

**T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**DEMANS HASTALARINA BAKMAKLA YÜKÜMLÜ
HASTA YAKINLARININ KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN
ALGILANAN BAKIM YÜKÜ, DEPRESYON VE
ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Serra ALEMDAR

Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji

Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Salih Yaşar ÖZDEN

İSTANBUL – 2022

T.C.
İSTANBUL KENT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**DEMANS HASTALARINA BAKMAKLA YÜKÜMLÜ
HASTA YAKINLARININ KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN
ALGILANAN BAKIM YÜKÜ, DEPRESYON VE
ANKSİYETE DÜZEYLERİ İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Serra ALEMDAR

Enstitü Anabilim Dalı : Psikoloji

Enstitü Bilim Dalı : Klinik Psikoloji

“Bu tez __/__/20__ tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Oybirliği / Oyçokluğu ile kabul edilmiştir.”

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ	İMZA

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Serra ALEMDAR

09/06/2022

ÖNSÖZ

Bu uzun, zorlayıcı, bir o kadar da keyifli ve öğretici tez çalışması sürecinde pek çok kişinin desteğini aldığım için kendimi çok şanslı gördüğümü bildirmek isterim.

Tez danışmanın olmayı kabul eden, süreç boyunca benimle bilgi ve deneyimlerini paylaşarak yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Salih Yaşar Özden'e tüm destekleri için çok teşekkür ederim.

Bana nöropsikolojiyi tanıtan ve sevdiren ve tez boyunca hem katılımcı bulmamı sağlayan hem de manevi olarak hep yanımda olan canım arkadaşım Doç Dr. Melek Kandemir Yılmaz'a, hem tez sürecinde, hem de genel olarak hayatımdaki ve dünyadaki varlığı için sonsuz teşekkürlerimi dile getirmek isterim.

Çok yetenekli yöneticim sevgili Dr. Şahin Ünal'a tüm süreç boyunca sağladığı her türlü destek, esneklik, motivasyon ve hoşgörü için sonsuz minnettar olduğumu dile getirmek isterim.

Biricik ekip arkadaşım Sümül Kahraman'a hem tez sürecinde hem her günümüzde sağladığı kolaylıklar, düzen, neşe, sevgi ve motivasyon için çok teşekkür ederim. İyi ki varsın, iyi ki ailemizin bir parçasısın.

Başlangıçta bana hiç tanımadığım bir dil gibi gelen istatistik bilimini anlamama ve çalışmada elde edilen bulguları anlamlandırmama yardım eden sevgili çalışma arkadaşım Baturay Canşe'ye sabrı ve bu uğraşıda bana ayırdığı zaman için çok teşekkür ederim.

Başım sıkıştığı anda kapılarını çaldığım sevgili arkadaşlarım Elif Kütük ve Dr. Utku Kütük'e tüm destekleri için çok teşekkür ederim.

Son olarak hem tüm eğitim hayatımda ve yaşamın diğer alanlarında maddi manevi yanımda olan canlarım anneme, babama, kardeşime, çok özlediğim anneanneme ve dedeme herşey için çok teşekkür ederim. Hepinizi çok seviyorum, iyi ki benim ailemsiniz.

Serra ALEMDAR

09/06/2022

İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

KISALTMALAR	i
TABLO LİSTESİ	iii
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	vii
GİRİŞ	1
BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE LİTERATÜR TARAMASI	8
1.1. Demansiyel Bozukluklar	8
1.1.1. Alzheimer Hastalığı	9
1.1.2. Frontotemporal Demans	11
1.1.3. Lewy Cisimcikli Demanslar	13
1.1.3.1. Lewy Cisimcikleri İle Olan Demans	14
1.1.3.2. Parkinson Hastalığı Demansı	16
1.1.4. Vasküler Demans	18
1.2. Mizaç, Karakter, Kişilik ve Kişilik Bozuklukları.....	20
1.2.1. Kişilik Bozuklukları.....	24
1.2.1.1. A Kümesi Kişilik Bozuklukları.....	26
1.2.1.1.1. Paranoid (Kuşkucu) Kişilik Bozukluğu	26
1.2.1.1.2. Şizoid (Şizogibi) Kişilik Bozukluğu	27
1.2.1.1.3. Şizotipal (Şizotörü) Kişilik Bozukluğu	29
1.2.1.2. B Kümesi Kişilik Bozuklukları.....	30
1.2.1.2.1. Antisosyal (Toplumdışı) Kişilik Bozukluğu	30
1.2.1.2.2. Borderline (Sınırdaki) Kişilik Bozukluğu	32
1.2.1.2.3. Histriyonik Kişilik Bozukluğu	34
1.2.1.2.4. Narsisistik (Özsever) Kişilik Bozukluğu.....	35
1.2.1.3. C Kümesi Kişilik Bozuklukları.....	37
1.2.1.3.1. Çekingen Kişilik Bozukluğu	37
1.2.1.3.2. Bağımlı Kişilik Bozukluğu.....	39
1.2.1.3.3. Obsesif Kompulsif (Takıntılı-Zorlantılı) Kişilik Bozukluğu	41

1.2.1.4. Başka Şekilde Tanımlanamayan Kişilik Bozuklukları	44
1.2.1.4.1. Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu.....	44
1.2.2. DSM-5 Anabölüm III'e göre Kişilik Bozuklukları İçin Alternatif Model	46
1.2.2.1. DSM-5 Kişilik Bozuklukları için Alternatif Modele Göre Tanı Kriterleri ..	47
1.2.2.2. DSM-5 Alternatif Modele Göre Farklı Kişilik Bozuklukları İçin Önerilen Tanı Kriterleri.....	50
1.2.2.2.1. Antisosyal Kişilik Bozukluğu	50
1.2.2.2.2. Çekingen Kişilik Bozukluğu	51
1.2.2.2.3. Borderline Kişilik Bozukluğu.....	52
1.2.2.2.4. Narsisistik Kişilik Bozukluğu	53
1.2.2.2.5. Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	54
1.2.2.2.6. Şizotipal Kişilik Bozukluğu	56
1.2.2.2.7. Özellik Belirtilmiş Kişilik Bozukluğu.....	57
1.2.3. DSM-IV-TR'ye Göre Kişilik Bozuklukları, DSM-5'te Önerilen Alternatif Model Ve BFK Modeline Göre Normatif Kişilik.....	58
1.3. Demansta Bakım Veren Yükü.....	66
1.3.1. Bilişsel Bozulmanın Bakım Veren Yüküne Etkisi	70
1.3.2. Gündelik Yaşam Aktivitelerinde İşlevselliğin Düşmesinin Bakım Veren Yüküne Etkisi.....	72
1.3.3. Nöropsikiyatrik Bulguların Bakım Veren Yüküne Etkisi.....	75
1.3.4. Bakım Veren Yükünü Etkileyen Demografik Unsurlar	78
1.3.5. Aile Üyelerinin Bakım Verme Sürecinde Yaşadığı Emosyonel Zorluklar Ve Ölüm Öncesi Yas.....	80
1.4. Demans Bakımında Anksiyete Ve Depresyon	84
1.4.1. Bakım Verende Anksiyete Ve Depresyona Etki Eden Demografik Ve Kültürel Unsurlar	86
1.4.2. Demansla İlgili Unsurların Bakım Verenin Anksiyete Ve Depresyon Bulgularına Etkisi.....	91
1.4.3. Bakım Verenle İlgili Unsurların Kişinin Anksiyete Ve Depresyon Bulgularına Etkisi.....	94
1.5. Demans Bakımında Bakım Verenin Kişilik Özellikleri Ve Başa Çıkma Stratejileri	99

1.5.1. Demanslı Yakınlarının Bakımını Üstlenen Aile Bireylerinin Kişilik Özellikleri	101
1.5.2. Demanslı Yakınlarının Bakımını Üstlenen Aile Bireylerinin Kullandığı Başa Çıkma Stratejileri.....	105
1.5.3. Demanslı Yakınının Bakımını Üstlenen Aile Bireyleri İle İlgili Diğer Unsurlar	109
1.6. Bakım Verenin Yaşadığı Güçlükleri Azaltmaya Yönelik Yaklaşımlar	112
1.6.1. Demans Bakımında Bilgilendirme.....	114
1.6.2. Demans Tanılı Bireye Yönelik Yaklaşımlar.....	116
1.6.3. Bakım Verenlere Yönelik Yaklaşımlar.....	117
BÖLÜM 2: MATERYAL VE YÖNTEM	123
2.1. Araştırma Modeli	123
2.2. Katılımcılar.....	123
2.3. Veri Toplama Araçları.....	124
2.3.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	124
2.3.2. Demografik Bilgiler Formu	125
2.3.3. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği.....	125
2.3.4. ZBYÖ - Zarit Bakım Yüğü Ölçeği	126
2.3.5. HADS - Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği	126
2.3.6. PBQ-SF – Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formu	127
2.3.7. İstatistiksel Analiz.....	127
BÖLÜM 3: BULGULAR.....	128
3.1. Temel Demografik Bulgular	128
3.2. Algılanan Bakım Yüğü İle Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerine Dair Bulgular..	131
3.3. Bakım Verenin Demografik Özellikleri İle ZBYÖ, HADS Depresyon Ve HADS Anksiyete Alt Ölçeklerinin İstatistiksel Analizi.....	132
3.4. Demanslı Bireyin Demografik Özellikleri İle ZBYÖ, HADS Depresyon Ve HADS Anksiyete Alt Ölçeklerinin İstatistiksel Analizi.....	137
3.5. Demans Bakımı Süreci İle ZBYÖ, HADS Depresyon Ve HADS Anksiyete Alt Ölçeklerinin İstatistiksel Analizi	141

3.6. Bakım Verenin Kişilik Özellikleri İle ZBYÖ, HADS-A VE HADS-D Bulgularının İstatistiksel Analizi	148
BÖLÜM 4: TARTIŞMA.....	158
SONUÇ VE ÖNERİLER	210
KAYNAKÇA	212
EKLER.....	248
EK-1: Katılımcı Onam Formu	248
EK-2: Demografik Bilgiler Formu	249
EK-3: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği.....	251
EK-4: Zarit Bakım Yüğü Ölçeği.....	252
EK-5: HADS Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği	253
EK-6: Kişilik İnancı Ölçeği – Kısa Formu	255
ÖZGEÇMİŞ.....	258

KISALTMALAR

ATD	: Alzheimer Tipi Demans
APA	: The American Psychiatric Association
ASKB	: Antisosyal Kişilik Bozukluğu
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BFK	: Beş Faktör Kişilik
BKB	: Bağımlı Kişilik Bozukluğu
BLKB	: Borderline Kişilik Bozukluğu
BVY	: Bakım Veren Yüğü
ÇKB	: Çekingen Kişilik Bozukluğu
DLB	: Lewy Cisimcikleri İle Olan Demans
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICD	: International Classification of Diseases
FTD	: Frontotemporal Demans
HADS	: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğı
HADS-A	: HADS Anksiyete Alt Ölçeğı
HADS-D	: HADS Depresyon Alt Ölçeğı
HKB	: Histriyonik Kişilik Bozukluğu
KAT	: Kabul ve Adanmışlık Terapisi
LCD	: Lewy Cisimcikli Demans
LPFS	: Kişilik İşlevselliğı Düzeyi Skalası
MCI	: Hafif Bilişsel Bozukluk
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
MM-CGI-SF	: Marwit-Meuser Bakım Veren Yas Ölçeğı-Kısa Formu
MMSE	: Mini-Mental Test
NEO-PI-R	: NEO Kişilik Envanteri – Yenilenmiş Form

NKB	: Narsisistik Kişilik Bozukluğu
NPT	: Nöropsikolojik Testler
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OKKB	: Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu
ÖBKB	: Özellik Belirlenmiş Kişilik Bozukluğu
PAKB	: Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu
PH	: Parkinson Hastalığı
PHD	: Parkinson Hastalığı Demansı
PID-5	: DSM – 5 Kişilik Özellikleri Envanteri
PKB	: Paranoid Kişilik Bozukluğu
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
SF	: Sosyal Fobi
STB	: Şizoid Kişilik Bozukluğu
STKB	: Şizotipal Kişilik Bozukluğu
ŞT	: Şema Terapi
TAD	: Türkiye Alzheimer Derneği
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
VaD	: Vasküler Demans
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
ZBYÖ	: Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı

TABLO LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 1. NEO PI-R’da Kişilik Boyutları.....	23
Tablo 2. DSM-5 Kişilik İşlevselliğinin Bileşenleri (2013)	48
Tablo 3. DSM-5’e Göre Kişilik Alanları, Alanların Genel Tanımı Ve Kişilik Yönleri (2013)	49
Tablo 4. Başa Çıkma Stratejileri Ve Bu Stratejilerin Alt Boyutları (Li, v.d., 2012).....	106
Tablo 5. Bakım Verenlerin Demografik Özellikleri	128
Tablo 6. Bakım Alanların Demografik Özellikleri.....	129
Tablo 7. Hastaların Ve Bakım Verenlerin Temel Karakteristik Özellikleri.....	130
Tablo 8. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğine Göre Hastaların Bağımlılık Durumu Dağılımı.....	131
Tablo 9. Zarit Bakım Yüğü Ölçeğine Göre Algılanan BVY İstatistiksel Tablosu.....	131
Tablo 10. Katılımcıların Anksiyete Düzeyine İlişkin İstatistik Tablosu.....	132
Tablo 11. Katılımcıların Depresyon Düzeyine İlişkin İstatistik Tablosu.....	132
Tablo 12. ZBYÖ, HADS-A Ve HADS-D Korelasyon Tablosu - **Sig=0.01 (2-Tailed). 132	
Tablo 13. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Cinsiyeti Tanımlayıcı İstatistik Tablosu	133
Tablo 14. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Cinsiyeti Bağımsız Örneklem T-Test Tablosu	133
Tablo 15. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Yaşı Tanımlayıcı İstatistik Tablosu	134
Tablo 16. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Yaşı Homojenlik Tablosu.....	134
Tablo 17. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Yaşı ANOVA Anlamlılık Tablosu	134
Tablo 18. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Eğitim Düzeyi İstatistik Tablosu (İlkokul Ve Lise)	135
Tablo19. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Eğitim Düzeyi Bağımsız Örneklem T-Test Tablosu (İlkokul Ve Lise).....	135
Tablo 20. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Eğitim Düzeyi İstatistik Tablosu (Lise Ve Üniversite)	136
Tablo 21. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Eğitim Düzeyi Bağımsız Örneklem T-Test Tablosu (Lise Ve Üniversite).....	136

Tablo 22. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Eğitim Düzeyi İstatistik Tablosu (Üniversite ve Lisansüstü)	136
Tablo 23. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Eğitim Düzeyi Bağımsız Örneklem T-Test Tablosu (Üniversite Lisansüstü)	136
Tablo 24. ZBYÖ İle Katz İşlevsellik Düzeyi Korelasyon Tablosu – **Sig=0.01 (2-tailed)	137
Tablo 25. HADS-A, HADS-D Ve Katz İşlevsellik Düzeyi Korelasyon Tablosu – **Sig=0.01 (2-tailed), *Sig=0.05 (2-tailed)	138
Tablo 26. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Günlük Yaşam Aktiviteleri İşlevsellik Düzeyi Tanımlayıcı İstatistik Tablosu	139
Tablo 27. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Günlük Yaşam Aktiviteleri İşlevsellik Düzeyi Homojenlik Tablosu	140
Tablo 28. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Günlük Yaşam Aktiviteleri İşlevsellik Düzeyi ANOVA Anlamlılık Tablosu	140
Tablo 29. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İşlevsellik Düzeyi ANOVA Post Hoc Tukey Çoklu Karşılaştırma Tablosu - *Sig=0.05 ..	140
Tablo 30. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Verme Süresi Tanımlayıcı İstatistik Tablosu	142
Tablo 31. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Verme Süresi Homojenlik Tablosu	142
Tablo 32. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Verme Süresi ANOVA Post Hoc Tukey Çoklu Karşılaştırma Tablosu - *Sig=0.05	143
Tablo 33. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Haftalık Ortalama Bakım Süresi Tanımlayıcı İstatistik Tablosu	144
Tablo 34. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Haftalık Ortalama Bakım Süresi Homojenlik Tablosu	144
Tablo 35. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Haftalık Ortalama Bakım Süresi ANOVA Anlamlılık Tablosu	144
Tablo 36. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Haftalık Ortalama Bakım Süresi Çoklu Karşılaştırma Tablosu.....	145
Tablo 37. ZBYÖ İle Mali Sorumluluk Tanımlayıcı İstatistik Tablosu	146
Tablo 38. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Mali Sorumluluk Homojenlik Tablosu	146
Tablo 39. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Mali Sorumluluk ANOVA Anlamlılık Tablosu	146
Tablo 40. ZBYÖ İle Mali Sorumluluk Çoklu Karşılaştırma Tablosu	147
Tablo 41. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Birlikte Oturma Durumu Grup İstatistikleri Tablosu	147

