. Onu Hacettepe’ye götürdüğümde poliklinikte onu anlatmak ya da oradaki doktorun onu anlama noktasındaki kendimce gördüğüm zorluklardı. Kan vermeyi reddediyordu. Oradaki psikologla görüşmeyi reddetmişti. Onlardan bir anlayış beklerdim açıkçası. Dolayısıyla iyi bir hizmet yoktu. Eğer bir hastanede çalışıyor olmasaydım nasıl olurdu bilmiyorum. Ben tek bir psikolog ya da tek bir doktor ile süreci götürmeyi isterdim.” (Aysel, 58 Yaşında)

“Yalnız annemi hastaneye götürdüğüm zaman ilgili personelin mesela dosyayı açan kişinin bile kendisini bizim yerimize koymasını ve o hastanın durumunu bilmesini ve lak lak yapıp orada bizleri bekletmemesini istiyorum mesela. Yani o hastaları anlasınlar istiyorum. Yani benim içinde bulunduğum durumu anlasınlar istiyorum.” (Şebnem, 55 Yaşında)

“ Annem kardiyolojide takip oluyor. Alzheimerle ilgili herhangi bir bölümde takibi yok. Biz kullanmıyoruz Alzheimer ilaçlarını. Alzheimer ile ilgili hiçbir destek göremiyoruz. Çünkü sadece ilaç veriyorlar. O ilaçların yaradığını hiç sanmıyorum. Çünkü ilk nöroloji ve psikiyatri baktığında hiç MR falan çekmeden ilaç verdi.” (Zehra, 59 Yaşında)

“İnsan yaklaşımı bence standart. Çok sert değil doktorlarımız. Özellikle geriatrideki doktorlarımız çok güler yüzlü. Psikiyatri doktorları ise belki görevinin gereği düz. Yani hiç yüzlerinde mimik bile yok. Bence insanları dinleyecek zamanları da yok. Genelde ilaç yazıp gönderiyorlar. Geriatri ise 45 dakika ilgileniyor en az.” (Nuray, 45 Yaşında)

“Sevgi hanım ilk geriatri doktorumuz bize kitaplar verdi el broşürleri verdi. Onların yararını çok gördük. Ama genel sorun bence okumuyoruz. Okusak bu kadar hastaneler de dolmaz. Gruba bakıyorum mesela o kadar çok cahil insan var ki.. Mesela ilaç alırsız kaç kişi okur içinde yazanları? Kulaktan dolma bilgilerle yaşıyoruz ve bunu çok yapıyoruz.” (Sevim, 60 Yaşında)”

“Esasında Türkiye'nin sağlık sisteminin değişmesi en büyük dileğim. Bu hastaların her şeylerinin ücretsiz olması lazım, kendime istediğim bir şey değil. Bana para verin bakayım ona değil. Hastanın tüm ihtiyaçlarının, yemesi, içmesi, hastaneye masrafı, ambulans ihtiyacı... ne varsa artık ihtiyacı olan.” (Kerem, 56 yaşında)

“Ama genel olarak hastane boyutundan baktığımızda çok bir memnuniyet yok. Çünkü gittiğinize sürekli farklı doktorlar görüyor annemi. Aynı ilgiyi görmüyorsunuz. Doktorun biri farklı bir şey diğeri farklı bir şeyler söylüyor. Yani çok olağanüstü bir doktor ya da hemşire desteği ve bakımı gibi hizmetleri almadık.” (Hülya, 54 yaşında)

Yukarıdaki ifadelerin tamamı için yapılan nitel analize ilişkin özet tablo aşağıda verilmiştir. Bu tablonun verilme amacı temalar arasında genelleme yapmak veya aralarındaki ilişki düzeyini saptamak değil, tema ve alt temalar arasında karşılaştırma yapabilmektir. Bu şekilde belirtilen frekans ve yüzdelerle bütün görmeyi kolaylaştırmıştır.

Tablo 40. Nitel Verilere (Ana Temalar ve Alt Temalar için) ait Frekanslar ve Yüzdeler

ANA TEMALAR	ALT TEMALAR	FREKANS DAĞILIMI	%
1- Hastalığın sezilmesi		8	100
2- Bakım Veren Süreç İçinde Kendi Yaşamı ve Çevresiyle Olan İlişkilerinde Yaşanan Değişiklikler	Rol Değiştirme	5	26,31
	Yakınlarından Yeterli Destek Alamama	5	26,31
	Eve Hapsoldum	5	26,31
	Birine Bağlı Yaşamın Zorluğu ve Kabullenememe	4	21,05
3- Bakım Verenlerin Bakım Vermeye Yükledikleri Anlamlar	Sevdiklerimizle Vakit Geçirmek	4	16,66
	Benim Sıram (Sıra Bende)	4	16,66
	Sahiplenmek	4	16,66
	Sevgi / Saygı	4	16,66
	Sabır/ Özveri	4	16,66
	Mecburiyet/Görev	4	16,66
4- Bakım Vermenin Güçlükleri/Zorlukları	Bakım Verilen Kişide Hastalığa Bağlı Düşüşler	9	33,33
	Suçlanmak ve Kötü Sözlere Maruz Kalmak	8	29,62
	Kişisel Bakımlarında Yaşanan Zorluklar	6	22,23
	Tekrarlar	4	14,81
5- Bakım Verenlerin Yaşadıkları Stres ve Geleceğe İlişkin Kaygıları	Ölüm	6	33,33
	Ya Bana Bir şey Olursa	4	22,22
	Covid 19 Kaygısı	4	22,22
	Evde Bir Çok Rolüm Var	4	22,22
6- Bakım Verenlerin Baş Etme Mekanizmaları	Süreci Kontrol Etmek	5	16,12
	Sosyal Destek Ağı	5	16,12
	Dua Etmek	5	16,12
	Gülerek Olayı Kamufle Ediyoruz	5	16,12
	Danışmanlık veya Tıbbi Destek Almak	6	19,35
	Farklı Etkinlikler Yaratmak	5	16,12
7- Beklenti, İhtiyaçlar ve Görüşler	Danışmanlık, Bakıcı ya da Bakım Veren Kurumlar Hakkında Görüşler	7	30,43
	Devletten Beklentiler	7	30,43
	Hastane ile İlgili Görüşler	9	39,13

Hastalığın sezilmesi ana temasında katılımcılar birbirinden farklı şekilde deneyimlerini betimlemişlerdir. İkinci ana temanın içinde yer alan “Rol Değiştirme”, “Yakınlarından Yeterli Destek Alamama”, “Eve Hapsoldum” alt temaları için vurgulama yüzdeleri

%26,31 olarak “Birine Bağlı Yaşamanın Zorluğu ve Kabullenememe” alt teması için vurgulama yüzdesinin ise %21,05 olarak görölmektedir. Üçüncü temanın içinde yer alan alt temaların hepsini ayrı ayrı olarak vurgulama yüzdesi %16,66 olduğu tespit edilmiştir. Dördüncü temanın içinde yer alan “Bakım Verilen Kişide Hastalığa Bağlı Düşüşler” alt temasının vurgulanma yüzdesi %33,33, “Suçlanma ve Kötü Sözlere Maruz Kalmak” alt temasının vurgulanma yüzdesi %29,62, “Kişisel Bakımda Yaşanan Zorluklar” alt temasının yüzdesi %22,23 ve “Tekrarlar” alt temasının vurgulanma yüzdesi %14,81 olduğu görölmektedir. Beşinci temanın altında yer alan dört alt tema içinde “Ölüm” alt temasının vurgulanma yüzdesi %33,33 olarak, diğer üç alt temanın vurgulanma yüzdesinin %22,22 olduğu görölmüştür. Altıncı temanın altın yer alan “ Süreci Kontrol Etmek”, Sosyal Destek Ağı”, “Dua Etmek”, “ Gülerek Olayı Kamufle Ediyoruz” ve “ Farklı Etkinlikler Yaratmak” alt temalarının vurgulanma yüzdelerinin %16,12 olduğu diğer alt tema olan “ Danışmanlık veya Tıbbi Destek Almak” ın vurgulanma yüzdesinin %19,35 olduğu görölmüştür. “Beklenti ve İhtiyaçlar” temasının altında yer alan “ Danışmanlık, Bakıcı ya da Bakım Veren Kurumlar Hakkında Görüşler” ve “Devletten Beklentiler” alt temalarının %30,43 olarak vurgulandığı, “Hastane ile İlgili Görüşler” alt temasının vurgulanma yüzdesi %39,13 olarak tespit edilmiştir.

4. BÖLÜM: TARTIŞMA

Araştırmanın bu kısmında sonuçların bir bütünlük dâhilinde değerlendirilmesine ve çıktıklarına yer verilecektir. Nicel ve derinlemesine görüşmelerle incelenen bireylerin çevresi ile olan ilişkileri, ihtiyaç ve beklentileri, sorun ya da duygu odaklı yaşam deneyimlerinin sosyal hizmet disiplini içerisinde ele alınmış bu özel bireylere farkındalığın sağlanması açısından bir değerlendirilme yapılmıştır.

Araştırmanın amacına bağlı olarak incelenen veriler dahilinde bakım verenlerin baş etme düzeylerini belirleyen bazı parametrelerin olduğunu görmekteyiz. Bakım verenlerin sosyo demografik özellikleri arasında yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, kronik rahatsızlığa sahip olma durumu ve sağlık hizmeti alıp almama durumlarının baş etme stillerini ve kaygı düzeylerini etkilediğini sonucuna varılmıştır. Ayrıca bakım verenlerin daha önce bakım deneyimlerinin olup olmaması, süreçte sosyal destek almaları ve sağlık durumlarına yönelik parametrelerin de baş etme ve kaygı düzeylerini etkilemektedir. Öte yandan bakım verilen kişilere yönelik bazı özelliklerin örneğin, Alzheimer hastalığının şiddeti, bakım verilen kişinin yaşı, cinsiyeti ve bakım verme sürelerinin de bireylerin baş etme ve kaygı düzeylerine etkide bulunduğu tespit edilmiş olup ayrıntılı olarak aşağıda belirtilmiştir.

Çalışmada yaş gruplarına göre katılım sağlayanlar değerlendirildiğinde 30 lu yaşlardan 80 li yaşlar aralığında geniş bir yelpazede olduğu görülmektedir. 50-60 yaş arasındaki bakım veren bireylerin fazlalığı beklenen bir sonuçtur. Literatürde yaş ve cinsiyet değişkenleri Alzheimer hastalarına bakım verenler arasında önemli bir parametredir (Jathanna ve ark., 2010; Adelman ve ark., 2014; Lök, Günbayı ve Buldukoğlu, 2015).