Tablo 42. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Birlikte Oturma Durumu Bağımsız T-Test Tablosu	148
Tablo 43. PBQ-SF Alt Ölçekleri ve Alt Grupları İle ZBYÖ Tanımlayıcı İstatistik Tablosu	149
Tablo 44. ZBYÖ ve PBQ-SF Alt Ölçekleri Korelasyon Tablosu – **Sig=0.01 (2-tailed), *Sig=0.05 (2-tailed).....	150
Tablo 45. PBQ-SF İle ZBYÖ ANOVA Tablosu.....	151
Tablo 46. PBQ-SF Alt Ölçekleri ve Alt Grupları İle HADS-A Tanımlayıcı İstatistik Tablosu	152
Tablo 47. HADS-A ve PBQ-SF Alt Ölçekleri Korelasyon Tablosu – **Sig=0.01 (2-tailed), *Sig=0.05 (2-tailed).....	153
Tablo 48. PBQ-SF İle HADS-A ANOVA Tablosu	154
Tablo 49. PBQ-SF Alt Ölçekleri ve Alt Grupları İle HADS-D Tanımlayıcı İstatistik Tablosu	155
Tablo 50. HADS-D ve PBQ-SF Alt Ölçekleri Korelasyon Tablosu – **Sig=0.01 (2-tailed), *Sig=0.05 (2-tailed).....	156
Tablo 51. PBQ-SF İle HADS-D ANOVA Tablosu	157

ÖZET

İstanbul Kent Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü –Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Demans Hastalarına Bakmakla Yükümlü Hasta Yakınlarının Kişilik Özelliklerinin Algılanan Bakım Yüğü, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri ile İlişkisi	
Tezin Yazarı: Serra ALEMDAR	Danışman: Prof. Dr. Salih Yaşar ÖZDEN
Kabul Tarihi: 09.06.2022	Sayfa Sayısı: vii+247+11
Anabilimdalı: Psikoloji	Bilimdalı: Klinik Psikoloji
Bu araştırmada, demanslı yakınlarının bakım sorumluluğunu üstlenen aile bireylerinin kişilik özellikleriyle bu kişilerin algıladığı bakım yükü, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Ayrıca bakım verenlerle ve hastalarla ilgili sosyodemografik unsurlar ve bakım süreciyle ilgili karakteristik özellikler ile bakım verenin yaşadığı psikiyatrik güçlükler arasındaki ilişki araştırılmıştır. Bu araştırmanın katılımcıları Muğla'nın Bodrum ilçesinde hizmet veren bir özel hastanenin nöroloji polikliniğinde demans tanısıyla takip edilen hastaların bakımıyla ilgilenen yakınlarıdır. 25-85 yaş aralığında 71 hasta yakını araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler öz bildirim anketleri aracılığıyla toplanmıştır ve analiz edilmiştir. Yazar tarafından oluşturulmuş olan demografik bilgiler formuna ek olarak, Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği, Zarit Bakım Yüğü Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Kişilik İnanç Ölçeği – Kısa Formu kullanılmıştır. Elde edilen veriler incelendiğinde farklı kişilik özelliklerinde artışla bakım verenin algıladığı bakım veren yükü ile anksiyete ve depresyon düzeyleri ile istatistiksel olarak anlamlı pozitif bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca bakım verenin ve demanslı bireyin bazı demografik özellikleri ile bakım süreciyle ilgili unsurların bu üç alanı istatistiksel olarak anlamlı düzeyde etkilediği görülmüştür. Elde edilmiş olan sonuçlar literatürdeki ilgili çalışmaların ışığında incelenmiş ve tartışılmıştır. Son olarak bu konuyla ilgili daha ileri araştırmalar ve klinik uygulamalarla ilgili önerilerde bulunulmuştur.	
Anahtar Kelimeler: Demans Bakımı, Bakım Veren Yüğü, Bakım Veren Anksiyete ve Depresyon Bulguları, Bakım Veren Kişilik Özellikleri	

ABSTRACT

Istanbul Kent University, Institute of Graduate Studies – Abstract of Master Thesis

Title of the Thesis: The Relationship between Personality Traits of Family Caregivers of Dementia Patients and the Carers' Levels of Perceived Burden, Depression and Anxiety	
Author of the Thesis: Serra ALEMDAR	Supervisor: Prof.Dr. Salih Yaşar ÖZDEN
Date: 09.06.2022	Number of Pages: vii+247+11
Department: Psychology	Subfiled: Clinical Psychology
In this study, the relationship between personality traits of family caregivers of dementia patients and the carers' levels of perceived burden, depression and anxiety have been explored. Furthermore, the relationship between sociodemographic factors about the caregivers and the patients, as well as the characteristics of the care process and the psychiatric difficulties experienced by the caregivers have been investigated. The participants of this study were the relatives of dementia patients receiving health care services at the neurology outpatient clinic in a private hospital in Bodrum, Muğla. 71 family caregivers between the ages of 25-85 have been included in the study. The data have been obtained through self-report questionnaires. The demographic information form created by the author, the Katz Activities of Daily Living Scale, the Zarit Burden Interview Scale, the Hospital Anxiety and Depression Scale, and the Personality Belief Questionnaire – Short Form have been used. The results of the analyses of the data collected have shown that there is a positive and significant statistical relationship between various caregiver personality traits and the levels of perceived burden, anxiety and depression the participants have reported to experience. In addition, statistically significant relationships between these three areas and the demographical characteristics of the caregiver, the dementia patient, as well as factors specific to the care process have been observed. The results have been examined and discussed using related information gathered from previous studies on this subject. Recommendations for further research and for clinical applications have also been made.	
Keywords: Dementia Care, Caregiver Burden, Caregiver Anxiety and Depression, Caregiver Personality Traits	

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü, Eylül 2021’de tüm dünyada demans tanısı ile yaşayan kişi sayısının 55 milyondan fazla olduğunu yayımlamıştır. Bu hastaların %60’ı düşük ve orta düzey gelir seviyesindeki ülkelerde hayatını sürdürmektedir. Bu sayıya her yıl yaklaşık 10 milyon yeni hasta eklenmektedir. Alzheimer tipi demans, demans tanısıyla takip edilen hastaların %60-70’ini oluşturmaktadır. Tüm ülkelerde yaşlı nüfus artmaktadır. Bu nedenle demans tanısı alan kişi sayısının 2030’da 78 milyon, 2050’de ise 139 milyon olması öngörülmektedir. Demansiyel bozukluklar, ölümle sonuçlanan tüm hastalıklar içinde yedinci sırada yer alır. Dünya çapında yaşlı nüfusun malullük ve başkalarına bağımlılık sebepleri arasında demans, en önemli nedenlerden biridir. Demans, hasta olan kişiler üzerinde olduğu kadar, bu kişilerle ilgilenenler, aile fertleri ve toplumun geneli üzerinde fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik etkiler yaratır (DSÖ, 2021: 1).

Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, ülkemizde 2014 yılında 65 yaş ve üstü nüfus 6 milyon 192 bin 962 kişi iken, 2019’da bu sayı 7 milyon 550 bin 727’ye yükselmiştir. Bu durum, 5 yıl içerisinde %21,9’luk bir artışa işaret etmektedir. 2019’da bu yaş grubunun toplam nüfus içindeki oranı %9,1 olarak hesaplanmıştır. Nüfus projeksiyonlarına göre, bu oranın 2030’da %12,9, 2040’ta %16,3, 2060’ta %22,6, 2080’de ise %25,6 olması öngörülmektedir. Bu durum ülkemizin de küresel yaşlanma sürecinin bir parçası olarak önümüzdeki yarım yüzyılda Türkiye nüfusunun yaklaşık dörtte birinin 65 yaş ve üstü olacağına işaret etmektedir (TÜİK, 2020: 1).

Yine Türkiye İstatistik Kurumu’nun sunduğu verilere göre, 2019 yılında %13,4 olan yaşlı bağımlılık oranının, 2030’da %19,6, 2040’ta %25,3, 2060’ta %37,5, 2080’de %43,6 olması beklenmektedir. Kurumun verilerine göre 2019 yılında Türkiye’deki her 4 haneden birinde en az bir yaşlı birey olduğu ifade edilmiştir. 2018 verilerine göre, yaşlılarda Alzheimer hastalığından kaynaklanan ölümlerin oranı %4,6’dır. Aynı yılın verilerine göre, ölüm nedenleri arasında %43,8 ile dolaşım sistemi hastalıkları birinci sırada, %16,5 ile iyi ve kötü huylu tümörler ikinci sırada, %14,8 ile solunum sistemi hastalıkları ise üçüncü sırada yer almaktadır (TÜİK, 2020: 1). Dünya genelinde Alzheimer tipi demansı olan hastaların başlıca ölüm nedenleri arasında %45,8 ile pulmoner hastalıklar, %38,4 ile pnömoni ve %37,4 ile kardiyovasküler hastalıkların yer alması göz önünde bulundurulduğunda, yukarıda

paylaşılmış olan başlıca ölüm nedenleri arasında sayılan hastalıkların önemli bir kısmının demansiyel bozukluklarla birlikte seyrettiği düşünülebilir (Zanetti, Solerte ve Cantoni, 2009: 242).

Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın 2017'de hazırladığı demans bakım modeli raporuna göre, Alzheimer hastalığının ülkemizdeki prevalansını araştıran sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu raporun hazırlandığı dönemde Türkiye'de yaklaşık 600 bin kişinin bu hastalıkla mücadele ettiğinin düşünüldüğü bildirilmiştir. Rapora göre ülkemizdeki demans hastalarının yarısından fazlası tanı almamıştır, yani gerçek sayının bu tahminin çok üstünde olduğuna inanılmaktadır. Aynı zamanda, hastane veri tabanları incelendiğinde farklı bilişsel bozukluklarla ilgili hastanelere yapılan başvuruların %67.6'sının Alzheimer tanısı aldığı, bunların da %57.7'sinin kadın olduğu bildirilmiştir (Özbabalık ve Hussein, 2017: 23).

Dünya genelinde demanslı bireylerin yaklaşık %90'ının bakımını evdeki aile bireyleri üstlenmektedir (Adelman, v.d., 2017: 1). Türkiye'de bu tablo dünyanın diğer ülkeleri ile benzerlik göstermekte ve hastalar genellikle eşleri ya da çocukları tarafından bakılmaktadır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın raporuna göre, Alzheimer tanılı hastalara evde bakım veren aile bireylerinin %48.60'ı 25-50 yaş arasında, %51.40'ı ise 50 yaş üstündedir. Bakım verenler arasında kadınlar %85.05 ile çoğunluğu oluşturmaktadır. Demanslı yakınının sorumluluğunu üstlenmiş olan kişilerin %82.24'ü hasta ile aynı evde yaşamaktadır (Özbabalık ve Hussein, 2017: 27).

Raporda, evde bakım verenlerin görevleri arasında; %98 ile ekonomik sorumlulukların yerine getirilmesi, %94 ile ilaç takibi, %72 ile özbakım desteği, %60 ile boşaltım ile ilgili destek, %60 ile giyinme, %54 ile beslenme, %42 ile hareket desteği sıralanmıştır. Hasta bakımına ayrılan zaman günlük ortalama 15,4 saat olarak bildirilirken, bakım verenlerin yaklaşık yarısının günde 20-24 saatini hastanın bakımı ile geçirdiği açıklanmıştır (Özbabalık ve Hussein, 2017: 20). Dünyanın diğer ülkelerinde olduğu gibi, ülkemizde de öncelikli hedef demanslı bireyin huzurevleri ya da bakım evlerine yerleştirilmelerinden ziyade alışık olduğu çevrede, tanıdığı ve sevdiği bireylerle yaşamaya devam etmesidir. Bu durumun sürdürülebilirliği için tasarlanmış olan, hem hastanın hem de yakınının sağlığını korumayı hedefleyen evde bakım hizmetleri, gündüz bakım evleri gibi

hizmetlerin henüz yeterli miktarda olmadığı bakanlığın raporunda belirtilmiştir (Özbabalık ve Hussein, 2017: 29).

Demansiyel bozuklukları toplum sağlığı için öncelikli bir unsur olarak tanıyan Dünya Sağlık Örgütü, Mayıs 2017’de yapılan Dünya Sağlık Oturumu’nda “2017-2025 Yıllarında Halk Sağlığı Açısından Demansa İlişkin Küresel Eylem Planı” adında bir çalışmayı yürürlüğe koymuştur. Eylem planı içindeki başlıca hedefler; demansla ilgili farkındalığı arttırmak, demans riskini azaltmak, tanı, tedavi ve hasta bakımını iyileştirmek, demans hakkında bilgi sistemleri kurmak, bakım verenler için destek programları oluşturmak ve araştırma çalışmalarını çoğaltmaktır (DSÖ, 2021: 5).

Söz konusu eylem planında, demanslı bireyin bakımını üstlenen aile, akraba, yakın arkadaş ve komşu gibi kişilerin, hastanın ihtiyaçları ile ilgili planlamalarda söz sahibi olmalarının önemi vurgulanmıştır. Ayrıca demanslı bireylerin bakımının, hasta yakınlarının bedensel ve psikolojik sağlığı ile sosyal ilişkiler ve ekonomik güçlükler gibi konularda ciddi düzeyde risk oluşturduğunun altı çizilmiştir. Bu nedenle geliştirilecek olan sağlık ve destek sistemlerinin sadece demanslı bireylerin değil, onlara bakan yakınlarının da ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde düzenlenmesinin önemi vurgulanmıştır. Bu amaçla, bakım verenlerin demans ve demans bakımı ile ilgili bilgi ve becerilerinin artırılması, hastalıkla ilgili durumlarla başa çıkabilmek için stratejiler geliştirmeleri, stres ve diğer sağlık sorunlarının oluşmasını engellemeye yönelik kolay ulaşılabilir, bilimsel temellere dayanan bilgi ve eğitim programlarının sunulması, gündüz bakım evleri ve bakım verenlerin diğer ihtiyaçlarını karşılayan hizmetlerin oluşturulması gibi konuların ele alınması önerilmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının ve sosyal destek uzmanlarının, bakım verenlerdeki stres ve tükenmişliği daha kolay tespit edebilmelerini ve bunları azaltacak adımlar atabilmelerini mümkün kılacak eğitim programlarının oluşturulması planlanmıştır. Bakım verenlerin iş yaşamı, sosyal yaşam, maddi destek gibi konularda haklarını koruyacak kanunların geliştirilmesi de tasarlanmıştır. Eylem planında 2025 yılına kadar ülkelerin %75’inde söz konusu destek ve eğitim hizmetlerinin devreye sokulmuş olması planlanmaktadır (DSÖ, 2017: 26).

Özetle, demans tanılı aile bireyine bakmanın zorlukları, dünya nüfusunun yaşlanması nedeniyle ilerleyen yıllarda yaşanan zorlukların daha da yaygınlaşacağı, bu konuda somut adımlar atılmasının gerekliliği bilinen bir gerçektir. Bu tezde, demanslı hasta bakımını

güçleştiren unsurlar ve bu rolün ortaya çıkardığı farklı zorluklar detaylı bir şekilde incelenecektir. Tezin yazarı, tamamlamış olduğu ilk yüksek lisans programında uygulamalı psikoloji dalında çift ve aile terapisi uzmanlığı almış, sonraki senelerde nöropsikolojik testler eğitimini tamamlamış ve bu alanla ilgili kendini geliştirme çabasına girmiştir. Çalıştığı kurumda çok sayıda hastanın nöropsikometrik değerlendirmesini yapmış ve bu sırada birçok aile üyesi ile tanışmıştır. Bu süreçte bazı hasta yakınlarının, baktıkları kişinin günlük yaşam aktivitelerindeki işlevsellik düzeyindeki düşüşten, nöropsikolojik bulgularındaki artıştan ya da bilişsel etkilenmenin şiddetinden bağımsız olarak, kendilerinde hafif ya da şiddetli düzeyde depresyon ve anksiyete şikayetleri dile getirdiklerini gözlemlemiştir. Araştırmacı bazı durumlarda, hastaya aynı şartlarda bakan aile üyelerinin, örneğin ebeveynlerine bakan kardeşlerin, bakış açılarının ve dile getirdikleri sıkıntıların bile birbirinden çok farklı düzeyde olduğunu fark etmiştir. Aile terapisi geçmişi ve nöropsikoloji ilgisi nedeniyle gözlemlenen farklılığın neyle bağlantılı olabileceğini araştırmaya başlamıştır. Benzer duruma verilen farklı tepkilerin nedeninin kişilikle ilgili olabileceğini düşünmüştür. Araştırmacı, bu konuda alanda şimdiye kadar çok fazla çalışma yapılmamış olduğunu görmüştür. Bu konuda edinilebilecek yeni bilgilerin giderek büyüyen bu sorunu anlama ve çözümlemeye katkıda bulunabileceği umuduyla, bakım verenlerin süreçle ilgili yaşadıkları zorlukların, kişilik özellikleri ile ilgili olup olmadığını görebilme amacıyla bu çalışmayı yapmaya karar vermiştir.

Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmanın amacı, demans tanılı bireylerin bakımını üstlenen aile bireylerinin algıladıkları bakım veren yükü, depresyon ve anksiyete bulgularının şiddetinin bakım verenin kişilik özellikleri ile bir ilişkisi olup olmadığını, varsa bunun nasıl açıklanabileceğini görmektir. Dünya nüfusunun yaşlanmasıyla beraber demans prevelansının artmaktadır. İlerleyen yıllarda bu durumun dünya genelinde maddi, bedensel ve psikolojik sağlıkla ilgili yükü fazlalaştıracığı öngörülmektedir. Demanslı bireylerin hastalık sürecini mümkün olduğunca alışık oldukları ortamda, tandıkları ve sevdikleri kişilerle geçirmeleri tercih edilmektedir. Bununla birlikte alanda yapılmış olan çalışmalar, demanslı yakınlarının bakımını üstlenen aile bireylerinin sıklıkla genel sağlıklarının, psikiyatrik iyilik hallerinin ve ekonomik durumlarının olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Demanslı bireyin bakımıyla

ilgilenen kişilerin süreci en iyi şekilde yönetebilmeleri kendileri için, demans tanılı hastanın iyi bakılabilmesi için ve toplumsal açıdan önemlidir. Demans bakımında bakım veren yükü ve psikiyatrik sonuçlarla ilgili çok fazla çalışma yapılmıştır. Bakım verenin kişilik yapılanmasının süreci ne şekilde etkilediği ise henüz çokça incelenmemiş bir konudur. Bu nedenle bu araştırmada elde edilecek bilgilerin alanda çalışan doktor, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire gibi sağlıkçılara ve demanslı aile fertlerinin bakımıyla ilgilenen bireylere oluşabilecek sorunları önleme ya da çözüm yolları bulma konusunda faydalı olması umulmaktadır.

Araştırmanın Sayıtları

Bu çalışmada katılımcılara verilmiş olan ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır ve yaygın olarak kullanılmaktadır. Ölçekleri yanıtlayan kişilerin soruları içten ve doğru bir şekilde yanıtladıkları varsayılmaktadır.

Araştırmanın Temel Sorusu

Araştırmanın temel sorusu “Demans bakımında, bakım veren aile üyelerinin kişilik özellikleri ile algıladıkları bakım veren yükü, depresyon ve anksiyete bulguları arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?” olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın Hipotezleri

H1: Bakım verenle ilgili demografik özelliklerin algılanan bakım veren yükü, depresyon ve anksiyete bulguları ile anlamlı bir ilişkisi vardır.

H.1.1: Bakım verenin yaşının algılanan bakım veren yükü, depresyon ve anksiyete bulguları ile anlamlı bir ilişkisi vardır.

H.1.2: Bakım verenin cinsiyetinin algılanan bakım veren yükü, depresyon ve anksiyete bulguları ile anlamlı bir ilişkisi vardır.

H.1.3: Bakım verenin eğitim düzeyinin algılanan bakım veren yükü, depresyon ve anksiyete bulguları ile anlamlı bir ilişkisi vardır.

H2: Demans tanısı ile takip edilen hastanın (yaş, cinsiyet, demansın tipi ve günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili işlevsellik düzeyi gibi) demografik özelliklerinin bakım verenin algıladığı bakım yükü, depresyon ve anksiyete bulguları ile anlamlı bir ilişkisi vardır.

H.2.1: Demans tanısı ile takip edilen hastanın yaş grubunun bakım verenin algıladığı bakım yükü, depresyon ve anksiyete bulguları ile anlamlı bir ilişkisi vardır.

H.2.2: Demans tanısı ile takip edilen hastanın cinsiyetinin bakım verenin algıladığı bakım yükü, depresyon ve anksiyete bulguları ile anlamlı bir ilişkisi vardır.

H.2.3: Demans tanısı ile takip edilen hastanın klinik tanısının bakım verenin algıladığı bakım yükü, depresyon ve anksiyete bulguları ile anlamlı bir ilişkisi vardır.

H.2.4: Demans tanısı ile takip edilen hastanın günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili işlevsellik düzeyinin bakım verenin algıladığı bakım yükü, depresyon ve anksiyete bulguları ile anlamlı bir ilişkisi vardır.

H3: Bakım süreci ile ilgili (bakımın ne kadar zamandır verildiği, bakım verenin haftada kaç saatini bu sorumluluğa ayırdığı, hasta ile birlikte yaşayıp yaşamadığı, bakım sorumluluğunu başkaları ile paylaşıp paylaşmadığı gibi) unsurların algılanan bakım yükü, bakım verenin anksiyete ve depresyon bulguları ile anlamlı bir ilişkisi vardır.

H.3.1: Bakım sorumluluğunun uzun süredir devam ediyor olmasının bakım verenin algıladığı bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile anlamlı bir ilişkisi vardır.

H.3.2: Günde bakıma ayrılan sürenin uzamasının bakım verenin algıladığı bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile anlamlı bir ilişkisi vardır.

H.3.3: Demans tanılı hasta ile bakım veren aile bireyinin ailevi yakınlık derecesinin bakım verenin algıladığı bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile anlamlı bir ilişkisi vardır.

H.3.4: Demanslı birey ve onun bakımını üstlenen aile bireyinin birlikte yaşama durumunun bakım verenin algıladığı bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile anlamlı bir ilişkisi vardır.

H.3.5: Demanslı bireyin bakımını üstlenen aile bireyinin bakım sorumluluğunu başkalarıyla paylaşıp paylaşmamasının bakım verenin algıladığı bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile anlamlı bir ilişkisi vardır.

H.3.6: Demanslı yakınının bakımını üstlenen aile bireyinin demans ve demans bakımı hakkında eğitim ya da bilgilendirme almış olup olmamasıyla algılanan bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H4: Demans hastalarına bakmakla yükümlü aile bireylerinin kişilik özelliklerinin algıladıkları bakım yükünün düzeyi ile anlamlı bir ilişkisi vardır.

H5: Demans hastalarına bakmakla yükümlü aile bireylerinin kişilik özelliklerinin kendi anksiyete düzeyleri ile anlamlı bir ilişkisi vardır.

H6: Demans hastalarına bakmakla yükümlü aile bireylerinin kişilik özelliklerinin kendi depresyon düzeyleri ile anlamlı bir ilişkisi vardır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmadaki temel kısıtlılık katılımcıların bakmakla yükümlü oldukları demanslı yakınlarının Muğla'nın Bodrum ilçesinde SGK kabul etmeyen özel bir hastanede tedavi görmesidir. Bu durum hastaların büyük kısmının özel sağlık sigortası olan ya da tedavi masraflarını kendi imkanlarıyla ödeyebilen bireyler olduğunu göstermektedir. Aynı zamanda örneklemin sosyoekonomik düzeyinin yüksek olması katılımcıların önemli bir bölümünün bu süreçte dışarıdan yardım almasını kolaylaştırmakta ve bu rolle ilgili sorumlulukları başkalarıyla paylaşmasını mümkün kılmaktadır. Ayrıca bu çalışmaya katılan bakım verenlerin eğitim düzeyi ortalamaları Türkiye geneline kıyasla oldukça yüksektir, bu nedenle elde edilen verilerin ülke genelini yansıtmadığı düşünülmektedir. Bununla birlikte araştırmaya katılan ve yanıtları analize dahil edilen bakım veren sayısı sadece 71 kişidir. Bu durum algılanan bakım yükü düzeyini etkileyen unsurlardan biri olan farklı demans tiplerinin yeterince temsil edilmemesine yol açmıştır.

BÖLÜM 1: KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE LİTERATÜR TARAMASI

Bu bölümde araştırma konusunu oluşturan demansiyel bozukluklar, kişilik, kişilik bozuklukları, bakım veren yükü, bakım verme sürecinde aile bireylerinde stres yaratan unsurlar, demans bakımında aile bireylerinin kişilik örüntülerinin algılanan bakım yükü ile ilişkisi, bakım veren rolü ile ilgili ortaya çıkan psikiyatrik bulgular ve başa çıkma stratejileri gibi kavramlar ele alınacaktır. Söz konusu kavramlara yönelik açıklamalar ve araştırmalar kuramsal bir çerçevede detaylı bir şekilde incelenecektir.

1.1. Demansiyel Bozukluklar

Bireyin bilişsel performansında mesleki, sosyal ve özel hayatını belirgin bir şekilde etkileyecek düzeyde düşüş ile kendini gösteren tüm hastalıklar demansiyel bozukluklar olarak adlandırılmaktadır. Klasik olarak nörodejeneratif olan (progresif seyirli) ve nörodejenratif olmayan (progresif olmayan) olarak iki gruba ayrılan demansiyel bozukluklarda ortaya çıkan bulguların birden fazla sebebi olabilmektedir (Gale, Acar ve Daffnet, 2018: 1161). Genellikle yaşın ilerlemesiyle ortaya çıkan ve sık rastlanan nörodejeneratif demanslar arasında Alzheimer tipi demans (ATD) başta olmak üzere, frontotemporal demans (FTD), Lewy cisimcikleri ile olan demans (DLB) ve Parkinson hastalığı demansı (PHD) yer almaktadır. Progresif seyirli olan diğer hastalıklara örnek olarak ise kortikobazal dejenerasyon, progresif supranükleer palsi, multi sistem atrofi, Huntington hastalığı ile Creutzfeld-Jakob hastalığı verilebilir (Erkkinen, Kim ve Geshwind, 2018: 3).

Progresif olmayan demanslar arasında en sık rastlanana beyin damar hastalıklarının neden olduğu vasküler demanstır (VaD). B12 vitamini ve diğer besin eksiklikleri ile ortaya çıkan demanslar; ilaç etkileşimi, alkol ve madde kullanımı gibi toksik nedenlerle ortaya çıkan demanslar ile hipotiroidizm gibi metabolik sorunların tetiklediği demanslar da benzer bir tabloya neden olabilmekte ve tedavi edilebilir demans grubunda yer almaktadır. Ayrıca, hem genç hem de yaşlı bireylerde karşılaşılan depresyon bulguları da bilişsel işlevlerde unutkanlık, dikkat bozukluğu gibi durumlara neden olabilmektedir, ancak bu da tedavi edilebilir bir durumdur (Gale, Acar ve Daffnet, 2018: 1163).

1.1.1. Alzheimer Hastalığı

İlerleyen yaş, ATD için en belirgin risk faktörüdür. Türkiye Alzheimer Derneği'ne (TAD) göre, ülkemizde 65 yaş üstü toplam nüfusun %8,7'sini ATD hastaları oluşturmakta ve bu sayı hızla artmaktadır. Altmışbeş yaş üzerindeki kişilerde ATD hastalığı %3-11 oranında görülürken, 85 yaş üzerinde ise bu oran %20-47'ye çıkmaktadır. Bu tanıyı alan hastaların 2/3'ünü kadınlar, 1/3'ünü ise erkekler oluşturmaktadır. Dünya genelinde her üç saniyede bir kişi demans tanısı almaktadır. Tüm dünyada günümüzde 47 milyon ATD hastasının olduğu düşünülmektedir. Bu sayının 2030'da 76 milyon, 2050'de ise 135.5 milyon olması öngörülmektedir. Günümüzde, Türkiye'de bu hastalıkla mücadele eden aile sayısı 600.000 olarak tahmin edilmektedir (TAD, 2020: 1).

ATD, dünyada tüm demans vakalarının %60'ını oluşturmakta ve en sık rastlanan demans formu olarak listenin en üst sırasında yer almaktadır. Sinsi başlangıçlı ve progresif bir hastalık olan ATD'de tipik olarak, erken dönemde önce bellekte bozulma, daha sonrasında da dil, görsel-uzaysal beceriler ve yürütücü işlevlerde bozulma görülür. Psikotik bulgular, anksiyete, depresyon ve uyku bozuklukları gibi davranışsal ve nörospikiyatrik bulgular genellikle hastalığın orta evresinde ortaya çıkar (DeKosky, Kaufer, Hamilton, Wolk ve Lopez, 2008: 1885). Hastalığın tespiti ile ilgili dikkat edilmesi gereken unsurlar; hafızada bozulma, rutin gündelik görevleri tamamlamada zorlanma, konuşmada bozulma, zaman ve mekan oryantasyonunda güçlük, muhakemede zayıflama, soyut düşünme becerisinde problemler, eşyalarını kaybetme, eşyaları nereye koyduğunu hatırlayamama, davranış ve duygulanımda değişiklikler, kişilikte değişiklikler ve kendi kendine harekete geçememedir (Galvin ve Sadowsky, 2012: 367).

Diğer risk faktörleri arasında ise ailede ATD öyküsünün varlığı, düşük eğitim düzeyi, koroner arter hastalığı, hipertansiyon, yüksek yağ oranına sahip gıdalarla beslenme ve kafa travmaları sayılabilir. Alzheimer hastalığının kadınlardaki prevalansı erkeklere kıyasla daha fazladır. Bu durumu açıklayan unsurlardan biri kadınların ortalama yaşam süresinin erkeklere kıyasla daha uzun olmasıdır (DeKosky, v.d., 2008: 1885). Buna ek olarak, yaşla birlikte her iki cinsiyette de beyin sağlığını koruyucu bir özellik taşıyan seks hormonlarının azalması da ATD için bir risk oluşturmaktadır. Erkeklerde testosteron salınımının azalması daha yavaş bir süreçte gerçekleşirken, kadınlarda menapoz süreci ile birlikte östrojen ve

progesteron seviyelerinde bir anda ve belirgin düzeyde düşüş yaşanır. Bu durum, kadınlarda amiloid-beta birikiminin artması ve hipokampal atrofi oluşumu ile ilişkilendirilmiştir (Vest ve Pike, 2013: 302).

ATD, başta bellek olmak üzere muhakeme, planlama, soyutlama, vizyospasyal beceriler gibi bilişsel işlevleri etkilemenin yanı sıra davranışsal sorunlara da yol açarak hastanın işinde, aile içi ve sosyal ilişkilerinde güçlük yaşamasına neden olur. Hastalık ayrıca zaman içinde sıradan günlük aktivitelerde de işlevselliğinin bozulmasına yol açar. ATD’de ilk evrelerde hipokampus ve diğer medial temporal lob alanlarının işlevselliğinde bozulma başlar. Bu bozulma ile tipik olarak önce epizodik bellek etkilenir, böylece hasta yakın zamanda gerçekleşmiş şeyleri hatırlamakta ve yeni bilgileri öğrenmekte güçlük çekmeye başlar. Zaman içerisinde kelime bulma güçlükleri, algılama ve konuşma bozuklukları ile yön duygusunda bozulma görülür. Kişilerde psikiyatrik açıdan duygulanım değişiklikleri, özellikle hastalığın ilk evrelerinde depresyon ve anksiyete görülebilmektedir. İlerleyen dönemde ise sıklıkla davranış değişiklikleri ortaya çıkar (Galvin ve Sadowsky, 2012: 369).

ATD’nin klinik tanısı için araştırmalarda en sık kullanılan kriterler 1983 yılında Nörolojik ve İletişim Bozuklukları Ulusal Enstitüsü (National Institute of Neurological and Communicative Disorders) ve (Alzheimer Hastalığı ve İlgili Bozukluklar Derneğinin (Alzheimer’s Disease and Related Disorders Association) bir araya gelerek oluşturmuş olduğu ve 1984’te yayımlanmış olan NINCDS-ADRDA kriterleridir (McKhann, v.d., 2011: 263). Buna göre tanı kriterleri olası ATD, muhtemel ATD ve kesin ATD olmak üzere üç ana başlık altında toplanmaktadır. Olası ATD tanı kriterlerinde klinik muayene, standardize minimal test (MMSE) ve Blessed demans skalası ile hastalığın saptanması ve nöropsikolojik testler (NPT) ile tanının doğrulanması önerilir. Olası tanıyı destekleyen kriterler; afazi (dil), apraksi (motor beceriler), agnozi (algılama) gibi bilişsel alanlarda belirgin işlev bozukluğu, davranış değişikliği, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili performansta bozukluk, ailede benzer hastalık öyküsü, beyin omurilik sıvısının (BOS) normal olması, elektroensefalografide (EEG) beyin elektriksel aktivitesinin normal olması ya da yavaşlaması ve bilgisayarlı tomografi (BT) veya manyetik rezonans (MR) görüntülerinde serebral atrofi bulgusunun varlığıdır. Diğer nedenler ekarte edildikten sonra, olası ATD ile uyumlu diğer klinik özellikler platolu seyir, depresif bulgular, uyku bozuklukları, inkontinans, delüzyon ve

halüsinasyonlar, cinsel işlev bozuklukları, kilo kaybı, yürüyüş bozuklukları ile hastalığın ileri dönemlerinde ortaya çıkan epileptik bulgulardır. Muhtemel ATD tanı kriterlerine göre ise, demansa yol açabilecek diğer nörolojik, psikiyatrik ya da sistemik bozuklukların ekarte edilmiş olması gerekir, fakat demansa neden olmayan başka bir nörolojik ya da sistemik hastalık söz konusu ise ya da tek bir bilişsel defisit in kademeli ve progresif olarak bozulması durumunda ATD tanısı konabilir. Kesin ATD tanı kriterleri ise olası ATD tanı kriterlerine ek olarak biyopsi ya da otopside histopatolojik bulguların varlığını gerektirmektedir (Kesken, 1995: 11). Son yıllarda gelişen pozitron emisyon tomografisi (PET) gibi yeni nükleer tıp teknolojileri sayesinde serebral dokuda amiloid protein içeren plaklar, nörofibriler yumaklar ve tubulinle ilişkilendirilmiş ünitelerin (TAU) birikimi saptanabilmektedir (Sürer-Budak ve Aydın, 2016: 147). BOS'ta bakılan toplam TAU'daki artış ve amiloid-betada azalma, ATD tanısı için test edilen biyobelirteçlerdendir (Adalı, Yirün, Gümüşel ve Erkekoğlu, 2020: 174). Bu gelişmeler biyopsi ya da otopsiye gerek kalmadan kesin tanı koyabilmeyi mümkün kılmaktadır.