Bakım veren bireylerin önemli bir çoğunluğunun kadın bakım verenlerden oluşması sürecin güçsüzleştirici yönünü ortaya koymaktadır. Keza araştırmanın nicel kısmını oluşturan katılımcıların %83,6'sı ve derinlemesine görüşmelere katılan 10 gönüllü katılımcıdan 9'u kadın katılımcılardan oluşmaktadır. Alzheimer hastalarına bakım verenlere bakıldığında dünyada büyük oranda aile bireyleri tarafından gerçekleştiği, aile içerisinde ise özellikle kız çocukları, eşlerine bakan kadınlar veya kız kardeşlerin bakım

yükünü üstlendikleri görülmektedir (Pinquart ve Sörensen, 2006; Lavarove ve Ark., 2014). Ülkemizde yapılan bir araştırmalarda da benzer olarak bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadınlardan oluştuğu belirlenmiştir (Tekin, Dişçigil ve Altunbaş, 2011; Atagün ve Ark., 2011; Ateş ve Bilgili, 2014; Lök, Günbayı ve Buldukoğlu, 2015; Uygun, 2019). Kadınların ailede aldıkları görev ve sorumluluklar çocuklarının da bir şekilde bu döngünün içinde olmasına sebep olmaktadır. Bu durum gerek evli gerekse evli olmayan kadınlar için de geçerli olup, kuşaktan kuşağa aktarılan bir süreçtir. Araştırmaya katılım sağlayan bireylerdeki kadın sayısının fazla olması bu geleneksel durumun sürekliliğinin devam ettirilmesi ile ilişkilendirilebilir.

Araştırmada katılımcıların 107 sinin önceki dönemde bakım verme konusunda deneyimlerinin olmadığı buna karşın 34 ünün deneyimi olduğu görülmüştür. Bakım verme, bakım veren kişilerce çok boyutu olan ve algılanan bir kavramdır. Bu konuda deneyimi olanların bakım vermeye yükledikleri anlamlar, kişisel gelişimlerinde yaşanan olumlu değişiklikler, kendisine ve bakım verdiği bireye saygı, kişisel doyum bakımın olumlu özellikleri arasında gösterilebilir (Orak ve Sezgin, 2015). Deneyim aynı zamanda bireyin durumu kabullenmesini sağladığı için bakım verenlerin baş etme mekanizmalarını daha iyi kullanabilmelerini sağladığı görülmüştür.

“... rahmetli babamda yatalaktı bir dönem. Annem baktı hep, biz de yardımcı olduk tabi. Bu yüzden çok yadırgamadım annemin şu anki durumunu.”
(Kerem, 56 Yaşında).

“Eşim gırtlak kanseriydi. İki sene onunla uğraştım. O öldükten sonra kötü bir on yıl geçirdim. Doğal olarak annemle kaldım. Onunla olmaya alıştım...Eşimden dolayı alışkınım hasta bakmaya..” (Sevim, 60 Yaşında).

Araştırmada hasta ile ilgilenilme süresi bakımından 3 yıldan daha fazla süreyle ilgilenilme %72,1 olarak tespit edilmiştir. Bakım verenlerin bakım verme sürecinde hastayla ilgilenilme süresi artışına bağlı olarak kişisel sorumluluklarını ve ihtiyaçlarını yerine getirme işlerinde zorlanmalar yaşadıkları tespit edilmiştir. Yapılan başka bir

araştırma da bunu doğrular nitelikte olup, uzun süreli bakım veren bireylerin daha fazla bakım yükü yaşadıkları belirtilmiştir (Kim ve ark, 2012).

Araştırmada, bakım verenlerin bakım sağladıkları kişi ile günlük hayatta en çok zorlandığı durumların, unutkanlık, kişisel temizliğini yapamaması, sinirlilik hali, moralsiz hali, suçlama hayal görme, yakınlarını tanıyamamaları, dikkatsizliği, tek başına yemek yiyememesi, anlamsız hareketlerde bulunması vs. gibi oldukları anlaşılmıştır. Derinlemesine görüşmelerde yukarıdaki zorluklara benzer olarak bakım verilen bireyin sağlık durumlarının kötüye doğru ilerlemesiyle yaşanan zorluklar, suçlanmak, kişisel bakım zorlukları, hastanın sürekli aynı şeyler tekrar etmesi gibi alt temaları oluşturduğu görülmüştür.

“ Nasıl söyleyeyim; 5-10 dakika öncesini unutabiliyor. Mesela kahvesini içiyor ya da yemeğini yiyor, yemedim diyor” (Küyük, Kadın)

“ Bir elinde çatal veya kaşık varken diğer eliyle yemeğe daldırıyor. Çok zorlanıyoruz. Anne kaşığın var onunla ye diyoruz ama yine yapıyor. Konuşma bozukluğu çok var. Üç kelimeyi yan yana getiremiyor.” (Esra, 38 yaşında, Kadın)

“Kalkmış anneniz sana abla, anne diyor, saçma saçma konuşuyor, zaten çok affedersiniz annem hep belden aşağı küfürler ediyor. İğrenç küfürler ediyor.” (Sevim, 60 Yaşında, Kadın)

Bakım verilen kişilerin kronik hastalık dağılımlarına bakıldığında, yüksek tansiyon başta olmak üzere kalp rahatsızlığı, şeker hastalığı, osteoporoz, böbrek rahatsızlığı, koah, hiperlipidemi gibi hastalıklara sahip oldukları tespit edilmiştir. Literatürde de Alzheimer hastalarının sağlık sorunları ile bakım verdiği kişileri günlük hayatta zorlayan parametrelerin buna paralel olduğu görülmektedir (Cummings, 2004; Akpınar, 2009; Yayla ve Güngör, 2016; Akyar ve Akdemir, 2019).

Araştırmada bakım verenlerin baş etme stilleri ile durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin anlam yönünden ilişkilerine bakıldığında bazı stratejilerle negatif bazı stratejilerle de ise pozitif yönlü ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Buna göre aktif baş etme ile durumluk kaygı arasında negatif yönde anlamlı ilişki vardır. Bu tarz baş etme stratejisi kullanan katılımcıların stresi ya da etkilerini ortadan kaldırmaya yönelik adım atma sürecinde oldukları sonucuna varılabilir. Aktif baş etme doğrudan eylemi başlatmayı ve aşamalı olarak baş etme girişiminde bulunmayı içermektedir. Olumlu yeniden yorumlama stratejisinin hem durumluk hem de sürekli kaygı ile negatif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bu tarz baş etme stratejisi kullanan katılımcıların stres durumlarını olumlu olarak yeniden oluşturma eğiliminde oldukları anlaşılmaktadır. Kabullenme stratejisinin hem durumluk hem de sürekli kaygı ile negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır. Stresli yaşam olayları arasında yer alan Alzheimer Hastalarına bakım veren bireylerden durumu kabullenenlerin kaygı düzeyleri diğerlerine oranla az olduğu sonucuna varılabilir. İnkâr stratejisinin hem durumluk hem de sürekli kaygı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmaktadır. Yani durumun varlığına inanmayı reddeden bakım verenlerin daha fazla kaygı yaşadıkları sonucuna varılabilir. Zihni dağıtma/dikkatini başka yöne yöneltme stratejisi kullanan bakım verenlerin sürekli kaygı ile negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır. Bakım veren bireyin bu stresli süreç içerisinde dikkatini başka bir şeye yönlendirdiğinde (farklı uğraşlarla ilgilenenlerin) daha az kaygı yaşadıkları sonucuna varılabilir. Kendini suçlama yani kendini eleştirme eğiliminde bulunan bakım verenlerin daha fazla kaygı yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Davranışsal uzaklaşma alt boyutu, yani kişinin stresle mücadele etme çabalarının azalması, amaca ulaşmak için çaba göstermeme halidir. Bu tarz baş etme stratejisi kullanan katılımcıların daha fazla kaygı yaşadıkları tespit edilmiştir.

Lavarone ve arkadaşları (2014), Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadığı yük ve kaygıyı sosyo demografik ve klinik değişkenler arasındaki ilişkiyi, baş etme stilleri ile kaygı arasındaki ilişkileri değerlendirmişlerdir. Buna göre, bakım yükü skorlarının oldukça yüksek ve Alzheimer evrelerine bağlı olarak arttığı ifade edilmiş, kadınlar ve yaşlı bakım verenlerin daha yüksek skor aldıkları görülmüştür. Stresli durumla başa çıkma envanteri sonuçlarına göre, Bakım verenlerin ağırlıklı olarak görev odaklı

stratejileri benimsediklerini ve kadınların daha çok duygu odaklı stratejiler benimsediği ve bu başa çıkma tarzının daha yüksek bir sıkıntı düzeyi ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Araştırmada baş etme stillerinin cinsiyete göre değişimlerine bakıldığında aktif baş etme ve mizah alt boyutlarının anlamlı derecede farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bu bağlamda erkeklerin aktif baş etme düzeyleri kadınlardan anlamlı derecede fazla olduğu ($p < 0,05$), buna karşın kadınların mizah alt boyutu erkeklerden anlamlı olarak yüksek olduğu ($p < 0,01$) anlaşılmıştır. Ayrıca durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin aynı seviyelerde oldukları ve anlamı düzeyde farklılık bulunmadığı anlaşılmıştır. Literatürde bakım verenlerin kaygı düzeylerini cinsiyet farklılıkları göz önüne alınarak yapılan araştırmalara bakıldığında, kadın bakım verenlerin daha fazla kaygı yaşadıkları ve genellikle duygusal baş etme yöntemlerini kullandıkları anlaşılmıştır (Papastavrou ve ark., 2009; Yeşil, Uslusoy ve Korkmaz, 2016). Genel olarak tüm dünyada kadınların yaşlılar, kronik rahatsızlığı olan kişiler veya engelli bireylere bakım verme konusunda informal bakım sağlayıcısı olarak görülmektedir. Bunun nedeni çocukluktan itibaren edindikleri sosyal ve kültürel deneyimler ve bunların kökleşmesidir. Sharma ve arkadaşlarının (2016) mental rahatsızlığı olan bireylere bakım veren aile üyeleri ile ilgili yaptıkları araştırmada, başa çıkma stratejilerinin cinsiyete göre değişimleri kapsamlı bir şekilde incelenmiş, kadınların duygu odaklı başa çıkma stratejilerinden inkar, kaçma veya kaçınma gibi etkisiz başa çıkma stratejilerini erkeklerden daha sık kullandıklarını tespit etmişlerdir. Erkeklerin kadınlardan daha geniş bir başa çıkma repertuarı olduğu ve sorun çözme, kabul etme, tarafsızlık veya uzaklaşma gibi etkili başa çıkma stratejilerini daha sık kullandıkları görülmüştür.

Araştırmada bakım verenlerin baş etme stillerinin eğitim durumlarına göre değişimlerine bakıldığında bazı alt boyutlarda (Kabullenme, Mizah, Din, Duygusal Destek, Zihni Dağıtma) anlamlı olarak farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. Din stratejisi için okuryazar, ilkokul, ortaokul ve lise mezunlarının ortalaması üniversite ve üstü mezunlarının ortalamasından fazla olduğu; mizah stratejisinde üniversite ve üstü mezunlarının ortalaması, ilkokul ve okuryazarlara oranla anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Uysal ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları araştırmada, demografik

değişkenlerin din alt boyutu üzerinde etkisi olduğunu belirterek, yaş ve eğitim düzeyinin artmasına bağlı olarak dini başa çıkma yöntemlerinin azaldığı sonucuna varmışlardır.