Çalışmalar, ATD tanısını 60'lı ve 70'li yaşların başında alan kişilerin ortalama sağ kalım sürelerinin 7-10 yıl, 90'lı yaşlarda tanı alanların ise 3 yıl olduğunu göstermektedir. Ölüm nedenleri arasında pulmoner problemler %45.8 ile birinci, zatürre ise %38.4 ile ikinci sırada gelir. Kardiyovasküler hastalıklar, özellikle hareketsizlikten kaynaklanan pulmoner emboli ise %37.4 ile en sık rastalanan üçüncü ölüm nedenidir (Zanetti, Solerte ve Cantoni, 2009: 242).

1.1.2. Frontotemporal Demans

FTD en sık 50-60 yaş arası erişkinlerde görülen progresif seyirli nörodejeneratif bir hastalıktır. 30 ile 90 yaş arasında görüldüğü bildirilen bu hastalık, nörodejeneratif demans tipleri içinde, görülme sıklığı açısından 65 yaş ve üstünde üçüncü, 65 yaş altında ise ikinci sırada yer almaktadır. Frontal lobda ve temporal lobların ön bölümünde oluşan nörodejenerasyon sonucunda davranış ve dil problemleri tipik olarak hastanın nöroloğa başvurmasından yıllar önce ortaya çıkmaktadır. Davranışsal varyant FTD, semantik varyant primer progresif afazi, akıcı olmayan agramatik varyant primer progresif afazi ve motor nöron ilişkili FTD olmak üzere dört alt gruba toplanır. Otopsi ile doğrulanmış vakaların

%50'sinden fazlasını davranışsal varyant oluşturmaktadır (Finger, 2016: 466). Davranışsal varyantta kademeli bir başlangıç ve ilerleyen bir seyir gösteren davranış değişiklikleri gözlemlenir. Bu grup hastalarda, duygu düzenlemede güçlük, kişilik ve davranışta değişme, apati, disinhibisyon, empati kaybı, dürtüsellik, hiperoralite, perseveratif veya kompulsif davranışlar sık görülmektedir. Apatetik tipte istek ve motivasyonda düşme, kendini sosyal açıdan izole etme, empati becerisinde azalma, ağrı tepkisinde gecikme gözlemlenir. Disinhibe tipte ise tekrarlayan davranışlar, tatlı yiyeceklere düşkünlük, toplum içinde utandırıcı davranış ve söylemler, fazla para harcama, kumar oynama ve nadiren dine aşırı ilgi gibi davranışlar ortaya çıkar. Atipik varyantta; apati, sosyal izolasyon, motivasyon eksikliği gibi hastalığın erken evrelerinde ortaya çıkan bulgular sıklıkla depreasyonla karıştırılabilir (Bott, Radke, Stephens ve Kramer, 2014: 441). Bu semptomları gösteren fakat BT, MR, PET gibi beyin görüntüleme bulguları normal olan hastalar, olası davranışsal varyant tanısı ile takip edilirler. Frontal veya temporal bölgelerde atrofi, hipometabolizma veya hipoperfüzyon saptanan hastalar ise muhtemel davranışsal varyant olarak değerlendirilir (Finger, 2016: 468).

Primer progresif afazinin semantik varyantlı tipi, FTD tanısı alan hastaların yaklaşık %20-25'ini oluşturur. Önce objeleri tanımada güçlük, sonrasında ise kelimeleri seçmede zorlanma olarak ortaya çıkar. Davranışta, kişilerarası ilişkilerden imtina etme, empati yoksunluğu, kompulsif davranışlar, yiyecek seçiminde kısıtlanma gibi değişiklikler gözlemlenebilir. Primer progresif afazinin akıcı olmayan tipinde ilk ve en önemli semptom konuşmada apraksidir. Bu durum konuşurken duraksamalar şeklinde ortaya çıkar. Agramatizm (doğru cümleler kurarak konuşma yetisinin kaybı), parafazik hatalar (kastedilen kelime yerine başka bir kelime söyleme) ve tonlamada bozukluklar sık görülür. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde kişi hiç konuşamamaya başlayabilir (Bott, Radke, Stephens ve Kramer, 2014: 443).

Ortaya çıkma sebebi henüz tam olarak bilinmeyen bu demans tipinde, tanı konmuş kişilerin %40 kadarında ailede demans öyküsüne rastlanmaktadır (Bang, Spina ve Miller, 2015: 1674). FTD sıklıkla orta yaşta ve daha erken dönemde başlar. 65 yaş üstünde başlayan FTD, tüm vakaların yaklaşık %25'ini oluşturur. Yapılan araştırmalar, hastalığın her iki cinsiyet arasında eşit dağılım gösterdiğini ortaya koyar. Aile öyküsü haricinde riski arttıran

sebepler arasında, FTD ihtimalini 3.3 kat arttırdığı saptanmış olan kafa travması ile 2.5 kat arttıran tiroid hastalığı bulunmaktadır. Özellikle de erken başlangıçlı olduğu, sıklıkla orta yaş döneminde ortaya çıktığı için FTD, yaşam süresini ciddi bir şekilde azaltmaktadır. Ölümün genellikle pnömoni, bakımsızlık ya da kardiyopulmoner yetmezlikten kaynaklanır. Tanı konduktan sonraki ortalama yaşam süresi 3-14 yıl arasında değişmektedir (Onyike ve Diehl-Schmid, 2013: 131).

Kişilik, muhakeme, planlama, motivasyon, istek, sosyal regülasyon, yemek yeme davranışları gibi alanların kontrolünden sorumlu olan prefrontal kortekste bu bozukluklar, hastalığın sıklıkla şizofreni, obsesif kompulsif bozukluk, boderline kişilik bozukluğu ve bipolar bozuklukla karışmasına neden olur. FTD'si olan kişiler sıklıkla evlilik problemleri, aile ve arkadaşlardan uzaklaşma, hatalı maddi kararlar verme, yeni bağımlılıklar geliştirme veya suça karışma gibi problemler yaşayabilir (Miller ve Llibre Guerra, 2019: 33).

Tanı kriterleri, araştırmalar ve klinik çalışmalarda kullanılmak üzere, uluslararası bir atölyede erişilen uzlaşıya göre belirlenmiştir (The Lund and Manchester Groups, 1994: 416). Bu uzlaşının sonucu yayımlanan bildiriye göre davranışsal tipte, hastalığın başından itibaren ve hastalık süresince kişilik değişikliği ve sosyal davranım bozukluğu ön plandadır. Algılama, görsel uzamsal beceriler ve hafıza genellikle korunur. Bu tipin başlıca tanı kriterleri; sinisi başlangıç ve kademeli ilerleme, sosyal ve kişilerarası alanlarda erken dönemde bozulma, erken emosyonel körleşme ve içgörünün erken dönemde kaybıdır. Bu tanı kriterlerini destekleyen diğer özellikler; davranışsal alanda özbakımın azalması, mental esneklikte azalma, dikkatin kolay dağılması ve ihtiyatsızlık, hiperoralite (ağıza olmayacak maddeler alma davranışı), beslenme alışkanlığında değişiklikler, tekrarlayan ve stereotipik davranışlar, görüş alanlarındaki objeleri uygunsuzca tutma davranışıdır. Konuşma yetisi ile ilgili destekleyici kriterler arasında geç ve az konuşma, basınçlı konuşma, konuşmada stereotipi, ekolali, tekrarlama ve mutizm yer alırken fiziksel göstergeler arasında primitif refleksler, idrar ya da dışkıyı tutamama, akinezi ve tremor yer alır (Neary, v.d., 1998: 1546).

1.1.3. Lewy Cisimcikli Demanslar

Lewy cisimcikli demanslar (LCD), Lewy cisimcikleri ile olan demans (DLB) ve Parkinson hastalığı demansını (PHD) çatısı altında barındıran bir terimdir. PHD, öncesinde

Parkinson hastalığı (PH) olan bir kişide zamanla ortaya çıkan demansiyel bulgulardır. DLB ise, dalgalanma gösteren bilişsel bozukluk, tekrarlayan görsel halüsinasyonlar, REM uyku davranış bozukluğu ve demans tanısı ile eş zamanlı veya demans tanısı konduktan sonra ortaya çıkan parkinsonizm ile karakterizedir (Armstrong, 2019: 128).

DLB ile PHD'nin pek çok ortak özelliği olmasına ve hatta bazı çalışmalarda aynı şemsiye altında toplanmalarına rağmen belirgin farklılıkları vardır. Bu farklılıkların ilki semptomların ortaya çıkış zamanı ile ilgilidir. DLB'de demans, motor bulgulardan iki yıl önce ya da eş zamanlı olarak ortaya çıkarken, PHD'de motor bulgular demanstan en az 12 ay önce ortaya çıkar. Bilişsel alanda DLB'de dikkat, yürütücü işlevler ve görsel-mekansal becerilerde bozukluk belirgin iken hafıza ile ilgili güçlükler başlangıçta daha hafiftir, hastalık ilerledikçe hızlı bir şekilde kötüleşir. PHD'de ise yürütücü işleve ek olarak dikkat ve epizodik sözel bellekte bozukluk daha belirgindir. Her iki hastalıkta da dikkat ve uyanıklık dalgalı bir seyir izler, halüsinasyonlar doğaları itibariyle benzerlik gösterir. DLB'de motor bulgular demanstan sonra ortaya çıkar, tremor nadir görülür ya da hiç görülmez. PHD'de akinezi, vücutta katılık ve tremor sık rastlanan bulgulardır. Her iki hastalıkta da REM uyku davranış bozukluğu hastalığın başlamasından çok daha önce görülür. Hem DLB'de hem de PHD'de benzer kişilik ve duygulanım değişiklikleri ortaya çıkar (Jellinger, 2018: 615).

1.1.3.1. Lewy Cisimcikleri İle Olan Demans

DLB, motor ve psikiyatrik belirtilerin bir arada görüldüğü nörodejeneratif bir hastalıktır. Kortikal nöronlarda Lewy cisimcikleri olarak adlandırılan proteinlerin beynin düşünme, bellek ve hareket yetisi ile ilgili kortikal nöronlarında giderek artan bir şekilde birikmesi ile meydana gelen hücresel hasar sonucu ortaya çıkar. Genelde 70-85 yaşları arasında başlar. DLB tanısı almış olan kişilerin %70'i erkektir (Sanford, 2018: 603). DLB'nin yeni demans tanısı almış kişiler arasında insidansı %3.8, toplum temelli çalışmalarda bildirilen prevalansı ise %4.2-7.5 arasındadır (Armstrong, 2019: 130). Yaşlılarda sık rastlanan bir hastalık olduğu halde, psikiyatrik yakınmalar sebebiyle tanısı sıklıkla geç ya da hatalı konmaktadır. Hastalarda depresyon veya anksiyete bulguları ile psikotik belirtiler fazlaca görülür (Kesebir, Gülpek, Atalay ve Bayraktar, 2002: 188).

Tipik olarak DLB’de ilk önce görülen semptomlar hafıza güçlükleri ile görsel halüsinasyonlardır. Ekstraprimidal motor semptomlar ise bu bulgularla eş zamanlı ya da hemen sonra görülmeye başlar. Bilişsel etkilenme genelde yakın bellek, dikkat, yürütücü işlevler ve mekansal becerilerdeki performans düşüklüğü ile ortaya çıkar. Görsel halüsinasyonlar genelde belirgin ve hareketlidir; hastalar sıklıkla yetişkinler, çocuklar ya da hayvanlar gördüklerini bildirir. Bunlar sıklıkla emosyonel olarak başa çıkması kolay ve korkutucu olmayan halüsinasyonlardır. Hastalığın ilerleyen dönemlerinde, hastalar paranoid sanrılar da yaşamaya başlayabilir. Bu sanrılar genellikle eşlerinin sadakatsizliği, hırsızlık ya da eve yabancıların girmesi ile ilgilidir. İlerleyen dönemlerde Capgrass Sendromu adı verilen, sevdiklerinin başka kişilerle değiştirildiğine dair sanrılar da ortaya çıkabilir. Dikkat ve uyanıklık DLB’de genellikle dalgalı bir seyir gösterir ve bu dalgalanma dönemleri saatlerce sürebileceği gibi haftalarca da sürebilir. Bu durum, gözlerini boşluğa dikme, uykululuk hali ve gün içinde uyuma gibi davranışlara neden olur. Parkinsonizm benzeri motor güçlükler bu bulgularla birlikte ya da daha sonrasında ortaya çıkabilir. Motor bulgular genelde simetrik ve bradikinezi ya da yürüyüş bozukluğu şeklinde kendini gösterir. REM uykusunda aşırı hareketlilik de DLB’de sıklıkla görülen bir durumdur ve tanıyı destekleyici kriterler arasında yer alır. Söz konusu durum, REM uykusunda normalde olan atoninin sağlanamaması ile ortaya çıkar ve hastalar gördükleri rüyadaki motor hareketleri yaparak kendilerine ya da yatak partnerlerine zarar verici düzeye varabilen hareketler sergileyebilirler (Gomperts, 2016: 435).

2017’de Lewy Cisimcikli Demans Konsorsiyumu (Dementia with Lewy Bodies Consortium), DLB’nin klinik ve patolojik tanısını gözden geçirip dördüncü ve güncel tanı kriterlerini yayımlamıştır. Bu tanı kriterlerine göre çekirdek bulgular arasında dikkat, yürütücü işlevler ve görsel mekansal işlevlerde erken dönemde belirgin bozukluklar; hastalığın ileri evrelerinde ise belirgin ve kalıcı bellek sorunları yer almaktadır. Temel klinik özellikleri; dikkat ve uyanıklıkla ilgili alanlarda dalgalanan kognisyon, tekrarlayan görsel halüsinasyonlar, REM uyku davranım bozukluğu ve parkinsonizmdir. Muhtemel DLB için sayılan klinik özelliklerden en az ikisi veya bir klinik özellik laboratuvar bulgularında bir biyobelirtinin varlığı gereklidir. Mümkün DLB tanısı içinse söz konusu klinik özelliklerden en az biri ya da birden fazla biyobelirteç gereklidir (Armstrong, 2019: 131).

DLB’de antipsikotik ilaçlara karřı hassasiyet, postural instabilite, tekrarlayan dūřmeler, geçici cevapsızlık dōnemleri, kabızlık, ortostatik hipotansiyon ya da idrar inkontinansı gibi otonomik disfonksiyon, gūn içi artmıř uyku hali, koku almada azalma, gōrsel olmayan halūsinasyonlar, sistemize delūzyonlar, apati, anksiyete, depresyon gibi destekleyici klinik bulgular da tanının konmasında yol gōsterici olmaktadır. Bu hastalıkta nōropsikiyatrik bulguların sıklıkla ortaya çıkması, hem hastanın kendisi hem de hasta yakını için gūnlük yařamın olumsuz etkilenmesine yol açmaktadır (Armstrong, 2019: 131).

1.1.3.2. Parkinson Hastalığı Demansı

Parkinson hastalıęı, genelde yařla ortaya çıkan ve sık rastlanan bir nōrodejeneratif bozukluktur. 50 yař altı vakalar nadir gōrūlūr; en sık gōrūlen yař aralıęı 85-89 arasındır ve erkeklerde kadınlara kıyasla daha sık rastlanır. Yapılan çalıřmalara gōre 2016’da dūnyada Parkinson tanısı almıř hasta sayısı yaklaşık 6.1 milyon kiři olarak hesaplanmıřtır. Sōz konusu hastalık motor ve non-motor semptomlarla kendini gōsterir. Hastalıęın getirdięi hareket bozuklukları tremor, katılık, yavařlık ve denge bozukluęu řeklinde gōrūlūr. Dięer semptomlar, yani non-motor bulgular arasında, kardiyovaskūler-ortostatik hipotansiyon, nōropsikiyatrik bulgular, sindirim sistemi ve genitoūriner sistem gibi vūcudun farklı yerlerinde ortaya çıkan sorunlar yer alır. Buna ek olarak Parkinson hastalarının %30-50’sinde REM uyku davranıř bozukluęu saptanmıřtır (Armstrong ve Okun, 2020: 548).

Parkinson Hastalığı Demansı (PHD) ise, hastalığın genellikle daha ileri dōnemlerinde ortaya çıkan bilişsel ve davranışsal değişikliklerle karakterizedir. Parkinson hastalarında erken dōnemde belli belirsiz bilişsel bozukluklar gōrūlmekle birlikte, belirgin bozukluklar daha ileri dōnemlerde gōzlemlenebilir hale gelir. Her yıl, Parkinson hastalarının yaklaşık %10’unda PHD geliştirdiği bildirilmektedir. Demansın ortaya çıkışı genelde hastanın yaşına, tanısının kaç yaşındayken koyulduğuna ve hastalığın sūresine gōre değişiklik gōsterir (Garcia-Ptacek ve Kramberger, 2016: 261). PH’da yař ilerledikçe ve hastalık sūresi uzadıkça demans geliştirme riski de artar. Onbeř yıllık bir hastalık sūreci sonrasında hastaların %48’inde PHD, %36’sında ise hafif bilişsel bozukluk (MCI) gelişmektedir. Hastalık sūresi 20 yıla ulaştığında PHD prevalansı %83’e çıkmaktadır (Armstrong, 2019: 133).

Tipik olarak etkilenen bilişsel alanlar planlama, soyutlama, mental esneklik becerilerinde bozulma ve apatidir. Dikkat ve görsel-mekansal işlevler erken dönemde etkilenirken, epizodik hafıza ve dil becerileri daha uzun süre korunur (Hanağası, Tüfekçioğlu ve Emre, 2017: 26). Bellekte, yakın zamanda yaşanmış olan olayları hatırlamada ve yeni bilgileri öğrenmede güçlük gözlemlenir. Nöropsikolojik testlerde tanıma ve ipuçlarından yararlanma spontan hatırlamaya kıyasla daha iyidir. Bu durum kayıttan çok geri getirme güçlüğüne işaret eder. Dil becerileri genelde korunurken, kelime bulmada zorlanmave karmaşık cümleleri anlamada güçlük yaşanabilir (Armstrong, 2019: 138).

PHD’de en sık görülen halüsinasyon tipi iyi forme olmuş görsel halüsinasyonlardır ve LBD’yle benzerlik gösterir. PH psikozunda ise çeşitli modalitede halüsinasyonlar, birinin varlığı ya da yakından geçtiğine dair görsel yanılsamalar ve delüzyonlar görülür. Psikozu olan PH tanılı kişilerin demans geliştirme riski, psikozu olmayanlara kıyasla daha fazladır (Armstrong, 2019: 141).

The Movement Disorder Society’nin kurduğu 23 kişiden oluşan bir ekip 2007’de PHD için güncel tanı kriterleri geliştirmiştir. Bu kriterlere göre tanı koymak için gerekli ana kriterlerden ilki hastanın Queen Square Brain Bank kriterlerine göre Parkinson Hastalığı tanısı almış olmasıdır. Diğer kriter ise demansın sinsi başlangıçlı olması ve yavaş ilerlemesi, saptanmış olan Parkinson hastalığı ile ilişkili olarak gelişmesi ve hastanın öyküsü, klinik ve mental muayenesi ile tanı koyulması gerekliliğidir. Muayenede tespit edilmesi gereken bulgular; birden fazla alanda bilişsel bozukluk, hastalık öncesi durumuna kıyasla kötüye gidiş ve yaşanan zorlukların sosyal, mesleki ve özbakım gibi gündelik hayatı, motor bozukluklardan bağımsız olarak belirgin şekilde etkilemesidir. Klinik özellikler ise bilişsel ve davranışsal olmak üzere ikiye ayrılır. Bilişsel özellikler; dikkati odaklamada güçlük ve dikkat gerektiren aktivitelerde performansta düşüş, bir işi planlama, kavramsallaştırma, kurallarını oturtma, başlatma ve sürdürme gibi yürütücü işlevlerde bozulma, görsel-uzamsal becerilerde işlev bozukluğu, yeni bilgileri geri getirmede zorluk ve daha az görülmekle birlikte, kelime bulmada ve karmaşık cümleleri anlamada güçlük olarak sıralanmıştır. Davranışsal özellikler ise spontanlıkta azalma, motivasyon ve ilgi kaybı şeklinde ortaya çıkan apati, depresyon ve anksiyete bulguları içeren kişilik ve duygulanım değişiklikleri, görsel

halüsinasyonlar, genelde paranoid özellikli hezeyanlar ve gün içerisinde aşırı uykudur (Emre v.d., 2007: 1689).

1.1.4. Vasküler Demans

Vasküler bilişsel etkilenme, vasküler risk faktörlerinin sebep olduğu veya katkıda bulunduğu bir dizi bozukluğu kapsamaktadır. Bu terim; multi-enfarkt demans, küçük damar hastalığına bağlı demans, stratejik enfarkt demansı, hipoperfüzyon demansı, hemorajik demans, herediter VaD, vasküler değişikliklere bağlı MCI, vasküler ve dejeneratif patolojinin birlikte görüldüğü mikst tip demans olmak üzere vasküler hastalıklar ile ilişkili tüm bilişsel etkilenmeler için kullanılmaktadır (Graff-Radford, 2019: 147).

Bahsedilen diğer demansiyel bozukluklardan farklı olarak, VaD nörodejeneratif olmayan bir demans türüdür ve tüm demansiyel bozukluklar içinde ATD'den sonra en sık görülen ikinci demans tipidir. Kuzey Amerika ve Avrupa'da tüm demans vakalarının %15-20'sinin, Asya ve gelişmekte olan ülkelerde ise %30'unun VaD olduğu rapor edilmiştir (Wolters ve Ikram, 2019: 1542). Kalp krizine yol açabilecek herhangi bir risk faktörü, VaD için de risk faktörüdür. Bunların arasında en önemlileri yaş, hipertansiyon, diyabet, obezite ve sigara kullanımıdır (Smith, 2017:1059). Görünme sıklığı açısından erkeklerle kadınlar arasında belirgin bir fark yoktur. VaD için kanıtlanmış herhangi bir genetik risk faktörü tanımlanmamıştır. Buna karşın, kalp krizinin demans riskini 3-6 kat arttırdığı bildirilmiştir. ATD'de tanı sonrası ortalama sağ kalım 7-10 yıl iken VaD'nin tanı sonrası sağ kalımı 3-5 yıl olarak hesaplanmıştır (van der Flier v.d., 2018: 1).

VaD ve ATD'nin nöropsikiyatrik semptomları arasında belirgin benzerlikler vardır. Apati her iki hastalıkta da en sık rastlanan davranışsal bulgudur. VaD'de hastalık ilerledikçe apati, iritabilite, uyku bozuklukları, hezeyanlar ve ajitasyon görülme sıklığı da artar. VaD ve AH tanılı kişilerle yapılan çalışmalarda VaD'de ajitasyon, uyku bozukluğu, depresyon ve anormal motor davranışların belirgin bir şekilde daha sık görüldüğü ortaya konmuştur (Deardorff ve Grossberg, 2019:1). Klinik olarak VaD, ATD'den semptomları, seyri, vasküler hastalık öyküsü ve nörolojik muayenede saptanan fokal nörolojik bulguların varlığı ile ayrılır (Graff-Radford, 2019: 147).

Vasküler beyin hastalıkları ya da vasküler değişikliklerin ATD ve diğer nörodejeneratif hastalıklarda sık görüldüğü, ATD'nin ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı, asemptomatik enfarktlarda bile Alzheimer patolojisi ile birlikte demans görülme riskinde artışa neden olduğu yönünde bulgular artmaktadır. Vasküler bilişsel etkilenme nadiren izole olarak görülmektedir. Demanslı hastalarda yapılan bir otopsi çalışmasında, hastaların %13'ünde pür VaD saptanırken, %12'sinde vasküler değişikliklerin mevcut patolojiye katkıda bulunduğu tespit edilmiş ve demans hastalarının en az %25'inde vasküler hastalığın önemli bir bileşen olduğu ortaya konulmuştur (Knopman, v.d., 2003: 569). Demans hastalarını kapsayan toplum bazlı başka bir çalışmada ise, hastaların %38'inde ATD ve VaD, %30'unda hastada sadece ATD patolojisi, %12'sinde sadece enfarktlar, %4'ünde ise enfarktlarla birlikte LCD ATD patolojisi tespit edilmiştir. Sonuç olarak bu durum, vasküler hastalığın demans hastalarının yaklaşık %54'ünde kritik bir rol oynadığını göstermektedir (Schneider, Arvanitakis, Bang ve Bennett, 2007: 2197).

Serebral amiloid depolanması ve buna bağlı mikro ya da makro kanamalar nedeniyle de bellek sorunları ve yürütücü işlevlerde bozulma görülmektedir. Bu durum özellikle Alzheimer patolojisi ile birlikte görüldüğünde bilişsel performansı olumsuz yönde etkilemektedir. İntraserebral kanaması olanlarda, demans insidansı 4 yılda yaklaşık %28 olarak saptanmıştır. Altta yatan serebral amiloid depolanması bu riski arttırmaktadır. Ayrıca kardiyak arrest, karotid arterin tıkanması, hipotansiyon gibi nedenlerle oluşan serebral hipoperfüzyon da bilişsel bozulmaya yol açabilmektedir (Graff-Radford, 2019: 147).

Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences'in (AIREN) katkıları ile Neuroepidemiology Branch of the National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS), Nisan 1991'de uluslararası bir çalışma grubu oluşturmuş ve VaD için hem klinikte hem araştırmalarda kullanılmak üzere tanı kriterlerini belirlemiştir. Bu tanı kriterleri muhtemel, mümkün ve kesin olmak üzere üçe ayrılmıştır. NINDS-AIREN muhtemel VaD tanı kriterlerine göre, muhtemel VaD için, hafızada bozulma ile birlikte oryantasyon, dikkat, dil işlevleri, görsel-uzamsal beceriler, yürütücü işlevler ve motor becerilerden en az iki tanesinde gündelik hayatı etkileyecek düzeyde işlevsellikte bozulma şeklinde ortaya çıkan demansın olması gereklidir. Buna ek olarak nörolojik muayene ve radyolojik görüntüleme bulguları ile saptanan serebrovasküler hastalığın varlığı ile bu

hastalık ve demansiyel durumun kalp damar hastalıklarıyla ortaya çıkması, bilişsel becerilerde ani ve hızlı düşüş ya da bilişsel bozukluğun dalgalı seyretmesi ve adım adım ilerlemesidir. Mümkün VaD için, yukarıda bahsedilen alanları etkileyen demansiyel süreçlerin hayatı etkileyecek düzeyde olması ve kardiyovasküler hastalıkların varlığı gereklidir. Kesin VaD bulguları için ise muhtemel VaD bulgularına ek olarak biyopsi ya da otopside elde edilen kardiyovasküler hastalıkla ilişkili histopatolojik kanıtların varlığı gerekmektedir (Roman v.d., 1993: 250).

1.2. Mizaç, Karakter, Kişilik ve Kişilik Bozuklukları

Mizaç, karakter ve kişilik sıklıkla aynı anlamda kullanılsalar da birbirinden farklı kavramlardır. Mizaç, doğumdan itibaren bireylerin duygu, davranış ve dikkat alanlarında birbirlerinden farklı özellikler göstermesi olarak tanımlanır. Bu özelliklerin temelinde güçlü genetik ve nörobiyolojik faktörlerin olduğu düşünülmektedir (Mervielde, De Clercq, De Fruyt ve Van Leeuwen, 2005: 173). Bazı çocuklar daha girişken davranışları benimserken, bazıları arka planda kalmayı tercih eder; bazıları kolaylıkla ajite olabilirken, bazıları neredeyse hep mutlu görünür; bazıları saldırgan tutum sergilerken bazıları ise daha naziktir. Bu gibi farklılıklar, ebeveynler ve çocuklarla ilgilenen diğer kişiler tarafından kolaylıkla gözlemlenebilir (De Pauw ve Mervielde, 2010: 313).

Karakter ise sonradan edinilen özelliklerdir. Bu özellikler, yetiştirme tarzı ve çevresel etkiler ile zaman içerisinde öğrenilen ve gelişen tutumlardır. Bu özellikleri nedeniyle, mizaçtan farklı olarak değiştirilmeleri mümkündür. (Sayın ve Aslan, 2005: 277). Karakter, kişinin bireysel hedefleri ve değerlerini içerir. Cloninger ve arkadaşlarının 1993'teki çalışmasına göre karakter üç boyuttan oluşur. Bunlardan ilki, kişinin kendisini yönetme becerisi ile ilgilidir ve bireyin seçimleri konusunda sorumluluk alabilmesi, anlamlı amaçlar belirleyebilmesi ve sorun çözme becerisi ile bu konuda kendine duyduğu güvenden oluşur. İkinci boyut, işbirliği yapabilme becerisidir. Bu boyut sosyal kabul, empati, sevecen ve erdemli olabilme özellikleri ile ilgilidir. Üçüncüsü ise, kendini aşma olarak adlandırılan boyuttur ve benmerkezcilikten uzaklaşma, başkaları ile özdeşleşebilme ve manevi kabulü kapsar (Arkar, 2008: 116).

Kişilik ise, bireylerin hayatla ilgili görüşleri, yaşam deneyimlerini nasıl anlamlandırdıkları ve bu deneyimlere verdikleri farklı duygusal ve davranışsal tepkilerden oluşur. Cloninger ve Svarkic'e (2008: 472) göre kişilik dinamiktir; bireyin yaşadığı deneyimlerle değişir ve yeni durumlara uyum sağlar. Yazarlara göre, kişilik aynı zamanda psikobiyolojik bir sistemdir, yani hem biyolojik hem de psikolojik süreçlerle etkileşim içindedir. Son olarak kişilik, hem içsel hem dışsal etkenlere bağlı olarak değişir ve esner. Andersen ve Bienvenu (2011: 237) farklı teorisyenlerin kişilik kavramını nasıl açıkladıklarını derlemişlerdir. Bu derlemeye göre, 2005 yılında Rettew ve McKee kişiliğin oluşması üzerinde durmuşlar; kişiliğin temelini, erken ortaya çıkan yatkınlıkların oluşturduğunu ve bu yatkınlıkların yaşam boyu kişinin deneyimleri ve bilişsel becerileriyle şekillendiğini ve böylece kişilik özelliklerini oluşturduğunu açıklamışlardır. Kagan (1997) ise karmaşık kişilik özelliklerinin, çevresel faktörlerin zaman içerisinde mizaç üzerindeki etkisiyle oluştuğu savını öne sürmüştür. Aynı makaleye göre, Rothbart ve arkadaşları 2000 yılında erişkin kişiliğini, bireyin mizaç özelliklerine ek olarak, davranış örüntüleri, değerler, ihtiyaçlar ve hedeflerle açıklamıştır (Andersen ve Bienvenu, 2011: 237).

Millon'a (2016: 290) göre kişilik, gündelik hayatta işlevselliğin neredeyse tüm alanlarında kendini gösteren, bilinçsizce ortaya çıkan, kolay değiştirilemeyen psikolojik özelliklerin oluşturduğu karmaşık bir örüntüdür. Yazara göre, çocuklar hayatlarının ilk yıllarında çok farklı davranışlar sergilerler. Çocukların bu davranışları genellikle yaradılışları ile uyumlu olmakla birlikte, çevreye verdikleri tepkiler ve dış etkenlerle başa çıkma şekilleri spontan, değişken ve tahmin edilemezdir. Millon, bu davranışların, çocukların çevre ile nasıl baş edebileceklerini deneme çabası olarak açıklar. Zaman içerisinde çocuk kendi kapasitesi, enerji düzeyi, mizacının etkisi ve başkaları ile olan deneyimleri ile isteklerini elde edebilmek ve rahatsız olduğu durumlardan kaçınmak için belli davranışları benimser. Zamanla bu farklı davranışlar çeşitliliğini yitirir ve belirginleşir. Böylece, kişinin başkalarıyla ve dünya ile etkileşimde tercih ettiği örüntüler oluşur. Millon'a göre, bu örüntü iyice yerleşir, kolay değiştirilemez bir hal alır ve bireyin kendine özgü kimliğini oluşturur. Kısacası, yazara göre kişilik, biyolojik yatkınlık ve deneyimsel öğretilerle oluşan ve bireylerin algı, duygulanım, düşünce, baş etme yöntemleri ve davranışlarını içeren belirgin bir örüntüdür.