Duygusal sosyal destek kullanımı stratejisine bakıldığında ortaokul ve lise mezunları ile Üniversite mezunlarının ortalaması ilkokul mezunlarına oranla anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Bundan başka kabullenme alt boyutunda ortaokul ve lise mezunlarının kabullenme düzeyleri okuryazar ve ilkokul mezunlarına oranla anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Zihni dağıtma ya da dikkati başka yöne çevirme alt boyutunda üniversite ve üstü mezunlarının ortalaması ilkokul mezunlarına oranla anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Bu bağlamda çalışma bulgusu olarak eğitim düzeyi düşük olan bakım verenlerin hastalık hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması, süreci yönetme konusundaki eksiklikleri, kadınlarının genelinin ev hanımı olması ve buna bağlı olarak ekonomik sorunlar yaşaması bahsi geçen baş etme stillerinin kullanmalarına neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmada bakım verenlerin durumluk – sürekli kaygı düzeyinin eğitim durumuna göre değişimlerinde anlamlı farklılık göstermemiştir. Buna karşın, Doğru'nun (2018) çalışmasında bakım verenlerin öğrenim durumu azaldıkça durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde arttığı, anlamlılığı sağlayan grubun okuryazar olduğu, lise ve üniversite mezunlarına oranla okuryazar öğrenime sahip olanların durumluk sürekli kaygı düzeylerinin görece anlamlı düzeyde arttığı belirtilmiştir.

Erkuran'ın (2015) çalışmasında araştırmaya benzer olarak, bakım verenlerin eğitim durumlarıyla stresle başa çıkma durumlarının alt stratejileri arasındaki farklar incelendiğinde, üniversite mezunlarının “kendine güvenli yaklaşım”, “iyimser yaklaşım” puan oranlarının ortalaması yüksek çıkmış ve okuryazar olan grubun çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım puan ortalamalarının yüksek olduğu bulunmuştur. Kanser hastasına bakım veren kişilerle yapılan başka bir çalışmada eğitim düzeyinin bakım verme yükünü etkilediği ve okuryazar olan kişilerin bakım yükünün ortalama puanlarının diğer gruplara görece daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Orak ve Sezgin, 2015).

Araştırmada bakım verenlerin kaygı düzeylerinin sosyal destek alma durumuna göre değişimine bakıldığında durumluk kaygı düzeylerinin anlamlı olarak farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Çalışmada sosyal destek arama boyutu, araçsal ve duygusal sosyal destek aramayı ifade etmektedir. Araçsal nedenlerle sosyal destek aramak tavsiye, yardım ve bilgi aramayı ifade etmektedir. Duygusal sosyal destek aramak, moral, destek, sempati veya anlayış kavramlarını içermektedir. Tang'ın (2008) yaptığı çalışmada sosyal desteğin bakım verenlerin bakım yükü düzeylerini azalttığı belirtilerek özellikle, aile ve arkadaşlarla daha sık temas halinde olan bakım verenlerin, az temas halinde olanlara göre daha yüksek psikolojik iyilik halleri ve daha düşük bakım yükü düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Diğer bir çalışmada Alzheimer hastalarına bakım verenlerde kronik yorgunluk, sosyal çevre kaybı ve buna bağlı depresyon gelişebileceği, bu problemlerin iyi bir aile-hasta ilişkisi, iyi bir sosyo-ekonomik destek ve uygun baş etme yollarıyla minimize edilebileceği ifade edilmiştir (Barlas ve Onan,2008).

Araştırmada baş etme stillerinin gelir durumuna göre değişimleri incelendiğinde olumlu yeniden yorumlama ve din alt boyutlarının anlamlı derecede farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir. Geliri gidere eşit olanlar ile geliri az olanların olumlu yeniden yorumlama ortalaması geliri fazla olanlara göre yüksektir. Din alt boyutunda ise geliri gidere eşit olanların ortalaması fazla olanlardan anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Öte yandan kaygı düzeyleri gelir durumuna göre incelendiğinde geliri giderden az olanların sürekli kaygı düzeyi, geliri gidere eşit ve gelirin giderden fazla olanlara göre anlamlı olarak yüksek olduğu anlaşılmıştır.

Yine Erkuran'ın (2015) çalışmasında stresle başa çıkma stratejileri gelir durumuna göre incelenmiş, geliri giderden az olan kişilerin “çaresiz yaklaşım stratejisini” daha çok kullandıklarını belirtmiştir. Bireylerin gelir durumu sağlık bulgularını etkilemektedir. Gelir eşitsizliği ve yoksunluk gibi kavramlar bireyde stres ve kaygıya sebep olabilmektedir. Dolayısıyla sosyo ekonomik faktörler bireylerin stresle baş etme stillerini etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda kaygı düzeylerini belirlemede etkili olduğu görülmektedir. Araştırmanın nitel verileri de bunu desteklemektedir:

“ ...Ekonomik durumum iyi olsaydı, bu kadar fazla çalışmam gerekmezdi. Yani annemle birlikteyken yaptığım işin yarısını yapardım örneğin. Gece 4’ lere 5’ lere kadar çalışmama gerek kalmazdı.” (Şebnem, 55 yaşında)

“ ...Devletin verdiği ortada. Çok sosyal hayatımız olmamasına rağmen kit kanaat geçiniyoruz. Durumumuz iyi olsa kesin bir bakıcı da olurdu evde..” (Kerem, 56 yaşında)

Kronik rahatsızlığa sahip olma bakım verenlerin fiziksel, ruhsal, sosyal sorunlar yaşamalarına neden olmakta ve bu bağlamda stres yaratmakta ve kaygı düzeylerini artırmaktadır. Araştırmada bakım verenlerin baş etme stillerinin kronik rahatsızlığa sahip olma durumlarına göre değişimleri incelendiğinde “olumlu yeniden yorumlama” alt boyutunun anlamlı derecede farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Aynı zamanda bakım verenlerin kaygı düzeyleri, kronik rahatsızlığa sahip olma durumuna göre incelendiğinde kronik rahatsızlığa sahip olanların durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri olmayanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada bakım verenlerin baş etme stillerini sağlık hizmeti alma noktasında yaşanan zorluklarına göre incelendiğinde planlama alt stratejisinin anlamlı farklılık gösterdiği, hizmeti alanların almayanlara oranla daha kolay planlama yaptıkları tespit edilmiştir. Nitekim sağlık hizmeti almada zorluk yaşama durumu bakım verenlerin hem durumluk hem de sürekli kaygılarını etkilediği ve sağlık hizmeti almada zorluk yaşayan bakım verenlerin zorluk yaşamayan bakım verenlere oranla daha fazla kaygı yaşadıkları tespit edilmiştir.

Bakım verenlerin baş etme stillerini bakım verilen bireylerin cinsiyetine göre değişimleri incelendiğinde; bakım verdiği kişinin cinsiyeti kadın olanların aktif baş etme, olumlu yeniden yorumlama, kabullenme ve mizah düzeyleri cinsiyeti erkek olanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın bakım verdiği kişiyi cinsiyeti erkek olan bakım verenleri davranışsal boş verme alt boyutunun kadınlardan anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. İlaveten bakım verdiği kişi erkek olanların durumluk kaygı düzeyleri bakım verdiği kişi kadın olanlara göre anlamlı derecede yüksek olduğu

tespit edilmiştir. Bakım verilen kişinin yaşının, bakım verenlerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini etkilemediği anlaşılmıştır.

Araştırmada Alzheimer hastalığı evresinin, bakım verenlerin baş etme stillerini etkilemezken, kaygı düzeyleri üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Buna göre, ileri evre hastaların bakım verenlerinin orta evre hastalara bakım verenlere göre; orta evre hastalara bakım verenlerin de erken evre hastalara bakım verenlere göre durumluk kaygı düzeylerinin anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca orta ve ileri evre hastaların bakım verenlerinin sürekli kaygı düzeyi erken evre hastaya bakım verenlere göre daha yüksek düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır.

“ ... Artık eskisi gibi güçlü olmadığımı düşünüyorum. Annem zor yürüyor. Ona destek olmak için kolundan tuttuğumda o da beni doğal olarak tutuyor. Kolumun her yeri morarıyor. Hastalığının ilk zamanlarında bana olan bağlılığı azdı. Şimdi çok yoruluyorum.” (Şennur, 51 yaşında)

Hastanın bağımlılık düzeyi bakım verenin stres ve kaygı düzeylerini etkilediği araştırma bulgularından biri olarak tespit edilmiştir. Razani ve arkadaşlarının (2007) yaptıkları çalışmada da benzer bulguların elde edildiği, Demans hastalarına bakım veren bireylerde zamanla depresyon ve şiddet duygularının ön plana çıktığı, fiziksel ve duygusal yüklerinin fazla olduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırmada bakım verenlerin hastasıyla ilgilenme sürelerine göre baş etme stillerinin anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Buna karşın bakım verilen sürenin bakım verenlerin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri üzerinde etkisi olduğu tespit edilmiştir. Durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri için 4-5 yıl ve 5 yıldan fazla süre ile bakım verenlerin durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri 2-3 yıl süre ile bakım verenlere oranla anlamlı derecede yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı durum günlük ilgilenilme süresinde de görülmüştür. Buna göre bakım verenlerin bakım verdikleri hastası ile günlük ilgilenme süreleri 6 saatten fazla olanların sürekli kaygı seviyeleri 1-3 saat ve 4-6 saat bakım verenlere göre yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında bakım verme süresi değişkeninin bakım verenlerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini

etkilediğini gösteren çalışmaların mevcut olduğunu görmekteyiz (Alvarez ve Fajardo, 2018 ; Özyeşil, Oluk ve Çakmak, 2014). Eğilli ve Sunal (2017), demans hastalarına bakım veren 186 hasta yakını ile yaptıkları çalışmalarında hastalarına 1 yıldan daha az olarak bakım veren kişilerin bakım verme yükü ortalaması 1 yıldan fazla bakım verenlere oranla daha düşük olduğu belirtilmiştir. Bakım verenler bakımın ilk yılında baş etme mekanizmalarını iyi kullanabildikleri, buna karşın sonraki yıllarda bakım verme işini stresör olarak algıladıkları ve bu durumun bakım yüküne neden olduğunu ifade etmiştir.

Araştırmanın nitel veri analizlerinin neticesinde yedi tema ve bunlara bağlı alt temalar tespit edilmiştir. “Hastalığın Sezilmesi” temasının altında her bakım verenin hastasıyla ilgili Alzheimer tanısını nasıl aldığı konusundaki deneyimleri paylaşılmıştır. İkinci temanın altında dört alt tema yer almaktadır. “Rol Değiştirme” alt teması sıklıkla ifade edilen kavramlardan birisi olarak görülmektedir. Literatürde bakım verenlerin kendilerini birçok farklı rollerde tanımladıklarını gösterdikleri belirtilmektedir (Küçükgüçlü, Şentürk ve Söylemez, 2017). Gönüllü katılımcılar hastasının eşi ya da çocuğu iken şu anda anne ya da babası olduklarını belirtmişlerdir. “Yakınlarından Yeterli Destek Alamama” alt temasında katılımcıların bakım verme konusunda kendilerini yalnız hissettiklerini ve bu durumun üzerlerinde bir kaygı ve bakım zorluğu yarattığı görülmüştür. Sosyal İzolasyon Alzheimer hastalarına bakım verenlerde yaşanan bir durumdur. “ Eve Hapsoldüm” alt temasında bu durumu belirten ifadeler mevcuttur. Bakım verenlerin çevreleri ile ilişkilerinde yaşanan değişimlerin önemli bir alt teması da “Birine Bağlı Yaşamın Zorluğu ve Kabullenememe” dir. Bakım veren aile üyeleri hastası ile ilişkilerinde yaşanan bozulmalara paralel olarak kabullenmesinde zorluk yaşamaktadırlar (Yacı, 2015). Daha önceki yıllarda kendilerine annelik, babalık yapan yakınlarının gün geçtikçe sosyal işlevselliklerini kaybetmeleri bakım verenlerde stres ve kaygı yarattığı görülmüştür. Öte yandan bakım verilen hastaya bağımlı olmak bir diğer zorluk olarak ifade edilmiştir.

Bakım verenlerin bakım verme kavramına yükledikleri anlamları ortaya koyan 3. tema, altı alt temadan oluşmaktadır. Katılımcıların verdikleri cevaplardan genel olarak bakım vermeye olumlu anlamlar yükledikleri anlaşılmıştır. “Sevdikleriyle Vakit geçirmek, Sıra Bende, Sahiplenmek, Sevgi ve Saygı, Sabır ve Özveri, Mecburiyet ve Görev” ifadeleri

alt temalar olarak tespit edilmiştir. Bakım verilen kişi ile önceki dönemde yaşanan olumlu ilişkilerin, bireyin baş etme düzeylerini olumlu etkilediği ve daha çok sahiplendiği, ayrıca içinde bulunduğu kültürle sevgi ve saygı gibi ifadelerin ön plana çıktığı gözlemlenmiştir. Roff ve arkadaşlarının (2004) bakım vermeyi kültürler arası farklılıklar yönünden inceledikleri araştırmalarında, Afro Amerikalı bakım verenlerin bakım sürecini Kafkas bakım verenlere oranla daha olumlu yönde algıladıkları, daha az kaygı ve stres yaşadıkları, ayrıca ekonomik düzeyleri az olsa bile bundan daha az etkilendikleri sonucuna varmışlardır. Panyavin ve arkadaşlarının (2015), Alzheimer hastasına bakım veren 102 hasta yakını ile yaptıkları çalışmada sağlıklı aile dinamiğine sahip bakım verenlerin hastasıyla daha iyi ilişkilere sahip olduklarını, onların ihtiyaçlarını daha iyi algıladıkları ve iyi bakım sağlamak için daha gayretli oldukları belirtilmiştir.

Bakım vermenin zorluklarını içeren 4. temada bakım verilen kişide hastalığa bağlı düşüşlerin, suçlanmanın, kötü sözlere maruz kalmanın, hastanın kişisel bakımında yaşanan zorlukların ve hastanın aynı sözleri veya davranışları sürekli olarak tekrarladığı literatüre paralel olarak yer almıştır. Akça ve Taşçı'nın (2005) 302 hasta ve bakım verenle yaptıkları araştırmada öne çıkan bakım sorunlarının; günlük işlerde (Temizlik, çamaşır yıkamak, yemek yapmak) zorluk yaşamaları ve hastanın kronik rahatsızlıklarının bakım verme düzeylerini etkilemesi olduğu görülmüştür. Başka bir çalışmada da benzer olarak hastada yaşanan kişilik değişiklikleri, hastalığın şiddeti, hastanın kişisel sağlık durumunun bakım verenin yaşadığı günlük düzeylerini etkilediği belirtilmiştir (Yılmaz ve Turan, 2007).

Nitel veri analizindeki 5. Tema bakım verenlerin yaşadıkları stres ve geleceğe yönelik kaygılarını oluşturmaktadır. Bu bağlamda ölüm, covid-19 hastalığı, evde birden fazla rol üstlenmenin yarattığı kaygı ve bakım verenin kendi sağlığına ilişkin kaygıları ön planda vurgulanan ifadeler olarak tespit edilmiştir. Literatürde bakım verenlerin yaşadığı stres ve kaygıları ile alakalı benzer birçok çalışma yer almakta ve benzer kavramlara ulaşıldığı anlaşılmaktadır (Yılmaz ve Turan, 2007; Küçükgüçlü, Şentürk ve Söylemez, 2017).

Bakım verenlerin baş etme stratejilerini oluşturan 6. temada, hem problem odaklı hem de duygu odaklı baş etme yöntemleri kullandıkları görülmüştür. Oluşan alt temalar, süreci

kontrol etmek, sosyal desteğe sahip olmak, dua etmek, mizah, danışmanlık hizmeti almak ve bakım verme stresini farklı etkinlikler yaratarak baş etmek ön plana çıkmaktadır. Cooper'in (2007) Alzheimer hastasına bakım verenlerin yaşadıkları stres, kaygı ve depresyonlarını incelediği çalışmasında duygu odaklı başa çıkma stillerini kullanan bakım verenlerin, bir yıl sonra daha az kaygı düzeyine sahip olduğu, sorun odaklı stratejileri kullananların daha yüksek kaygıya sahip olduğunu belirtmiştir.

Beklenti, ihtiyaç ve görüşlerin yer aldığı son ana temada, bakım verenlerin devletten beklentileri, hastanede yaşadıkları olumlu olumsuz durumlar ve genel görüşlere yer verilmiştir. Buradaki ifadelerde yer alan sorunlar için çözüm önerilerinin devletten beklendiği görülmüştür.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bulgularına göre bakım veren bireyle hastası arasındaki ilişkinin sağlıklı ve destekleyici oluşu ve hastalık tanısının kabul edilmesi güçlenmenin en önemli kaynakları arasında gösterilebilir. Bakım verenin sosyal çevresinden aldığı destek, süreç içinde profesyonellerle kurduğu olumlu ilişkiler, sürecin yarattığı olumsuzluklar karşısında inanç sisteminin dahil olması, hastalığın gelişme sürecine hakkındaki bilinç düzeyi bakım verenlerin deneyiminde hem bireysel hem de çevresel güç unsurları olarak kendini göstermektedir.

Sosyal hizmet için bir köşe taşı olan güçlendirme yaklaşımı, Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin deneyimleri açısından büyük katkı sağlamaktadır. Zor koşullara rağmen bakım vermenin olumlu olarak değerlendirilmesi bakım vermeyi temel olarak yeniden tanımlanmasını sağlamaktadır. Şimdiki anda kalarak kayıp olana değil, kalana odaklanmak, bu yaklaşım için önemli bir kavramdır. Bakım verenlerin içinde bulunduğu “eşitsizlik” durumu, üzerlerinde baskı hissetmelerine ve kendi kişisel gelişimlerine engel yaratan ve içinde olduğu konumu içselleştirmelerine neden olmaktadır. Uzmanlar güçsüz durumdaki bu gruplara mikro düzeyde bir destek, makro anlamda ise içinde bulunduğumuz sosyal, ekonomik ve politik anlamda içinde yer aldığımız toplum düzeyinde gereken tedbirleri almalıdır. Ancak bu durumda kişisel olan problemlerin sosyal sorun olarak görünürlüğü sağlanabilir.

Bireysel anlamda konu ile ilgili paydaşlar (Hekim, Sosyal Hizmet Uzmanı, Hemşire, vs. gibi) süreçte iş birlikçi rolüyle hareket etmeli, bakım verenlerin değerlendirme sürecine katılımları sağlamalı, onların seçimlerini, tecrübelerini, anlam hikâyelerini dinleyip alternatif anlamlar oluşturarak yaşantılarında yeni alanlar keşfedebilmelidir.

Sosyal Hizmette güçlendirme odaklı bakış ve bu bağlamda Alzheimer’den etkilenen aile bireyelerine verebilecek önemli desteklerden biri, şu anda kalma yeteneklerini geliştirmek ve kaybedilenlerden ziyade kalanlara odaklanmak, hastayla olan iyi ilişkilerini desteklemek ve yaşam kalitesini arttırmak olabilir.

Güçlendirme yaklaşımı perspektifiyle konu değerlendirildiğinde bakım veren birey olarak bakım verilen kişinin bakım sürecinde karşı karşıya kalınan stres ve kaygı durumlarının bakım vereni olumsuz etkilediği, güçsüzleştirdiği ya da yakın çevresinden gelen destekle tersine olarak rahatladığı hem nicel hem de nitel veriler sonucuna yansımıştır. Araştırmanın bulgularına göre sosyal destek ve bakımı paylaşma güçlenmenin en önemli unsurları arasındadır. Sosyal çevreden görülen destek, profesyonel destekler, çevre ile kurulan olumlu ilişkiler, yaşanan olumsuzlukları karşısında bireyin tinsel diye adlandırılan inanç sisteminin dâhil olması, bakım verme süreci hakkındaki bilinç düzeyi bireyin kişisel ve kişilerarası güç faktörlerini meydana getirmektedir.

Güçlendirme temelli yaklaşım, bireylerin büyüme, gelişme, öğrenme potansiyellerini kapsayan değerlere vurgu yapmaktadır. Bireylerin biricikliğini, kendi kaderini kendisinin tayin etmesini özellikle vurgulamaktadır. Bu bağlamda bakım verenlerin yaşam durumlarını eleştirel bir şekilde analiz etmeleri ve bilinçlendirme deneyimlerine katılmaları için eğitim ve motivasyonlarının sağlanması konusunda gerekli çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Bakım veren kadınların genellikle bakım sorumluluğunun isteyip istemedikleri fikirleri alınmadan toplumsal bir görev olarak yüklendiği görülmektedir. Süreçte kadınlara yüklenen sorumluluklar, içsel çatışmalar yaşatmakta, olumlu ve olumsuz duyguları aynı anda yaşamalarına neden olmaktadır. Kadınlar yaşadıkları bu karmaşık duygular sonucunda kültürel, dinsel ve psikolojik olumlama geliştirerek hayatlarına devam etmektedirler.