Millon'a (2016:292) göre, kişilik söz konusu olduğunda, normallik ve patoloji bir çizgi üstünde farklı noktalara işaret eder ve bu ikisini birbirinden ayıran net bir çizgi yoktur. Kişinin mizacına ek olarak, deneyimlerinin zamanlaması ve şiddeti, kişinin uyumlu ya da patolojik özellikler geliştirmesinde etkili olur. Birey çevre ile baş ederken esnek bir tutum sergileyebilir ve algısı ile davranışları genel olarak bireysel tatmin yaşamasını sağlarsa, sağlıklı bir kişilikten söz edilebilir. Çevresel faktörlere uyum sağlamada esnek olamama, tekrarlayan ve kendine zarar veren eğilimler ile stresli durumlarda duygulanımın stabilitesini kaybetmesi ise patolojik ya da uyumsuz örüntülerin göstergesidir.

Cloninger ve Svarkic'e (2008: 472) göre, stresli durumlarla karşılaşıldığında, herkeste bir takım hassasiyetler ve zorluklar ortaya çıkar. Böyle durumlarda kişiler hem kendileri hem de başkaları ile ilgili normalde olduğundan daha farklı hissederler. Benzer bir şekilde, sakin olduklarında ve olumlu tutumlarla karşılaştıklarında daha mutlu olabilirler, olgun davranabilirler. Bireylere özgü bu örüntülere kişilik adı verilir. Ancak, deneyimler karşısında esneklikten yoksun olmak kişilik bozukluğunun bir göstergesidir. Yazarlara göre, kişilik patolojisi olan bireylerin ortak özellikleri, kendi yaşadıkları fiziksel, psikolojik ya da sosyal sorunlarla ilgili sorumluluk almamaları ve başkalarını suçlamalarıdır. Kendi davranış ve düşüncelerindeki tuhaflığı fark etmeyen, kendilerini değiştirmek yerine başkalarını değiştirme çabası içinde olan bu kişiler, sıklıkla diğerlerinde öfke ya da kurtarma arzusu gibi güçlü duygusal tepikilerin uyanmasına neden olurlar. Yazarlar, uçlardaki bu kişilik özelliklerinin psikiyatrik tedaviyi olumsuz yönde etkilediğini bildirmişlerdir. Tedaviden fayda alınabilmesi için sadece ilaç tedavisinin yeterli olmadığını açıklamışlardır. Kendilerini anlamaları ve ilerleyebilmeleri için psikoterapiden de faydalanmaları gerektiğini öne sürmüşlerdir.

Normatif kişiliğin değerlendirilmesi amacıyla, uzun yıllara yayılan ampirik çalışmaların sonucunda, beş faktör kişilik modeli (BFK) ortaya çıkmıştır. John, Nauman ve Soto'ya (2008: 114) göre, böyle bir modelin gelişmesinin başlıca nedenlerinden biri, daha önceki kişilik çalışmalarında herhangi bir sınıflandırmanın olmamasıdır. Kişilik özelliklerinin sınıflandırılması, kişileri birbirinden farklı ve kendine özgü kılan binlerce özelliğin ayrı ayrı incelenmesinden, belirli alanlar altında değerlendirmeyi daha pratik ve mümkün kılmaktadır. Diğer bir önemli neden ise, konu ile ilgilenen araştırmacıların elde

ettikleri bilgi ve birikimleri paylaşabilmeleri ve daha kolay iletişim kurabilmeleri için ortak bir dil oluşturulmasıdır. Bu modelin temelleri, 1930’larda Klages, Baumgarten, Allport ve Odbert gibi psikologların, farklı kişilik özelliklerini tanımlayabilmek ve sınıflandırabilmek için insanların doğal olarak kullandığı ve sözlükte yer alan sıfatları belirlemesi ile atılmıştır.

Karaman, Doğan ve Çoban (2010: 2357), 1981’de Goldberg tarafından geliştirilen, BFK’yi temel alan ve kişiliği beş ana alan altında inceleyen ‘büyük beşli kişilik envanteri’ isimli ölçeği Türkçe’ye uyarlamıştır. Yazarlara göre, tek bir boyutta açıklanması mümkün olmayan kişilik yapılanmasını beş ana boyut altında toplayan çalışmalar arasında Cattell (1947), Guilford ve Thorstone (1953), Norman (1963) ile McCrea ve Costa’nın (1985) araştırmaları önemli bir yer tutmaktadır. Normatif kişiliğin değerlendirilmesi ile bireyleri tanıyabilmek ve yönlendirebilmek önemlidir. Bunun nedeni, kişilik özelliklerinin, insanların ilişkileri, meslek seçimleri, cinsel hayatları gibi pek çok alanı etkilemesidir. Widiger ve McCabe’e (2019: 2) göre, her bir birey, BFK modelinde kişilik özelliklerinin değerlendirildiği beş ana alanda, iki kutup arasındaki bir çizginin bir noktasında bulunmaktadır. Söz konusu alanlar; nevrotizm ya da duygusal dengesizlik/denge, dışadönüklük/içe dönüklük, yeniliğe açıklık/kapalılık, uyumluluk/zıtlık ile sorumluluk ya da sağduyululuk/disinhibisyonudur.

Normatif kişiliği ölçmek için Costa ve McCrae (1992) tarafından geliştirilmiş olan NEO-Kişilik Envanterinin Yenilenmiş Formunun (NEO-PI-R) Türkiye’ye uyarlanması Prof. Dr. Sami Gülgöz (2002: 175) tarafından yapılmıştır ve envanter Psychological Assessment Resources, Inc. tarafından verilen yetkiyle, ülkemizde eğitim, kariyer, kişisel gelişim gibi alanlarda değerlendirme amacıyla kullanılmaktadır. NEO-PI-R’ı oluşturan beş ana boyut ve 30 alt boyut Tablo 1’de sunulmuştur (Assess, 2020: 1):

Tablo 1. NEO PI-R’da Kişilik Boyutları

NEVROTİZM/ DUYGUSAL DENGESİZLİK	DIŞADÖNÜKLÜK	(YENİLİĞE) AÇIKLIK	GEÇİMLİLİK/ UYUMLULUK	SORUMLULUK/ SAĞDUYULULUK
Kaygı Kızgınlık Depresyon Sosyal Kaygı KontROLSÜZ Davranış Strese Yenilme	Sıcakkanlılık Sosyallik Baskınlık Hareketlilik Heyecan Arama Neşe	Hayalgücü Estetik Eğilim Duygusal Eğilim Deneyime Açıklık Zihinsel Merak Açık Görüş	Başkalarına Güven Açık Sözlülük Yardımsverlik Uyum Alçakgönüllülük Yumuşak Kalplilik	Beceriklilik Duygusu Düzen Göreve Bağlılık Başarma GÜDÜSÜ Özdisiplin Ayrıntılı Düşünme

Bu tezde, dağıtılan anketin içindeki ölçeklerden biri olan Kişilik İnanç Ölçeği – Kısa Formu, Butler ve arkadaşları tarafından 2007’de geliştirilmiştir. O yıllarda DSM’nin dördüncü baskısı kullanıldığı için bu tezde, ölçeğin değerlendirdiği 10 kişilik bozukluğu hem DSM IV-TR hem de günümüzde kullanılmakta olan DSM 5 - ikinci anabölüm tanı kriterlerine göre açıklanacaktır. Ayrıca, tezde araştırılan demanslı yakınına bakım veren kişinin kişilik özelliklerinin süreç ve kişinin deneyimleri üzerindeki etkisi, benzer araştırmalarda sıklıkla BFK kullanılarak değerlendirilmiştir. BFK, normatif kişiliği ve DSM 5’in üçüncü anabölümünde yer alan alternatif modele göre kişilik bozukluklarını ölçme ve değerlendirmede kullanılan model olduğu için, bu yeni yaklaşım hakkında da bilgi verilecektir.

1.2.1. Kişilik Bozuklukları

Psikolojik bozuklukların tanılarının konulmasında ortak bir dil kullanılabilmesi için ruh sağlığı çalışanları tarafından dünya genelinde başvurulmuş iki kaynak vardır. Bunlardan ilki Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) hazırlamış olduğu ve günümüzde 10. baskısının kullanıldığı Uluslararası Hastalık Sınıflandırma Sistemidir (International Classification of Diseases; ICD). Bu kitapta psikolojik bozukluklara ayrı bir yer ayrılmıştır. Ülkemizde bu amaçla en sık kullanılan diğer bir kaynak ise Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanmış olan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabıdır (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM). DSM’nin güncel olarak kullanılan 5. baskısı Amerika’da 2013 yılında yayımlanmış, Türkçe versiyonu ise Dr. Ertuğrul Köroğlu tarafından hazırlanmış ve 2014’te Hekimler Yayın Birliği tarafından yayımlanmıştır (Yılmaz, 2019: 1).

DSM IV-TR’nin ikinci ana bölümünde kişilik bozuklukları, bireyin ait olduğu kültürün beklentilerinden belirgin bir şekilde sapan, yaygın ve esnek olmayan içsel deneyim ve davranışlar olarak açıklanır. Bunlar ergenlik veya erken yetişkinlikte başlayan, zamanla stabil hale gelen, duygusal sıkıntıya ve işlevsellikte düşüşe yol açan örüntülerdir. Tanımlayıcı özelliklerine göre 10 başlığa ayrılan kişilik bozuklukları 3 kümeye ayrılmıştır. A kümesinde; paranoid, şizoid ve şizotipal, B kümesinde; antisosyal, borderline, histriyonik ve narsisistik, C kümesinde; ise çekingen, bağımlı ve obsesif kompulsif kişilik bozuklukları yer alır. DSM III’te ikinci eksen kişilik bozukluklarından biri olarak tanımlanmış olan pasif agresif kişilik

ise DSM IV’te başka türlü açıklanamayan kişilik bozuklukları başlığının altına çekilmiş ve bu kişiliğin tanımlayıcı kriterlerini belirleme açısından daha fazla çalışmaya gereksinim olduğu belirtilmiştir (APA, 2003: 729.)

DSM-IV-TR ve DSM 5 arasındaki en önemli değişikliklerden biri çok eksenli değerlendirme sisteminin kaldırılmış olmasıdır. 1980’de yayımlanan DSM-III ile birlikte, tanı koyarken ruh sağlığı çalışanlarının beş eksenli değerlendirmesi gerekliliği ortaya konmuştur. Buna göre; birinci eksenle klinik bozukluklar (duygudurum, anksiyete bozuklukları gibi), ikinci eksenle daha kalıcı olan kişilik bozuklukları ile mental retardasyon, üçüncü eksenle tıbbi rahatsızlıklar, dördüncü eksenle çevresel ve psikososyal faktörler, beşinci eksenle ise işlevselliğin genel değerlendirilmesi (Global Assessment of Functioning – GAF) göz önünde bulundurulmuştur. DSM-IV ve DSM-IV’ün gözden geçirilmiş versiyonu olan DSM-IV-TR’de çok eksenli değerlendirme sistemine devam edilmiştir. DSM 5’e geçildiğinde ise daha önceki uygulamalardaki ilk üç eksenin de tıbbi ve psikiyatrik rahatsızlıklardan oluştuğu düşünülmüştür. Bu nedenle, söz konusu üç alan birleştirilerek tek bir eksen haline getirilmiştir. En güncel versiyonda, kişilik bozuklukları ve sınıflandırıldıkları alt kümeler aynı kalmakla birlikte pasif agresif kişilik bozukluğuna değinilmemiştir (Yılmaz, 2019: 1).

Kişilik bozukluğu tanı kriterleri hem DSM-IV-TR’de hem de DSM 5’in 2. ana bölümünde aynı kalmıştır. Söz konusu kriterlere göre tanı konulabilmesi için, kişinin süregiden bir şekilde, içinde yaşadığı kültürün beklentilerinin belirgin olarak dışında bir içsel yaşantı ve davranış örüntüsü içinde olması gerekmektedir. Ayrıca bu örüntünün biliş, duygulanım, kişilerarası işlevsellik ve dürtü denetimi alanlarından en azından iki tanesinde kendini göstermesi şartı vardır. Bu örüntü esneklikten yoksundur, çok değişik bireysel ve toplumsal durumları etkiler; sosyal, mesleki ve diğer önemli alanlarda klinik olarak belirgin düzeyde sıkıntı ve işlev bozukluğuna yol açar ve uzun süre devam eder. Bahsi geçen örüntü, ergenlik ya da erken yetişkinlik dönemlerinde gözlemlenmeye başlanır. Kişilik bozukluğu kriterlerine uyması için, bu durumun başka bir psikiyatrik bozukluk, ilaç ya da madde kötüye kullanımı ya da başka bir sağlık sorunu kaynaklı olmaması gerekir (APA, 2003: 689; APA, 2014: 327).

DSM'nin son iki baskısında aynı kalan bu resmi tanı kriterlerine ek olarak, DSM-5'te üçüncü anabölüm altında, farklı kişilik bozukluklarının tanı kriterleri için alternatif bir model eklenmiştir. Bu yeni model, A kriterleri olarak sınıflandırılmış kişinin kendilik algısı ve kişilerarası işlevsellikle ilgili yaşadığı zorluklar ile B kriterleri olarak listelenmiş uyumsuz özelliklerden oluşan ve işlevsellik düzeyini etkileyen çok boyutlu, kategorik ve hibrid bir sistemdir (Beheydt v.d., 2019: 2). A kriterlerinde kendilikle ilgili bozulmalar, kimlik ve özyönetim konularını içerirken, kişilerarası işlevsellikle ilgili bozulmalar, empati ve yakınlık düzeyi ile ilgilidir. B kriterleri ise 25 alt başlıktan oluşan 5 kişilik özelliğinden oluşur. Bunlar olumsuz duygulanım, duygusal uzaklık, zıtlık, disinhibisyon ve psikotiklik boyutlarıdır (Morey, Benson ve Skodol, 2016: 648). APA'nın (2013b:1) kendi internet sitesinde, DSM'ye yeni eklenen bu yeni anabölümün kişilik bozukluklarıyla ilgili bilgilendirmeye göre, daha fazla incelenmesi önerilen yeni modelde, her biri kendine özgü örüntü ve bozulmalarla tanımlanabilen altı tane kişilik bozukluğu belirlenmiştir; bunlar borderline, obsesif kompulsif, çekingen, şizotipal, antisosyal ve narsisistik kişilik bozukluklarıdır. Bunların dışında kalanların ise özellik belirtilmiş kişilik bozukluğu olarak değerlendirilmesi önerilmiştir.

1.2.1.1. A Kümesi Kişilik Bozuklukları

1.2.1.1.1. Paranoid (Kuşkucu) Kişilik Bozukluğu

Hem DSM-IV-TR'de hem DSM 5'in ikinci anabölümünde, paranoid kişilik bozukluğunun (PKB) tanı kriterleri aynıdır. Erken yetişkinlik döneminden başlayarak başkalarına karşı yaygın bir kuşkuculuk ve güvensizlik, başkalarının davranışlarının altında kötü niyet algısının varlığı ile tanımlanan bu kişilik bozukluğunun kişinin hayatının farklı alanlarını etkilemesi durumunda tanı koyulur. Tanı koyulabilmesi için, başkalarının kendisine zarar verdiği ya da kandırdığı konusunda yeterli dayanak olmadan şüphe duyma, arkadaşlarının ya da çevresindeki kişilerin güvenilir veya sadık olmadığı konusunda kuşku duyma, paylaştığı bilginin kendisine karşı kullanılacağı korkusu ile başkalarına özelini anlatmama, sıradan yorum veya olaylarda gizli bir aşağılayıcı ya da tehdit edici anlam okuma, sürekli kin duyma, örneğin yaşanmış olumsuzlukları unutmama, başkalarının fark etmediği durumlarda kişiliğine ya da itibarına yönelik saldırı algılama, bunun sonucunda

hemen öfkelenme ya da karşı saldırıya geçme ve herhangi bir gerekçe yokken eşinin ya da partnerinin sadakatsizliği ile ilgili sürekli olarak şüphelenme gibi düşünce ve davranışlardan en az dört tanesinin kişide mevcut olması gerekir. Bu tanının konabilmesi için tüm bunların şizofreni, psikotik özellikli duygulanım bozukluğu ya da başka bir psikotik bozukluktan bağımsız olarak var olması ve herhangi bir fizyolojik sağlık sorunundan kaynaklanmaması gerekir (APA, 2003: 690; APA, 2014: 328).