Yatağa bağımlı hastalar için evde bakım hizmetleri geliştirilmeli ve ailelere banyo ve kişisel bakım konusunda eğitilmiş uzman kişilerden destek alma imkânları sunulmalıdır. Hastalık hakkındaki yeterli bilgiye sahip olmanın hastalıkla ilgili endişeyi azalttığı ve umudu artırdığı gözlemlenmiştir. Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin hastane ve sosyal medya ortamlarına birbirleriyle kurdukları ilişkiler ve kendi aralarında meydana getirdikleri kültür güçlenmeyi sağlamaktadır. Bu kültürün zamanlar diğer sosyal çevrelerinin önüne geçtiği ve daha olumlu bir bakış açısı kazandırdığı katılımcılar

tarafından vurgulanmıştır. Bu açıdan bakım veren bireylerin kendi deneyimlerini, kendi sorunlarını paylaştığı, sorularına, üzüntülerin ve sevinçlerine ortak olacak, empati duygusunun öne çıktığı, güçlendirici unsurların öne çıkarıldığı, bu tarz kendine yardım grupları makro anlamda uygulanacak güçlendirme süreci için önemli bir adım olarak görülmektedir. Buna ilaveten bakım verenlerin kişisel destek ağlarının genişletilmesi ve sürdürülebilir olması gerekmektedir.

Güçlendirmenin literatürde farklı boyutlarda incelenmesi disiplinlerin bakış açısına göre değişmektedir. Multi disiplinler bir yaklaşıma ihtiyaç bu anlamda önemlidir. Tıp, Psikoloji, Hemşirelik gibi bilim dallarıyla yapılacak bireysel, bireyler arası ve sosyo politik değerlendirmelerle hibri bakım modelleri oluşturulmalıdır. Dolayısıyla, bakım verenlerin bireysel sorunlarını daha geniş bir perspektifte kamusal sorun olarak anlamalarına yardımcı olan müdahale stratejilerin kullanılması gerekmektedir.

Sosyal sorunlar, kültürel, ekonomik, siyasi problemlerin tamamını kapsamaktadır. Yapılacak müdahalelerin sürdürülebilir olması önemlidir. Bu sayede bireyin, çevresinin ve sonunda toplumun güçlenmesi sağlanabilir. Alzheimer hastalığı bir sosyal sorundur. Ve çözümün sadece devlet eliyle değil diğer paydaşların da desteğini alarak yol kat edilmesi önem arz etmektedir. Ülkemizdeki istatistiki verilere bakılarak yapılacak değerlendirmelerin kendi sosyal politika gündemimizi de oluşturmalıdır. İnsan ömrünün artması; yaşaması tıbbi açıdan iyi bir gelişme olarak görülebilir. Ancak onun yalnız yaşaması, kadın olması, huzurevinde olması ya da birine bağımlı olması önemli sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşlı, engelli, yoksulluk gibi dezavantajlı grupların yanında holistik bir bakış açısıyla yapılacak değerlendirmeler sosyal devletin gereklilikleri açısından önemlidir. Bakım hizmeti talep edenlere ailesinin yanında nitelikli desteğin sağlanması gerekmektedir. Bu noktada ekonomik ve psiko sosyal desteğin artırılması konusu önem arz etmektedir.

Makro anlamda bakış, sosyal, ekonomik ve politik anlamda daha büyük fotoğrafı anlamayı ve müdahale yeteneğini ortaya koymaktadır. Uygulama, çevresi içinde bireyi temel alarak bireyin direkt ya da dolaylı yönden etkilendiği tüm sosyal, politik, ekonomik eksenlerin incelenerek sosyal adalet ve eşitlik çerçevesinde ele alınması hedefini

taşımaktadır. Alzheimer hastalarına bakım verenler toplum içinde dezavantajlı grup olarak düşünülebilir. Bu bağlamda sosyal adalet ve eşitliği sağlanabilmesi için bu grupların çıkarlarını koruyabilen ve onları gözeten onların haklarını koruyabilen politikaların üretilmesi gerekmektedir.



KAYNAKÇA

- Adelman,R.D., Lyubov L., Delgado, D., Dion,S., Lachs, M.S. (2014). Care of the Aging Patient: From Evidence to Action, *Caregiver Burden A Clinical Review*. 311(10):1052-1059. Doi:10.1001/jama.201.304.
- Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2019). *Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni*.
- Akpınar, B. (2009). *Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerin Cinsiyetinin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı.
- Akça, K.N., Taşçı, S. (2005). 65 Yaş Üstü Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(Ek Sayı: Hemşirelik Özel Sayısı) 30-36
- Aktan, F., Özkan, B. (2017). Demans Hastalarının Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Nöropsikiyatrik Belirtilerinin Değerlendirilmesinde Hasta Yakınlarının Bakış Açısı. *Kesit Akademi Dergisi*, Yıl:3, Sayı:10, 634-644.
- Aktaş, A. (2017). *Hemodiyaliz Hastalarına Bakım Verme Sürecini Etkileyen Biyopsikososyal Faktörler: Bakıcı Stres Modeli Çerçevesinde Bir İnceleme*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.
- Akyar, İ. (2006). *Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı, Ankara.
- Akyar, İ. ve Akdemir, N. (2009). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 32-49.

- Aldwin, C. M. (2004). *Culture, Coping and Resilience to Stress*. http://crossasia-repository.ub.uniheidelberg.de/1333/1/Culture_Coping_Resilience_to_Stress.pdf. Erişim tarihi: 09 Nisan 2020.
- Alisinanoğlu, F. ve Ulutaş, İ. (2003). Çocukların Kaygı Düzeyleri ile Annelerinin Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Eğitim ve Bilim Dergisi*, Cilt 28, Sayı 128, s. 65-71.
- Altıntop, İ. (2018). *İnfertilite Tedavisi Gören Bireylerin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde İncelenmesi: İzmir-Manisa Örneği*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,
- Altıok, H.Ö., Şengün, F., Üstün, B. (2011). Bakım: Kavram Analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3), 137-140.
- Arffman, R. (2012). Social Support Promoting Coping for Caregivers Caring of People with Alzheimer's Disease. *Degree Programme in Nursing School Of Social and Health Sciences*, 1-36.
- Askheim, O.P. (2003). Empowerment as Guidance for Professional Social Work: an act of Balancing on A Slack Rope. *European Journal of Social Work*, 6:3, 229-240, DOI: 10.1080/1369145032000164546.
- Atagün, M.İ., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M., Özpolat, A.Y. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikolojide Güncel Yaklaşımlar*; 3(3):513:552.
- Ateş, E., Bilgili, N. (2014). Omurilik Yaralanmalı Bireye Bakım Verenlerde Stresle Baş Etme ve Sosyal Destek. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(3): 1-12.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of Human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). *New York: Academic Press*. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998).
- Barlas, G.Ü., Onan, N. (2008). Alzheimer Hastası ve Aileleri ile İletişim. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11:4.

- Baysan, C. (2016). *İzmir Bornova Belediyesi Kapsamında Evde Bakım Hizmeti Alan 65 Yaş Üstü Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Yükü Durumu ve İlişkili Faktörler.*(Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi/Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Beresford, B. (1996). Coping With The Care of a Severely Disabled Child. *Health and Social Care in the Community*, 4(1), 30-40.
- Billings, A.G., Moos, R.H. (1981). The Role of Coping Responses and Social Resources in Attenuating the Stress of Life Events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4: 139-157.
- Boehm, A., Staples, L. H. (2002). The Functions of the Social Worker in Empowering: The Voices of Consumers and Professionals. *Social Work*, 47(4): 449-460
- Brodsky, H., Donkin, M. (2009). Family Caregivers of People With Dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, Vol 11. No. 2, 217-228.
- Cankurtaran M., Arioğul S. (2002). Alzheimer Hastalığı ve Tedavisinde Yenilikler. *Türkiye Tıp Dergisi Dahili Tıp Bilimleri*, 9(3), 128-136.
- Carver, C., Scheier, M.F. (1989). Assessing Coping Strategies: A theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 56, No:2, 267-283.
- Carver, C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Cowger, C.D. (1994). Assessing Client Strengths: Clinical Assessment for Client Empowerment. *National Association of Social Workers, INC.* Volume: 39, Number: 3, 262-268.
- Cummings, J.L., Cole, G. (2002). Alzheimer Disease. *JAMA*, 287(18): 2335-2338.
- Cummings, J.L. (2004). Alzheimer Disease. *The New England Journal of Medicine, Review Article*, 351:56-67.
- Creswell, John W., Plano Clark, W.L. (2014). *Karma Yöntem Araştırma Tasarımı ve Yürütülmesi*, Anı Yayınları.

- Danış, M.Z., Sülü, C. (2016). Modernleşme Sürecinde Aile ve Sosyal Hizmet: Güçlendirme Yaklaşımı Perspektifinden Yapısal Bir Analiz, *Tarih Okulu Dergisi*, Yıl 9, Sayı XXV, S 215-230. DOI No: <http://dx.doi.org/10.14225/Joh855>.
- Doğru, T. (2019). *Dahiliye Kliniklerinde Yatan Hastaların Yakınlarının Bakım Yükü ve Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı.
- Duyan, V., Sayar, Ö.Ö. & Özbulut, M. (2008). *Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak, Sosyal Hizmet Uzmanları ve Sosyal Hizmet Alanında Çalışanlar İçin Bir Rehber*. Öncü Basımevi, Yayın No:11.
- Duygun, T. (2001). *Zihinsel Engelli ve Sağlıklı Çocuk Annelerinde Stres Belirtileri Stresle Başaçıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyine Olan Etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.
- Eğilli, C.S., Sunal, N. (2017). Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenlerin Belirlenmesi. *JAREN*, 3(2): 83-91.
- Eker, E. (2008). Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, Alzheimer Hastalığı, *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Eğitim Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi*. No: 62, 85-110
- Elliot, G.R. ve Eisdorfer, C. (1982). *Stress and Human Health*. Newyork: Springer.
- Eraslan Çapan, B. (2016). Yaşlı ile Birlikte Yaşamak: Stres ve Başa Çıkma. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, Cilt (Vol.) 9, 33-47.
- Erbay, E., Tuncay, T. (2010). İnsan Hakları Eğitimi: Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Bir Değerlendirme. *TAAD*, Cilt:1, Yıl:1, Sayı:3, 147-162.
- Erbay E. (2013). Alzheimerlı Hasta Yakını Olmak. *Akademik Geriatri Dergisi*, 5(2): 57-63.
- Erbay, E. (2019). Güç ve Güçlendirme Kavramları Bağlamında Sosyal Hizmet Uygulaması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, Yıl:19 Sayı:42, S.41-63.

- Ergin, I. (2016). Yaşlı Sağlığı ve Sosyal Politikalarda Kamusal Destek Ne durumda? Türkiye ve Dünyada Mevcut Durum. *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine*, 55 (Ek Sayı / Supplement): 12-18.
- Erkuran, H. (2015). *Alzheimerli Hastaya Bakım Veren Kişilerin Bakım Yükünün Stresle Baş Etme Durumlarına Etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Evde Bakım Hemşireliği Anabilim Dalı.
- Eroymak, D., Yiğit, V. (2017). Alzheimer Hastalığının Maliyet Analizi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Sayı:29, 167-196.
- Eteman Kaya, D. (2018). *İnfertilite Tedavisi Alan Kadınların Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Toros Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, Psikoloji Yüksek Lisans Programı.
- Foster-Fishman, P.G. Salem, D., Chibnall, S., Legler, R. & Yapchai, C. (1998). Empirical Support for the Critical Assumptions of Empowerment Theory. *American Journal of Community Psychology*, Vol. 26, No. 4, 507-536.
- Freire, P. (2003). *Ezilenlerin Pedagojisi*. Çevirenler: Dilek Hattatoğlu, Erol Özbek, Ayrıntı Yayınları, 4. Basım.
- Gubrium, J.F. (1988). Family Responsibility and Caregiving in the Qualitative Analysis of the Alzheimer's Disease Experience. *Journal of Marriage and Family*, Vol. 50, No. 1, 197-207.
- Gökçek, T., Babacan, F.Z., Kangal, E., Çakır, N. & Kül, Y. (2013). 2003-2012 Yılları Arasında Türkiye'de Karma Araştırma Yöntemiyle Yapılan Eğitim Çalışmalarının Analizi. *The Journal of Academic Social Science Studies*, Volume 6 Issue 7, S. 435-456, Doi number: <http://dx.doi.org/10.9761/JASSS1655>
- Gutierrez, L.M., (1994). Beyond Coping: An Empowerment Perspective on Stressful Life Events. *The Journal of Sociology & Social Welfare*: Vol. 21 : Iss. 3 , Article 13.

- Heo, G.J. , Koeske, G. (2011). The Role of Religious Coping and Race in Alzheimer's Disease Caregiving. *Journal of Applied Gerontology*, 32(5) 582–604.
- Holley, C.K. , Mast B.T. (2009). The Impact of Anticipatory Grief on Caregiver Burden in Dementia Caregivers. *The Gerontologist*, Vol. 49, No. 3, 388–396. doi:10.1093/geront/gnp061.
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation Of Resources A New Attempt At Conceptualizing Stress. *American Psychologist*, 44 (3), 513-524.
- Işıkhan, V. (2018). Kurumda Çalışan Yaşlı Bakım Elemanlarının Bakım Yükünü Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, Sayı 1, 1-26.
- J.M. Garcia, B. Cruz, JP Lara, V.Garrido, A.Lara & E.Gris. (2012). Anxiety and depression are associated with coping strategies in caregivers of Alzheimer's disease patients: results from the MALAGA-AD study. *International Psychogeriatrics*, 24:8, 1325–1334.
- Jathanna R.P.N., Latha K.S. & Bhandary P.V. (2010). Burden and Coping in Informal Caregivers of Persons with Dementia: A Cross Sectional Study. *Online J Health Allied Scs.*, 9(4):7.
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26.
- Johnson, R.B., Onwuegbuzie, A. & Turner, L. (2007). Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(2):112-133. DOI: 10.1177/1558689806298224.
- Jucker, M., Beyreuther, K., Haass, C., Nitsch, R. & Christen, Y. (2006). *Alzheimer: 100 Years and Beyond, Research and Perspectives in Alzheimer's Disease*. Springer Berlin Heidelberg.
- Kaya, O. H., Çelik, Y. (2018). Hasta Bakım Yüğü: Alzheimer Hastalarına Bakım Verenler Arasında Bir Çalışma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 21(4): 625-640.

- Uygun, K.Ü. (2019). *Alzheimer Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Güçlükler*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sosyal Hizmet, Sakarya Üniversitesi.
- Uygun, K. Ü., Taylan H.H. (2018). Alzheimer Hastalarına Bakım veren Aile Üyelerinin Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler, *The Journal of Academic Social Science Studies, International Journal of Social Science*, Doi number:<http://dx.doi.org/10.9761/JASSS7819> Number: 71, 513-531.
- Keleş, E., Özalevli, S. (2018). Alzheimer hastalığı ve Tedavi Yaklaşımları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2):39-42.
- Kim H., Chang M., Rose K. & Kim S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4): 846-855.
- Kneebone, I.I., Martin, P.R. (2003). Coping and Caregivers of People With Dementia. *British Journal of Health Psychology*, 8,1-17.
- Kourakos, M., Kafkia, T. & Minasidou, E. (2016). Social Support and Care for Patients with Alzheimer's Disease in the Community. *International Journal of Caring Sciences*. Volume 9, Issue 3, 1186-1190.
- Korkut Y., Sertel Berk Ö. (2009). Alzheimer Hastalarına ve Sağlıklı Yaşlılara Bakım Veren Kadın Yakınlarda Bakım Verme Tarzı, Problem Çözme Stratejileri, Öfke Tarzları ve Sağlık Durumunun İncelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 1-12.
- Kulaksızoğlu A., Çakar, M., Dilmaç, B. & Şirin, A. (1998). Sürücülerin Kayı Seviyeleri ile Seçilmiş Bazı Sürücü Davranışları Arasındaki İlişki. *Marmara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, Sayı:10,191-210.
- Küçükgüçlü, Ö., Gönen Şentürk, S. & Akpınar Söylemez, B. (2017). Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Sürecindeki Deneyimleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 10(2), 68-78.

- Lavrone, A., Ziello, A.R., Pastore, F., Fasanaro, A.M. & Poderico, C. (2014). Caregiver Burden and Coping Strategies in Caregivers of Patients with Alzheimer's Disease. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Dovepress, 1407-1413.
- Lazariciu, I., (2004). *Economic Evaluations of Alzheimer's Disease Medications-Review and an Application*. (Master Thesis). McGill University Department of Mathematics and Statistics, Montreal
- Lazarus, R.S. ve Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*, Newyork:Springer.
- Lazarus, R.S. (1993). *From Psychological Stress To The Emotions: A History of Changing Outlooks*, 44: 1-21
- Lee, J.A.B. (2001). *The Empowerment Approach to Social Work Practice, Building the Beloved Community*. Second Edition, Columbia University Press.
- Lethin, C. (2016). *Informal caregivers of older persons with dementia in eight European countries. Experiences, support, well-being and burden*. Lund: Lund University, Faculty of Medicine.
- Lloyd, C., King R. & Chenoweth, L. (2002). Social Work, Stres and Burnout: A Review. *Journal of Mental Health*, 11(3) 255-265.
- Lök, N., Günbayı, İ. & Buldukoğlu, K. (2015). Demansı Olan Birey ile Yaşamak: Olgubilim Çalışması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, Doi: 10.5505/phd.2015.54376, 6(2):91-99.
- Monteiro A.M.F, Santos R.L., Kimura N., Baptista M.A.T. & Dourado M.C.N. (2018). Coping Strategies Among Caregivers of People With Alzheimer Disease: A Systematic Review. *Trends Psychiatry Psychother*. 40(3) 258-268.
- Muscat, M., Scerri, C. (2018). Coping with anxiety, depression, burden and quality of life in informal primary caregivers of community-dwelling individuals with dementia. *The Journal of Aging Research and Clinical Practice (JARCP)*. <http://dx.doi.org/10.14283/jarcp.2018.22>.

- Maurer, K., Volk, S. & Gerbaldo, H. (1997). Auguste D and Alzheimer's Disease, *Lancet*, 349: 1546–49.
- McGovern, J. (2015). Living Better With Dementia: Strengths-Based Social Work Practice and Dementia Care. *Social Work in Health Care*, 54:5, 408-421, DOI: 10.1080/00981389.2015.1029661.
- McKhann, G.M., Knopmanc, D.S., Chertkow, H., Hyman B. T., Clifford, R. J., Kawas,C.H., Klunk, W.E., Koroshetzl, W.J., Manly. J.J., , Mayeux, R., Mohs, R.C., Morris, J.C., Rossor, M.N., Scheltens, P., Carrillo, M.C., Thies, B., Weintraub, S. & Phelps, C.H. (2011). The Diagnosis of Dementia Due to Alzheimer's disease: Recommendations From the National Institute on Aging Alzheimer's Association Workgroups on Diagnostic Guidelines for Alzheimer's Disease, 263–269. doi:10.1016/j.jalz.2011.03.005.
- Mayo Clinic. (2015). *Alzheimer's Stages: How the Disease Progresses*. <http://www.mayoclinic.org/alzheimers-stages/art-20048448?pg=2> (Erişim Tarihi: 01.04.2019)
- Morano, C.L. (2003). Appraisal and Coping: Moderators or Mediators of Stress in Alzheimer's Disease Caregivers. *Social Work Research*, Vol. 27, No. 2, 116-128.
- Mucke, L. (2009). Alzheimer's Disease. *Nature*, 895-897.
- OECD. (2013). Emerging Trends in Biomedicine and Health Technology Innovation: Addressing the Global Challenge of Alzheimer's, OECD Science, Technology and Industry Policy Papers. No: 6, Paris, OECD Publishing. <http://dx.doi.org/10.1787/5k44zcpt65vc-en>.
- Orak. O.S., Sezgin, S. (2015). Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6 (1):33-39. Doi: 10.5505/phd.2015.02986.
- Öner N., Le Compte A. (1998). *Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.

- Özdamar, M., Çakar, E. (2015). Muhtaç Yaşlılar ile Engellilere Aylık Bağlanması ve Bunların Bakımını Üstlenenlere Evde Bakım Ücreti Ödenmesinin Şartları. *İş ve Hayat*, Cilt 1, Sayı, 2, 169-183.
- Özyeşil, Z. Oluk, A. Çakmak, D. (2014). Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükünün Durumluk-Sürekli Kaygıyı Yordama Düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15: 39-44.
- Panyavin, I., Trujillo, M. A., Peralta, S. V., Stolfi, M. E., Morelli, E., Perrin, P. B. & Arango Lasprilla, J. C. (2015). Examining the Influence of Family Dynamics on Quality of Care by Informal Caregivers of Patients With Alzheimer's Dementia in Argentina. *American journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 30(6), 613-621.
- Papastavrou, E., Tsangari, H., Kalokerinou, A., Papacostas, S.S. & Sourtzi, P. (2009). Gender Issues In Caring For Demented Relatives. *Health Science Journal*, 41-53.
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J. & Skarff, M.M. (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontological Society of America*, Vol.30, No.5, 583-594.
- Plummer, S.B. (2007). *Victims' Perspectives on The Process of Seeking a Protective Order: Predictors of Perceived Empowerment*. (Theses and Dissertation). Virginia Commonwealth University.
- Rathier, L.A., Davis, J.D., Papandonatos, G.D., Grover, C., & Tremont, G. (2015). Religious Coping in Caregivers of Family Members With Dementia. *Journal of Applied Gerontology*, 34 (8), 977-1000.
- Razani J., Kakos B., Orieta-Barbalace C., Wong J.T., Casas R., Lu P., Alessi C. & Josephson K. (2007). Predicting Caregiver Burden From Daily Functional Abilities of Patients With Mild Dementia. *J Am Geriatr Soc.*, 55(9):1415-1420.
- Reinhard, S.C., Given, B., Petlick, N.H. & Bemis, A. (2008). Supporting Family Caregivers in Providing Care, Hughes. R.G. (Der.), Patient Safety and Quality: An

Evidence-Based Handbook for Nurses . *U.S. Department of Health and Human Services*, 341-404.