DSM'nin birinci baskısından beri tüm baskılarında var olmuş olan PKB, A kümesi kişilik bozuklukları içinde en sık rastalanan bozukluk olmasına ve yapılan çalışmalara göre işlevselliğin düşmesi ile en fazla ilişkilendirilmiş üç kişilik bozukluğundan biri olmasına rağmen hakkında çok az çalışma yayımlanmıştır. Bunun sebepleri arasında, PKB tanı kriterlerine uyan kişilerin, bozukluğun temelinde yatan kuşkuculuk özelliği sebebiyle bilimsel çalışmalara katılma, terapiye başvurma ya da psikiyatrik ilaç kullanma oranlarının düşük olması yer alır (Triebwasser, Chemerinski, Roussos ve Siever, 2013: 795).

Yapılan çalışmalar yataklı psikiyatri kliniklerinde PKB prevalansının %2-30 olduğunu gösterirken, hapishanelerdeki prevalansın %23 olduğunu göstermektedir. Epidemiyolojik çalışmalara göre kadınlarda PKB daha sık ortaya çıkarken, klinik örnekleme göre erkeklerde görülme sıklığının daha fazladır. Sosyo-ekonomik koşulların düşük seviyede olması ve sosyal stresin yüksekliği de PKB ile ilişkilendirilmiştir. Çocukluk dönemi travmaları, özellikle duygusal ve fiziksel taciz ile ihmal, PKB için önemli risk faktörleri arasındadır. Sıklıkla çekingen, borderline, obsesif kompulsif, antisosyal ve narsisistik kişilik bozuklukları ile birlikte görülür. PKB'si olan kişilerin depresyona eğilimli olduğu bildirilmiştir. İntihar ve intihar girişimleri açısından yeterli veri olmamakla birlikte, diğer kişilik bozuklukları ile olan komorbiditesi bu riski yükseltmektedir. Kuşkuculuğa ek olarak kincilik, kıskançlık ve hostilite gibi özelliklerinden dolayı saldırganlık, takip etme gibi davranışlar içine girip hukuki davalarda sıklıkla sanık konumunda oldukları yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (Lee, 2017: 151).

1.2.1.1.2. Şizoid (Şizogibi) Kişilik Bozukluğu

Hem DSM-IV-TR'de hem DSM-5'te şizoid kişilik bozukluğunun (SKB) tanı kriterleri aynıdır. Erken yetişkinlik döneminden başlayarak, pek çok farklı durumda ve

yaygın bir şekilde, sosyal ilişkilerden kopukluk ve gösterilen duygulanımda kısıtlılık örüntüsü ile ortaya çıkar. Tanının konulabilmesi için, bir ailenin parçası olmak da dahil olmak üzere yakın ilişkileri arzu etmeme ve bunlardan hoşlanmama, nerdeyse her zaman tek başına yapacağı aktiviteleri tercih etme, başka biriyle cinsel deneyim yaşamayla ilgili çok az isteğinin olması ya da hiç olmaması, çok az aktiviteden keyif alma ya da hiç almama, en yakın akrabaları haricinde yakın arkadaşlıklarının olmaması, başkalarından gelen övgü ya da eleştiriye kayıtsız görünme ve duygusal olarak soğuk, kopuk olma veya künt afekt gibi düşünce, duygu ya da davranışlardan en az dört tanesinin kişide mevcut olması gerekir. Tanı ancak söz konusu durumun şizofreni, psikotik özellikli duygulanım bozukluğu ya da başka bir psikotik bozukluk veya otizm spekturumunun varlığından bağımsız olarak mevcut olması ve genel bir sağlık sorununun fizyolojik etkileriyle ilişkili olmaması halinde konulabilir (APA, 2003: 694; APA, 2014: 239).

Triebwasser; Chemerinski, Roussos ve Siever'e (2012: 919) göre, SKB'nin genel popülasyondaki prevalansı %0.9 iken klinik ortamlarda bu oran %2.2'dir ve en nadir karşılaşılan kişilik bozukluklarından biridir. Bununla birlikte kişilerarası ilişkiler, başarıya ulaşma alanlarında işlevselliği en düşük olan ve bu nedenle de yaşam kalitesinin düşmesi üzerinde en fazla etkisi olan kişilik bozuklukları arasındadır. Esterberg, Goulding ve Walker'a (2010: 515) göre, SKB tanılı kişiler hayatlarını başkalarıyla mümkün olduğunca az iletişim gerektirecek şekilde düzenlerler ve sıklıkla seçtikleri meslekler, becerilerinin çok altında olsa bile en az sosyal ilişki gerektirecek işler olur. Kendilerini dünyanın bir parçası olmaktansa, bir seyirci gibi algılarlar ve özerkliklerini korumak için başkalarıyla yakınlık ihtiyaçlarını feda ederler.

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB) ile sıklıkla karıştırılmasına rağmen, bu iki tanı arasında önemli bir fark vardır. SAB'de kişi aslında sosyal ilişkiler kurmak ister fakat kendine güvensizlik ya da reddedilmeye hassasiyet gibi sebeplerle bu ilişkilerden kaçınır; SKB olan kişi ise başkalarıyla ilişki kurma konusunda kayıtsızdır ve böyle bir yakınlığa arzu duymaz (Triebwasser, v.d., 2012: 919).

SKB tanılı yetişkinlerle yapılan çalışmalar, çocukluk ve ergenlik dönemlerinde majör depresyon öyküsünün sıklıkla görüldüğünü ortaya koymuştur (Triebwasser, v.d., 2012: 919). Çocukluk döneminde pozitif ebeveynliğin eksikliği de bu kişilik bozukluğu ile

ilişkilendirilmiştir (Thylstrup ve Hesse, 2009: 147). Yapılan diğer çalışmalarda ise yetişkinlikte tekrarlayan depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol ve maddeyi kötüye kullanma gibi psikiyatrik sorunların bu kişilik bozukluğunda sıkça görüldüğü ortaya konmuştur. SKB tanısı olan kişiler sosyal ilişkilerden kopuk bir şekilde kendi iç dünyalarında oluşturdukları fantazilerle yaşamayı tercih ettikleri için, zaman zaman depersonaliasyon ve nadiren manik süreçler yaşadıkları da rapor edilmiştir (Levi-Belz, Gvion, Levi ve Apter, 2019: 102; Esterberg, v.d., 2010: 515; Thystrup ve Hesse, 2009: 147).

1.2.1.1.3. Şizotipal (Şizotürü) Kişilik Bozukluğu

Hem DSM-IV-TR’de hem de DSM-5’te şizotipal kişilik bozukluğunun (STKB) tanı kriterleri aynıdır. Erken yetişkinlik döneminden başlayarak, yakın ilişkiler konusunda daralmış kapasite ve akut rahatsızlık duyguları ile ortaya çıkan, sosyal ve kişiler arası alanlarda yaygın bir kısıtlanmışlık örüntüsü ile kendisini gösterir. Bilişsel veya algısal çarpıklıklar ve eksantrik davranışlar bu örüntünün bir parçasıdır ve kişinin hayatında pek çok alanda ortaya çıkar. Tanının koyulabilmesi için referans sanrıları dahil olmamak üzere referans fikirleri, davranışı etkileyen ve alt kültürle uyumlu olmayan tuhaf inançlar ya da büyüsel düşünme (hurafecilik, görülmeyen şeyleri görme ya da telepati yeteneği gibi), alışılmışın dışında algısal deneyimler (bedensel yanılsamalar da dahil olmak üzere), tuhaf düşünme ya da konuşma (müphem, çevresel, metaforik, aşırı ayrıntılı ya da stereotipik), kuşkuculuk ya da paranoid düşünme şekli, uygunsuz ya da kısıtlanmış afekt, tuhaf, eksantrik, alışılmamış davranış ya da dış görünüm, birinci derece yakınları haricinde yakın arkadaşlarının veya sırdaşlarının olmaması, kişileri tanıdıkça azalmayan ve kendisi hakkındaki olumsuz yargılarından ziyade paranoid korkulardan kaynaklı aşırı düzeyde sosyal anksiyete olarak adlandırılabilir duygu, düşünce veya davranışlarından en az beş tanesinin kişide mevcut olması gerekir. Tanı ancak söz konusu durumun şizofreni, psikotik özellikli duygulanım bozukluğu, başka bir psikotik bozukluk veya otizm spektrumunun varlığından bağımsız olarak mevcut olması halinde koyulabilir (APA, 2003: 679; APA, 2014: 330).

Hakkında az araştırma yapılmış olan STKB’nin toplumda görülme oranı % 0.6-4.6 iken klinik ortamlarda bu oran %1.9 olarak bildirilmiştir ve erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülmektedir (Chemerinski, Triebwasser, Roussos ve Siever, 2013: 652). Çocuklarda ve

ergenlerde otizm spektrumunu çağrıştıran davranışların gözlemlendiği ve sıklıkla şizofrenik bozukluklarla ilişkilendirilen bu bozukluğun, işlevsellikte belirgin bir düşüşe sebep olmasına rağmen sıklıkla tanısının az koyulduğu ve yanlış tanıya konu olduğu bildirilmiştir (Esterberg, v.d., 2010: 515; Rosell, Futterman, McMaster ve Siever, 2014: 452).

STKB tanısı almış kişilerin genellikle tuhaf fikirler, büyümlü düşünme, ilüzyonlar ve derealizasyon gibi deneyimleri olur (Pattamanusorn, v.d., 2020: 1). Yüksek seviyede sosyal anksiyete, tuhaf konuşma, kısıtlı afekt, kuşkuculuk ve empati etksikliği de bu bozukluğa sahip kişilerin sosyal ortamlarda güçlük çekmesine sebep olur (Chemerinski, v.d., 2013: 652). Otizm spektrumu bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, depresif bozukluk ve anksiyete bozukluklarıyla birlikte görülme sıklığı yüksektir (Zhang, v.d., 2019: 209). STKB’de aliide şizofreni öyküsüne sık rastandığı bildirilmekle birlikte, ergenlerle yapılan çalışmalar söz konusu tanısı olan gençlerin %30’unun hayatlarının bir döneminde psikotik bozukluk geliştirdiğini ortaya koymaktadır (Esterberg, v.d., 2010: 515).

1.2.1.2. B Kümesi Kişilik Bozuklukları

1.2.1.2.1. Antisosyal (Toplum dışı) Kişilik Bozukluğu

Hem DSM-IV-TR’de hem de DSM-5’te antisosyal kişilik bozukluğunun (ASKB) tanı kriterleri aynıdır. Onbeş yaşından itibaren başkalarının haklarını gözardı ve ihlal etme ile ortaya çıkan bir örüntüye sahiptir. Tanının konulabilmesi için tekrarlanan şekilde tutuklanmaya sebebiyet verebilecek ve sosyal normlara uymayan yasadışı davranışlarda bulunmak, tekrarlayan şekilde yalan söyleme, takma ad kullanma, kendi zevki ya da çıkarı için başkalarını kandırma şeklinde sahtekarlık yapma, dürtüsel davranma ya da ileriye dönük planlama yapamama, sinirlilik ve saldırganlık, sıklıkla fiziksel kavgalara karışma, başkalarına saldırı, kendisinin ve başkalarının güvenliği konusunda umursamaz olma, işle ilgili konularda ya da maddi yükümlükler söz konusu olduğunda tekrarlayan şekilde sorumluluklarını yerine getirmeme ve birine zarar verdiğinde, kötü davrandığında ya da hırsızlık yaptığında umursamama veya durumu rasyonalize etme şeklinde ortaya çıkan pişmanlık duymama olarak adlandırılabilir. Tanı en genç 18 yaşında konabilir. 15 yaşının öncesinden itibaren davranım bozukluğunun kanıtları vardır. Söz konusu kişilik bozukluğunda antisosyal

davranışlar sadece şizofreni ya da manik episod sürecinde ortaya çıkmaz (APA, 2003: 701; APA, 2014: 331).

Glenn, Johnson ve Raine'e (2013: 427) göre ASKB prevelansı toplum genelinde %3'ü erkek, %1'i kadın olmak üzere, toplamda %2-3 civarında görülmektedir. Hapishanelerde ise bu oran erkek mahkûmların %47'si, kadın mahkumların ise %21'i olarak karşımıza çıkmaktadır. Tüm ASKB vakalarının %80-85'i aynı zamanda maddeyi kötüye kullanma tanısı da alıyorken, Amerik Birleşik Devletleri'nde alkolü kötüye kullanma tanısı ile takip edilen kişilerin %13.5'i ve uyuşturucu maddeleri kötüye kullananların %6.1'i ASKB tanısına sahiptir.

Alkol ve maddeyi kötüye kullanma haricinde, ASKB tanısı konan kişilerde sıklıkla anksiyete bozuklukları, depresyon, bipolar bozukluk, sınırda kişilik bozukluğu görülmektedir. Çocuklar ve ergenlerde ise davranım bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, çocukluk çağı travmatik yaşamlar ASKB ile ilişkilendirilen psikiyatrik sorunlardır. Erken dönem davranım bozukluğu ileride gelişebilecek antisosyal kişilik için bir gösterge iken, çalışmalar söz konusu tanıya sahip çocuk ve ergenlerin %50'sine yetişkinlikte ASKB tanısı konmadığını göstermektedir. Çocukluk dönemi risk faktörleri arasında yetersiz ebeveynlik tutumu, uyumsuz ve dengesiz aile ortamı, arkadaşlarla kötü ilişkiler ve eğitim alanında güçlükler sıralanmıştır (Hill, 2003: 11; Paris, Chenard-Poirier ve Biskin, 2013: 321).

Links, Gould ve Ratnayake'ye (2003: 301) göre yapılan çalışmalarda, 13-19 yaş grubunda ölümle sonuçlanan intiharların %17'sinde davranım bozukluğu ya da ASKB tanısına rastlanmıştır. Aynı yaş grubunda ölümle sonuçlanmayan intihar girişimlerinde ise ergen erkeklerin %45'inde, kızların ise %33'ünde antisosyal davranışlara rastlanmıştır. Çalışmalar ayrıca ASKB tanılı kişilerde intihar riskinin diğer bireylere göre 3.7 kat daha fazla olduğunu, 30 yaş altı ASKB'li erkeklerde ise bu riskin diğerlerine göre 9 kat fazla olduğunu ortaya koymuştur. 14-65 yaş aralığında kaza, intihar, cinayet gibi şiddet içeren nedenlerle gerçekleşen ölümlerin ASKB tanısı olmayanlara göre belirgin düzeyde daha sık görüldüğü bildirilmiştir.

Yetişkinlerde ASKB tanılı kişilerin iş hayatlarında istikrarsız oldukları, maddi açıdan genellikle çevrelerine bağımlı oldukları, borçla ilgili sorunlar yaşadıkları, evlilik ilişkilerinde de güçlük çektikleri bildirilmiştir. Pek çok defa tutuklanma, hapis cezası alma, dürtüsellik, disiplinsizlik, umursamazlık, sözel saldırganlık gibi sorunlar da bu bozukluk ile ilişkilendirilmiştir. Tüm bu nedenlerden dolayı, psikiyatrik ve diğer medikal ihtiyaçlarının fazla olması sebebiyle, hem sağlık açısından hem de ekonomik açıdan, ASKB tanısı almış kişilerin genel popülasyona kıyasla daha fazla desteğe ihtiyaç duydukları bildirilmiştir (Holzer ve Vaughn, 2017: 1).

1.2.1.2.2. Borderline (Sınırdaki) Kişilik Bozukluğu

Hem DSM-IV-TR’de hem de DSM-5’te borderline kişilik bozukluğunun (BLKB) tanı kriterleri aynıdır. Erken erişkinlik döneminden başlayarak kişiler arası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda yaygın bir istikrarsızlık örüntüsü ile kendini gösterir. Bu örüntü kişinin hayatının pek çok alanında mevcuttur. Tanı konabilmesi için; gerçek ya da hayali terk edilmeleri engelleyebilmek için hummalı bir çaba, karşındakini aşırı derecede idealize etme ile değersizleştirme arasında gidip gelen bir dengesizlikle gerginlik örüntüsü, belirgin ve sürekli değişiklik gösteren bir kendilik algısıyla kimlik karmaşası, aşırı harcama, cinsel ilişkiler, maddeyi kötüye kullanma, tıknırcasına yeme gibi en az iki konuda kendine zarar verebilecek şekilde dürtüsellik, tekrarlayan intihar davranışları, imaları, tehditleri ya da kendine zarar verme, duygulanımın tepkiselliğiyle ilişkili duygusal dengesizlik (genelde birkaç saat ya da en fazla birkaç gün süren dönemsel disfori, sinirlilik, anksiyete episodları gibi), süregelen bir boşluk duygusu, uygunsuz ve aşırı öfke, öfkeyi kontrol etmede güçlük ve stresle ilgili geçici paranoid düşünceler veya şiddetli dissosiyatif belirtiler gibi duygu, düşünce ve davranışlardan en az beş tanesinin olması gerekir (APA, 2003: 706; APA, 2014: 332).