Roth, M.E. (1993). Advances in Alzheimer's Disease A Review for the Family Physician. *The Journal of Family Practice*, Vol. 37, No. 6, 593-607.

Roche L., Croot, K., MacCann,C., Cramer, B. & Diehl-Schmid, J. (2015). The Role of Coping Strategies in Psychological Outcomes for Frontotemporal Dementia Caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, Vol. 28(3) 218-228. DOI: 10.1177/0891988715588830

Roff, L. L., Burgio, L. D., Gitlin, L., Nichols, L., Chaplin, W., & Hardin, J. M. (2004). Positive Aspects of Alzheimer's Caregiving: The Role of Race. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(4), P185–P190. <https://doi.org/10.1093/geronb/59.4.P185>.

Sadan, E. (2003). *Empowerment and Community Planning*. http://www.mpow.org/elisheva_sadan_empowerment.pdf (Erişim Tarihi: 14/04/2020).

Samadi, R., Mokhber, N., Faridhosseini, F., Haghghi, B. & Assari, S. (2015). Anxiety, Depression, and Spiritually Among Caregivers of Patients With Alzheimer Disease. *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, 3(1):29-35.

Sayar, G.H., Ünübol, H. & Tarhan, N. (2020). *Covid-19 Korkular Kaygılar Olgunlaşma. Türkiye Araştırması Sonuç Raporu*, Üsküdar Üniversitesi Yayınları.

Schulz, R.; Sherwood, P. (2008). Physical and Mental Health Effects of Family Caregiving, *Am J Nurs.*, 108 (9 Suppl) : 23-277. doi:10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c.

Selekler, K. (2010). Alois Alzheimer ve Alzheimer Hastalığı, *Türk Geriatri Dergisi*, Özel Sayı 3, 9-14.

Sharma, N., Chakrabarti, S. & Grover, S.(2016). Gender Differences in Caregiving Among Family – Caregivers of People With Mental Illnesses. *World Journal of Psychiatry March*, 22; 6(1): 7-17.

- Shim, B., Barroso, J., Gilliss, C.L. & Davis, L.L. (2013). Finding Meaning in Caring For a Spouse With Dementia. *Applied Nursing Research*, 26, S.21-26.
- Siva, N.A. (1991). İnfertilite’de Stresle Başetme, Öğrenilmiş Güçlülük ve Depresyonun İncelenmesi. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi/Nörolojik ve Psikiyatrik Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Programı.
- Soner, S., Aykut, S. (2017). Alzheimer Hastalık Sürecinde Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşadıkları Güçlükler ve Sosyal Hizmet. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt 3, Sayı 2, S.375-387.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.(2015). *Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı 2015-2020*, ISBN: 978-975-590-520-4.
- Tang Y. (2008). Social Support of Elderly Caregivers. *International Journal of Business and Management*, 3(8): 81-84.
- Teater, B. (2015). *Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri Uygulama için Bir Giriş*. Nika Yayınevi, Ankara.
- Tekin, N., Dişçigil, G.& Altunbaş, E. (2011). Demans Hastalarının Bakımı, Toplumsal Bakış Açısı, Davranış ve Bilgi Kaynakları. *Turkish Journal of Geriatrics*, 14(1), 35-39
- Thompson, N. (2016). *Güç ve Güçlendirme*, Nika Yayınevi,
- Tremont, G. (2011). Family Caregiving in Dementia, *Med Health R I*. 94(2):36-38
- Tuna, M. E. (2003). *Cross-cultural Differences in Coping Strategies as The Predictors of University Adjustment of Turkish and U.S. Students*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Tuncay, T. (2009). *Genç Kanser Hastalarının Hastalık Deneyimlerinin Güçlendirme Yaklaşımı Temelinde Analizi: Bir Model Önerisi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Türkiye İstatistik Kurumu. *İstatistiklerle Yaşlılar* .(2016). www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=24644. Erişim Tarihi: 01.05.2019.

- Uysal, V., Göktepe, A.K., Karagöz, S. & İlerisoy, M. (2017). Dini Başa Çıkma ile Umut, Hayat Memnuniyeti ve Psikolojik Sağlık Arasındaki Etkileşim Üzerine Bir Araştırma. *Marmara Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, Cilt-Sayı 5, s. 139-160.
- Wezel, N., Francke, A.L., Kayan Acun, E., Ljm Deville, W., Grondelle, N.J. & Blom, M. M. (2016). Family are For İmmigrants With Dementia: The Perspectives of Female Family Carers Living in the Netherlands. *Dementia (London)*, 15(1), 69-84.
- Woodall, J., G. Raine, J. South, L. & Warwick-Booth. (2010). Empowerment and Health and Well-being: Evidence Review. *Centre for Health Promotion Research*, Leeds Metropolitan University.
- Yacı, Ö. (2011). *Çeşitli Evrelerdeki Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarındaki Bakıcı Yükü ve Depresyonun Karşılaştırılması*. (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Yalçın, E., Yalçın, M. B., Dikici, M. F. & Şahin, M. E. (2005). Alzheimer Hastasıyla Yaşamak. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 9(4): 167-173.
- Yavla, F., Aydın Güngör, H. (2016). Demansta Klinik Bulgular. *Nükleer Tıp Seminerleri*, Derleme, DOI:10.4274/nts.018, 134-138
- Yektatalab, S.H., Kaveh, M.H., Sharif, F., Khoshknab M.F. & Petramfar, P.(2012). Characteristics of Care and Caregivers of Alzheimer's Patients in Elderly Care Homes: A Qualitative Research. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 14(5):294-299.
- Yeşil, T., Çetinkaya Uslusoy, E. & Korkmaz, M. (2016). Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi, *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 54-66.
- Yıldız, E., Yeniçeri, E.N. & Öngel, K. (2019). Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeğinin (STAI-TX) Rastgele Seçilmiş Bireylerde Uygulanması ve Sonuçları. *Smyrna Tıp Dergisi Araştırma Makalesi*, 19, S 1-6.

- Yılmaz, A., Turan, E. (2007). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik, Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler ve Başetme Yolları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 27:445-454.
- Yılmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., Tak, A., Yağbasan, B., Gökçay, S., Sağlam, M., Doğanılmaz, D. & Erdem, S. (2010). Sağlık Hizmetinin Alternatif bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi*, 11(3):125-132.
- Yiğit, Dilmaç, Deniz & Hamarta. (2011). Sürücülerin Sürekli Ve Durumluk Kaygılarının Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt:2, Sayı:4, 37-44.



EKLER

EK 1. BAKIM VERENLERİN TANITICI ÖZELLİKLERİNİ BELİRTEN ARAŞTIRMA FORMU

a) Bakım Vereninin Sosyo-Demografik Özellikleri

1- Yaş:

2- Cinsiyet:

Erkek

Kadın

3- Medeni durum

Bekar

Evli

Eşi vefat etmiş

Boşanmış

4- Eğitim Durumu:

Okur-yazar değil

Okur-yazar

İlkokul

Orta-lise

Üniversite

Yüksek Lisans/Doktora

5- Çalışma durumu

Evet

Hayır

6- Gelir durumunuz:

Gelir giderden az

Gelir gidere eşit

Gelir giderden fazla

7- Bakım verilen kişi ile yakınlık derecesi:

Oğlu

Kızı

Gelini

Kardeşi

Eşi

Diğer (.....)

8- Bakım verdiğiniz kişi ile aynı evde mi kalıyorsunuz?

Evet

Hayır

9- Evdeki kişi sayısı

1-3

4-5

6-7

8 den fazla

10- Evinizin durumu:

- Kendisine ait
- Kira
- Diğer.....

b) Bakım Verenin Bakım Vermeye Yönelik Özellikler:

11- Daha önce bakım verme deneyiminiz oldu mu?

- Hayır
- Evet
- Belirtiniz.....

12- Bakım vermekle sorumlu olduğunuz başka kişiler var mı?

- Yok
- Var
- Belirtiniz (var ise kişi ve yaşları?.....)

13- Bakım verme sürecinde sosyal destek alma durumu? (profesyonel yardım, Akraba, Komşu)

- Evet Hayır
- Belirtiniz.....

14- Bakım verme sürecinde maddi destek alma durumu?

- Evet Hayır

c) Bakım Verenin Sağlık Durumuna Yönelik Özellikler:

15- Sigara kullanım durumu?

- Var Yok

16- Alkol kullanım durumu?

- Var Yok

17- Madde kullanım durumu?

- Var Yok

18- Kronik hastalık durumu?

- Var Yok
- Varsa belirtiniz.....

19- Daha önce psikiyatrik yardım alma durumu?

- Hayır

Evet

20- Fiziksel engel durumu?

Hayır

Evet

Belirtiniz:

d) Bakım Verilen Kişiyeye Yönelik Özellikler

21- Bakım verilen kişinin yaşı

22- Bakım verilen kişinin Cinsiyeti

Erkek

Kadın

23- Alzheimer tanısı süresi:ay/yıl

24- Alzheimer şiddeti

MMSE:

Erken evre

Orta evre

İleri evre

25- Bakım verdiğiniz kişinin kronik hastalıkları

Hipertansiyon

Diyabetes Mellitus

Hiperlipidemi

Koroner Arter Hastalığı

Ritim düzensizliği

Kalp yetersizliği

Kronik Böbrek Hastalığı

Osteoporoz

Kanser

Diğer:

26- Bakım verdiğiniz kişinin kullandığı ilaç sayısı

1-4

5-8

9 ve üzeri

27- Bakım verdiğiniz kişinin sizi günlük hayatta en çok zorladığı durumları nelerdir? Lütfen işaretleyiniz. (birden fazla işaretleme yapabilirsiniz)

Unutkanlık
kaybolması

Hayal görmesi

Dışarıda

Yakınlarını tanıyamaması
karıştırması

Yakınlarını suçlama

Evde odaları

Konuşmada bozulma Sinirlilik/Huzursuzluk Kişisel temizliği yapamaması

Çatal bıçak kullanamaması Moralsizlik Tek başına yemek yiyememe

Dikkatsizlik Anlamsız hareketler Diğer

28- İdrar Kaçırma

Var Yok

29- Gaita Kaçırma

Var Yok

30- Bakım verdiğiniz kişi ile ne kadar zamandır ilgileniyorsunuz?

0-1 yıl 1-3 yıl 3-5 yıl 5 yıldan fazla

31- Bakım verdiğiniz kişi ile haftanın kaç günü ilgileniyorsunuz?

32- Bakım verdiğiniz kişi ile günde kaç saat ilgileniyorsunuz?

1 saatten az 1-3 saat 3-6 saat 6 saatten fazla

33- İlaç ve tıbbi malzeme temininde zorluk yaşama durumu?

Evet Hayır

34- Sağlık hizmeti almakta zorlanma durumu?

Evet Hayır

EK 2. BAŞETME (KF) ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMU

Değerli katılımcı, bildiğiniz gibi insanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Sizden isteğimiz, hastalığınızı ve kendinizi düşünerek aşağıda verilen durumlara ilişkin 1'den-4'e kadar olan seçeneklerden sizin için en uygun olanını işaretlemenizdir.

	Asla böyle bir şey yapmıyorum	Çok az böyle yapıyorum	Orta derecede böyle yapıyorum	Çoğunlukla böyle yapıyorum
İçinde bulunduğum durum hakkında bir şeyler yapmak için çabalarımı yoğunlaştırıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Dinimde ya da manevi inanışlarımda bir huzur bulmaya çalışıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Sorunum ile ilgili ne yapacağım konusunda bir strateji geliştirmeye çalışıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Sorunumla ilgili başka insanlardan tavsiye ya da yardım almaya çalışıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Zihnimi dağıtmak için çalışmaya ya da başka uğraşlara yöneliyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Daha olumlu görünmesi için bakım verme işini başka bir açıdan görmeye çalışıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Bakım vermenin gerçekliğini kabul ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Söz konusu sorun ile ilgili dalga geçiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Olumsuz duygularımın açığa çıkmasını sağlayan şeyler söylüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Sorunumla ilgili ilgilenmeye çalışmaktan vazgeçiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Yaşanan şeyler hakkında kendimi suçluyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Dua ediyorum, ibadet, meditasyon vb. şeyler yapıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)

Başka birisinden anlayış ve teselli görüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Yaşadıklarımı aşmaya yardımcı olsun diye alkol ya da ilaç alıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Sorunun olduğuna inanmayı reddediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Yaşananlar içinde olumlu olanlarına bakıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Mevcut durumumu daha iyi hale getirebilmek için harekete geçiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Sorunla birlikte yaşamayı öğreniyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Sorun hakkında daha az düşünebilmek için bir şeyler yapıyorum. <i>Sinemaya gitmek, televizyon izlemek, okumak, hayal kurmak, uyumak ya da alışveriş yapmak gibi.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)
Sorunum ile başa çıkmada hangi adımları atmam gerektiği konusunda ciddi bir şekilde düşünüyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Mevcut sorun ile ilgili şakalar yapıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Başkalarından duygusal destek alıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Olumsuz hislerimi ifade ediyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Sorunum ile baş etme çabasından vazgeçiyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Kendi kendime “bu gerçek değil” diyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Kendimi daha iyi hissetmek için alkol, ilaç vb. alıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Kendimi eleştiriyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)
Başkalarından yardım ve tavsiye alıyorum.	(1)	(2)	(3)	(4)

EK 3. DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ TÜRKÇE FORMU

Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki durumlardan uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

Durumluk Kaygı Ölçeği		Hiç	Biraz	Çok	Tamam en
1.	Şu anda sakinim				
2.	Kendimi emniyette hissediyorum				
3.	Su anda sınırlarım gergin				
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim				
5.	Şu anda huzur içindeyim				
6.	Şu anda hiç keyfim yok				
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum				
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
9.	Şu anda kaygılıyım				
10.	Kendimi rahat hissediyorum				
11.	Kendime güvenim var				
12.	Şu anda asabım bozuk				
13.	Çok sinirliyim				
14.	Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum				
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum				
16.	Şu anda halimden memnunum				
17.	Şu anda endişeliyim				
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum				
19.	Şu anda sevinçliyim				
20.	Şu anda keyfim yerinde.				

Yönerge: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ

tarafındaki ifadelerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretlemeniz gerekmektedir.

	Sürekli Kaygı Ölçeği	Hemen hemen	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir				
22.	Genellikle çabuk yorulurum				
23.	Genellikle kolay ağlarım				
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim				
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım				
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum				
27.	Genellikle sakin, kendine hâkim ve soğukkanlıyım				
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim				
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim				
30.	Genellikle mutluyum				
31.	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim				
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur				
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim				
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım				
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim				
36.	Genellikle hayatımdan memnunum				
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder				
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam				
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım				
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor				

EK 4. DERİNLEMESİNE GÖRÜŞMEYE AİT ARAŞTIRMA ONAM FORMU

Lütfen bu dökümanı dikkatlice okumak için zaman ayırınız.

Sizi Doç Dr. Ercüment Erbay danışmanlığında Mustafa Keskin tarafından yürütülen " Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Kaygı, Stres, Baş Etme Stilleri ve Yaşam Deneyimleri" başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Araştırma, bakım verenlerin deneyimlerini, onları güçlendiren ve güçsüzleştiren kaynakları araştırma amacıyla düzenlenecek bir doktora araştırmasıdır. Araştırmacı tarafından bu süreçte yaşadıklarınıza dair bazı sorular yöneltilecektir. Görüşme 40-45 dk sürecektir. Konuşmalarınızın tamamını yazmam ya da aklımda tutmam çok zor ve bana aktaracağınız her söz çok önemli olduğundan görüşmemizi kayıt cihazıyla kaydetmek istiyorum. Burada anlatacağınız her şey sadece bu araştırma sonucunda değerlendirilecektir. Bunun dışında bilgileriniz başka hiçbir yerde bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacaktır. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayabilir ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Size ait tüm bilgiler gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlandığında kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın gönüllü olarak kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Rumuzu _____

Telefonu: _____

İmza: _____

DERİNLEMESİNE GÖRÜŞMELERE AİT AÇIK UÇLU SORULAR:

AS1. Kendinizden ve Alzheimer hastalığı olan yakınıınızdan bahseder misiniz? Hastalığı ilk ne zaman fark edebildiniz?

AS2. Bakım verme sürecinden önce bakım verdiğiniz kişi ile ilişkileriniz nasıldı? Süreç içerisinde ilişkilerinizi nasıl etkilenmiştir?

AS3. Bakım verme sürecinden itibaren yaşamınızda neler değişti? Çevrenizle olan ilişkilerinizde nasıl bir değişiklik oldu. Benimle paylaşır mısınız?

AS4. Alzheimer hastasına bakım veren birey olmak, sizin için ne anlam ifade etmektedir? Benimle paylaşır mısınız?

AS5. Günlük hayatta sizi en çok zorlayan durumlar nelerdir? Benimle paylaşır mısınız?

AS6. Bakım verme sürecinde sahip olduğunuz güçlü taraflarınız ile güçsüz yanlarınız nelerdir? Nasıl baş ediyorsunuz? Benimle paylaşır mısınız?

AS7. Bakım verme sürecinde geleceğe ilişkin kaygılarınız nelerdir? Benimle paylaşır mısınız?

AS8. Bakım verme sürecinde danışmanlığa ihtiyaç duyuyor veya danışmanlık hizmetlerinden yeteri kadar faydalanabiliyor musunuz? Nelere ihtiyaç duyuyorsunuz?

AS9. Maddi konular (devlet tarafından verilmekte olan bakım aylığı vs. gibi yardımlar) bakım verme sürecini nasıl etkilemektedir? Yeterli bir maddi imkânınız olsa bakım verme sürecinizde ne gibi şeyler değişirdi? Benimle paylaşır mısınız?

AS10. Hastanenin ilgili biriminde (geriatri, nöroloji, psikiyatri ve sosyal hizmetler gibi hizmet veren birimleri) çalışan kişiler süreci nasıl etkilemektedir? Benimle paylaşır mısınız?

EK 5. ETİK KURUL İZİNİ



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557 -178

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 21 OCAK 2020 SALI
Toplantı No : 2020/02
Proje No : GO 20/57(Değerlendirme Tarihi: 21.01.2020)
Karar No : 2020/02-17

Üniversitemiz İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü öğretim üyelerinden Doç. Dr. Ercüment ERBAY'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Dr. Meltem KOCA ile birlikte çalışacakları ve Mustafa KESKİN'in doktora tezi olan, GO 20/57 kayıt numaralı, "*Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Stres, Başetme Stilleri ve Yaşam Deneyimleri*" başlıklı proje önerisi araştırmannın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, 22 Ocak 2020-22 Ocak 2021 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

- | | | | |
|----------------------------------|----------|-----------------------------------|-------|
| 1. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN | (Başkan) | 9. Doç. Dr. Fatma Visal OKUR | (Üye) |
| 2. Prof. Dr. Sevda F. MÜFTÜOĞLU | (Üye) | 10. Doç. Dr. Can Ebru KURT | (Üye) |
| 3. Prof. Dr. M. Yıldırım SAKA | (Üye) | 11. Doç. Dr. H. Hüsrev TURNAGÖL | (Üye) |
| 4. Prof. Dr. Necdet SAĞLAM | (Üye) | 12. Dr. Öğr. Üyesi Özay GÖKÖZ | (Üye) |
| 5. Prof. Dr. Mintaze Kerem GÜNEL | (Üye) | 13. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR | (Üye) |
| 6. Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU | (Üye) | 14. Öğr. Gör. Dr. Meltem ŞENGELEN | (Üye) |
| 7. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK | (Üye) | 15. Av. Meltem ONURLU | (Üye) |
| 8. Doç. Dr. Gözde GİRGİN | (Üye) | | |

EK 6. ORJİNALLİK RAPORU

 <p>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU</p>
<p>HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA</p> <p style="text-align: right;">Tarih: 25/02/2021</p> <p>Tez Başlığı: Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Kaygı, Stres, Baş Etme Stilleri ve Yaşam Deneyimleri</p> <p>Yukarıda başlığı gösterilen tez çalışmamın a) Kapak sayfası, b) Giriş, c) Ana bölümler ve d) Sonuç kısımlarından oluşan toplam 186 sayfalık kısmına ilişkin, 21/02/2021 tarihinde şahsım/tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda işaretlenmiş filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı %15 'tür.</p> <p>Uygulanan filtrelemeler:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- <input checked="" type="checkbox"/> Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç 2- <input checked="" type="checkbox"/> Kaynakça hariç 3- <input type="checkbox"/> Alıntılar hariç 4- <input checked="" type="checkbox"/> Alıntılar dâhil 5- <input checked="" type="checkbox"/> 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç <p>Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Çalışması Orijinallik Raporu Alınması ve Kullanılması Uygulama Esasları'nı inceledim ve bu Uygulama Esasları'nda belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.</p> <p>Gereğini saygılarımla arz ederim.</p> <p style="text-align: right;">Tarih ve İmza</p> <p>Adı Soyadı: Mustafa Keskin</p> <p>Öğrenci No: N12167318</p> <p>Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet</p> <p>Programı: Sosyal Hizmet</p> <p>Statüsü: <input type="checkbox"/> Doktora <input checked="" type="checkbox"/> Bütünleşik Dr.</p>
<p><u>DANIŞMAN ONAYI</u></p> <p>UYGUNDUR.</p> <p style="text-align: center;">Doç.Dr. Ercüment Erbay</p> <p style="text-align: center;">(Unvan, Ad Soyad, İmza)</p>