Yoshimatsu ve Palmer’a (2014: 267) göre BLKB’nin toplum genelinde görülme prevalansı %5.9 iken bu oran psikiyatri kliniklerine başvuran kişilerde %20’dir. Yazarlara göre, klinik ortamlarda BLKB tanısı alan bireylerin %75’i kadındır, fakat bu oran toplum genelinde her iki cinsiyette eşit dağılım göstermektedir. Ellison, Rosenstein, Morgan ve Zimmerman’a (2018: 565) göre tanı geleneksel olarak 18 yaşından sonra konmakla beraber,

BLKB ile ilişkilendirilen duygusal değişiklikler ve davranışlar ergenlerde çok yüksek oranda görülürken, yaş ilerledikçe bulgularda belirgin bir azalma kaydedilmektedir. Yatarak tedavi gören ergenlerle yapılan çalışmalarda, hastaların %43-49'unda BLKB ile uyumlu bulgular saptandığı rapor edilmiş, genç erişkinlerde bu oranın %22, yaşlılarda ise %7 olduğu ortaya konmuştur.

BLKB'ye sıklıkla başka psikiyatrik problemler de eşlik eder. Rao ve Broadbear'e (2019: 573) göre bu tanıyı alan kişilerde BLKB'nin tek başına görüldüğü vakalar tüm hastaların sadece %5'ini oluşturmaktadır. BLKB tanılı kişilerin %80'i yaşam boyu en az bir majör depresif bozukluk (MDB) epizodu yaşamıştır ve yaklaşık yarısında süregelen MDB gözlemlenmektedir. Yazarlar ayrıca MBB tanısı ile tedavi gören tüm hastaların %10-30'unda BLKB'nin de eşlik ettiğini bildirmişlerdir. Shah ve Zanarini'ye (2018: 584) göre BLKB tanılı hastaların yaklaşık %96'sı yaşamlarının en az bir döneminde bir duygudurum bozukluğu tanısı almıştır.

Paris (2018: 576) makalesinde BLKB'de yaşanan depresyonun diğer depresyonlardan farklılık gösterdiğini belirtmiştir. Yazara göre depresyon yaşayan BLKB tanılı hastalar, diğerlerine göre daha dürtüseldir, daha fazla kendine zarar verme davranışı sergilerler ve daha fazla aşırı dozda madde kullanırlar. Bu kişilerde duygudurum daha değişken ve dalgalı seyreder. Tipik olarak depresif kişiler çevresel durumlardan çok fazla etkilenmezken, BLKB tanılı depresyon hastalarının duyguları, kişiler arası ilişkilerde ve diğer çevresel faktörlerde görülen değişikliklerden hemen etkilenir. Ayrıca, depresyon yaşayan BLKB tanılı hastalarda ilaç tedavisi diğerlerinde olduğu kadar etkili değildir. Bipolar II bozukluktan farklı olarak BLKB'de duygulanımdaki değişiklik, hipomanideki öforiden ziyade öfke ve sinirlilik şeklinde ortaya çıkar ve daha kısa süreli olur.

Duygudurum bozukluklarına ek olarak BLKB ile sıklıkla birlikte görülen diğer psikiyatrik sorunlar anksiyete bozuklukları, madde kullanımı ve yeme bozukluklarıdır. Yapılan çalışmalar BLKB tanılı kişilerin %0-48'inin yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), %3-46'sının sosyal fobi (SF), %0-20'sinin obsesif kompulsif bozukluk (OKB), %25-56'sının ise travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) tanısı da aldığını göstermektedir. BLKB'de yaşam boyu herhangi bir anksiyete bozukluğunun da görülme sıklığı %74.2-88 olarak bildirilmiştir (Shah ve Zanarini , 2018: 585).

Kienast, Stoffers, BERPpohl ve Lieb'e (2014: 280) göre BLKB tanısı almış bireylerin yaklaşık %78'i, hayatlarının bir döneminde aynı zamanda maddeyi kötüye kullanma ya da madde bağımlılığı da yaşamaktadır. Yazarlara göre, bu ek tanıları alan kişiler, madde kullanmayan BLKB tanılı kişilere göre daha dürtüsel ve klinik açıdan daha istikrarsızdır. Alkol ve madde ile ilgili tedavi gören ve BLKB tanısı olan kişiler, olmayanlara kıyasla daha fazla intihar davranışı sergilemekte ve tedaviyi yarıda bırakma eğilimi göstermektedir. Aynı zamanda bu kişilerin madde kullanmadan geçirdikleri dönemlerin diğerlerine kıyasla daha kısa olduğu görülmüştür.

Gunderson, Herpertz, Skodol, Torgersen ve Zanarini (2018:12), yapmış oldukları çalışmada diyalektik davranışçı terapi, mentalizasyona dayalı tedavi ve transferans odaklı terapi gibi farklı terapi yöntemlerinin BLKB'de duygu düzenleme, kendine zarar vermeme, agresyonu kontrol etme becerilerini geliştirme ve farkındalık kazanma gibi konularda oldukça faydalı olduğunu ortaya koymuşlardır. Söz konusu terapiler bireysel ya da grup formatında 3-5 günlük yoğun çalışma veya haftada bir ya da iki seans şeklinde daha uzun vadede gerçekleştirilmektedir.

1.2.1.2.3. Histriyonik Kişilik Bozukluğu

Hem DSM-IV-TR'de hem DSM-5'te histriyonik kişilik bozukluğunun (HKB) tanı kriterleri aynıdır. Erken erişkinlik döneminde başlayan ve kişinin hayatının pek çok alanında mevcut olan, aşırı duygusallık ve dikkat çekme ile kendini gösteren yaygın bir örüntüye sahiptir. Tanı koyabilmek için, kendisinin ilgi odağı olmadığı durumlarda rahatsızlık hissetme, başkalarıyla iletişimde sıklıkla uygunsuz düzeyde baştan çıkarıcı ve kışkırtıcı davranışlar sergileme, hızlı değişen ve sıkı duygulanım gösterme, düzenli olarak fiziksel görünüşü ile dikkati üzerine çekme davranışı içinde olma, fazlasıyla etkileyici ve ayrıntılardan yoksun bir konuşma tarzına sahip olma, duygularını aşırı ve teatral bir şekilde ortaya koyma, başkalarından ve durumlardan kolaylıkla etkilenme ve ilişkileri aslında olduklarından daha yakın algılama gibi duygu, düşünce ve davranışların en az beş tanesinin kişide mevcut bulunması gerekir (APA, 2003: 711; APA, 2014: 333).

Beck, Freeman ve Davis'e (2004: 216) göre histriyonik bireyler, başkalarının güvenilir olmadığına ve bu sebeple manipüle edilmeleri gerektiğine inanır. Yazarlara göre

bu kişiler temel olarak kendilerinin yetersiz olduğuna, bu sebeple kendi başlarının çaresine bakamayacaklarına ve herkes tarafından her zaman sevimli olmaları gerektiğine inanırlar. Blaney, Krueger ve Millon'un (2015: 671) biyososyal öğrenme modeline göre ebeveynler ve kişinin hayatındaki başka önemli kişilerin davranışları farkında olmayarak bu kişiliğin oluşmasına neden olmaktadır. Ebeveynlerin dramatik, düzensiz, havai ya da uygunsuz cinsellik içeren davranışlarının çocukların HKB geliştirmesi konusunda risk faktörü oluşturduğu düşünülmektedir (Sulz, 2010: 879).

Çalışmalar genel popülasyonun %2-3'ünün HKB tanı kriterleri ile uyumlu olduğunu ortaya koyarken, psikiyatri kliniklerine başvuran kişiler arasında bu oran %0.4 olarak bildirilmiştir. Kadınlarda HKB tanısı erkeklere kıyasla 4 kat daha fazladır (Fench ve Shrestha, 2020: 1; Novais, Araujo ve Godinho, 2015: 1). HKB tanısı koyulan kişilerde sıklıkla bordeline, antisosyal, narsisistik ve bağımlı kişilik tanılarına da rastlanmaktadır (Blagov ve Westen, 2008: 785).

Furnham'a (2014: 527) göre HKB tanılı kişilerin stresle başa çıkma yöntemleri kendilerini meşgul tutmaktır. Yazara göre bunu yaparken seçtikleri aktivitelerde ne kadar üretken olduklarından daha çok, ne kadar fazla sayıda aktiviteyi hayatlarına soktuklarını önemserler. Bu nedenle kaçırılan randevular, organize olmada zorluk, hızlı fikir değiştirme ve kararsızlık gibi güçlükler yaşarlar. Alandaki uzmanlar her ne kadar HKB'nin DSM'de bir kişilik bozukluğu olarak yer almaması konusunda fikir beyan etmişlerse de beşinci ve son baskıda tanı kriterleri değiştirilmeden aynı şekilde kalmıştır. Uzmanların bu şekilde görüş beyan etmelerinin birinci nedeni söz konusu kişilik bozukluğunun yaşam kalitesinde ya da kişiler arası işlevsellikte herhangi bir düşüşe neden olmamasıdır. İkinci nedeni, HKB ile ilişkilendirilen kriterlerin ve davranışların yeterince tutarlı ve gözlemlenebilir olmamasıdır. Üçüncü nedeni ise, şimdiye kadar yapılmış olan biyolojik ve genetik çalışmaların kayda değer herhangi bir faktör ortaya koyamamış olmasıdır (Skodol, v.d., 2011: 136).

1.2.1.2.4. Narsisistik (Özsever) Kişilik Bozukluğu

Hem DSM-IV-TR'de hem de DSM-5'te narsisistik kişilik bozukluğunun (NKB) tanı kriterleri aynıdır. Davranış ya da düşüncelerde üstünlük, hayran olunma ihtiyacı, empati yoksunluğu şeklinde ortaya çıkan, erken yetişkinlikte başlayan ve kişinin hayatının pek çok

alanında mevcut olan yaygın bir örüntüye sahiptir. Tanı koyabilmek için, kişinin kendi önemi hakkında büyülenmeci bir algısının olması (örneğin başarılarını ve yeteneklerini abartması, üstün biri olarak tanınma ihtiyacı), sonsuz başarı, güç, zeka, güzellik ya da ideal aşk gibi konularla zihninin yoğun bir şekilde meşgul olması, kendisinin özel ve eşsiz olduğu ve sadece kendisi gibi kişi ya da kurumlar tarafından anlaşılabileceği, yalnızca bu gibi kişilerle ilişkisi olması gerektiğine inanması, aşırı derecede hayranlık duyulması ihtiyacı, kayırılma ve her istediğinin yapılmasını bekleme şeklinde bir hakkı olduğu algısı, kendi amaçlarına ulaşmak için diğerlerinden faydalanma gibi sömürücü davranışlar içinde olması, empati yoksunluğu, kendisini başkalarının yerine koyma, onların istek ve ihtiyaçlarını anlama konusunda isteksiz olma, sıklıkla başkalarını kıskanma ya da başkaları tarafından kıskanıldığına inanma, kibirli ve tepeden bakan davranışlar içinde olma gibi düşünce ya da davranışların en az beş tanesine sahip olması gerekir (APA, 2003: 714; APA, 2014: 333).

Epidemiyolojik çalışmalara göre NKB toplum genelinde %0-6.25 oranında görülürken, klinik ortamlarda bu oran %1.3-20 arasındadır. Toplum genelindeki prevalans erkekler için %7.7, kadınlar için ise %4.8 olarak bildirilmiştir (Ronningstam, 2013: 105). NKB sıklıkla madde kullanımı, bipolar bozukluk ya da diğer kişilik bozuklukları ile birlikte görülür ve eş zamanlı görülen bu bozukluklar kişinin psikolojik ya da psikiyatrik yardım almasına yol açar. Narsisistik özelliklerin ciddiyetinin artması kişinin ilişkilerdeki işlevselliğinin bozulmasına, kendine ya da başkalarına karşı agresyonunun atmasına neden olur (Caligor, Levy, & Yeomans, 2015: 417).

NKB tanılı kişilerde ömür boyu depresif bozukluk prevalansı %42-50 olarak bildirilmiştir. NKB’de depresyon kişilik bozukluğu olmayan bireylerden farklılık gösterir. NKB’de depresif duygulanım daha çok çevresel etkenlere tepki olarak ortaya çıkar, birkaç saat içerisinde hızla artıp tekrar azalabilir ve ortadan kalkabilir. Hastalar kendilerini suçlamaktan çok başkalarına karşı öfkeli ve suçlayıcı davranışlar sergilerler. Tetikleyici bir olay sonrası intihar düşünceleri ortaya çıkabilir, böyle durumlarda ölümle sonuçlanmayan intihar girişimlerinde bulunabilirler. NKB’de depresyon bilişsel süreçleri etkilemez ve duygulanımı kısıtlamaz. Aynı zamanda uyku sorunları, iştahsızlık, kilo kaybı, cinsel istekte azalma gibi semptomlar da görülmez (Fjermestad-Noll, Ronningstam, Bach, Rosenbaum, & Simonsen, 2019: 2). Araştırmalarda, orta yaşlı ve yaşlı narsisistik kişilerde görülen belirgin

bir depresyon tipinden söz edilmektedir. Bu depresif durumun özellikleri boşluk ve anlamsızlık duyguları, geçmişte kaybettikleri imkanlarla ilgili ruminasyonlar ya da kendi iletişim ve davranış örüntülerinin olumsuz sonuçları ile ilgili farkındalık olarak bildirilmiştir (Ronningstam, 2011: 91).

NKB’de kişinin özgüveni kendini başkalarından üstün hissetme ile aşağı görme arasında dalgalanma eğilimi gösterir. Mükemmeliyetçilik, kıskançlık, utanç, hiddet ve boşluk duyguları NKB ile ilişkilendirilmiştir. NKB kişilik özelliklerine sahip bireyler üstünlük, değer ve beceri gibi konularda sıklıkla kendilerinden gerçek üstü beklentilere sahip olurlar. Özgüvenlerini sarsabilecek durumlardan kaçınma, bu durumları kontrol etme, özgüvenleri sarsıldığında ise yoğun olumsuz duygular hissetme eğiliminde olurlar (Ronningstam, 2011: 90). Dışarıdan gelen eleştiriler ile özgüvenlerini sarsan diğer tehditler, bu kişilerin öfke, agresyon ve bazen şiddetle tepki göstermesine neden olur. Olumlu durumlarda başarıyı kendileri üstlenirken olumsuz durumlarda başkalarını suçlarlar. Kişiler arası ilişkilerde, özellikle evlilik ya da flört gibi durumlarda, başlangıçta hoş bir insan izlenimi verirler, fakat ilişkiler yakınlaştığında bu ilk izlenim giderek olumsuzlaşır. NKB’ye sahip kişiler genellikle kendi kişilikleri konusunda içgörüyeye sahip olmazlar. NKB’nin tedavisinde transferans odaklı psikoterapi, mentakizasyona dayalı terapi, şema terapi ya da diyalektik davranışçı terapi gibi yöntemler önerilmektedir. Bahsedilen yöntemlerin hepsi uzun süreli terapilerdir ve terapistlerin bu konuda özel eğitim almış olması gerekir (Miller, Widiger, & Campbell, 2010: 642).

1.2.1.3. C Kümesi Kişilik Bozuklukları

1.2.1.3.1. Çekingen Kişilik Bozukluğu

Hem DSM-IV-TR’de hem de DSM-5’te çekingen kişilik bozukluğunun (ÇKB) tanı kriterleri aynıdır. Erken yetişkinlikte başlayan ve kişinin hayatının pek çok alanında varlığını gösteren sosyal çekiniklik, yetersizlik duyguları negatif değerlendirilmeye aşırı hassasiyet şeklinde kendini gösteren yaygın bir örüntüye sahiptir. Tanı koyabilmek için kişinin eleştirilme, onaylanmama ve reddedilme korkusuyla belirgin düzeyde kişiler arası temas gerektiren mesleki aktivitelerden kaçınması, beğenileceğinden emin olmadığı durumlar haricinde insanlarla iletişime geçmemesi, utandırılma ya da alay edilme korkusuyla yakın

ilişkilerde kendini kısıtlaması, zihninin sosyal durumlarda eleştirileceği ya da reddedileceği düşünceleriyle meşgul olması, yetersizlik duyguları nedeniyle yeni kişiler arası durumlarda tutukluk göstermesi, kendisini sosyal açıdan beceriksiz, kişisel olarak çekici olmayan ve başkalarından daha aşağıda (değersiz) bir kişi olarak görmesi ve utandırıcı olma olasılıkları nedeniyle yeni aktivitelere katılma ve kişisel risk alma gibi durumlar konusunda çekimser olması gibi duygu, düşünce ve davranışlarından en az dört tanesine sahip olması gerekir (APA, 2003: 718; APA, 2014: 334).

Maillard, Pellaton ve Kramer'a (2019: 888) göre genel nüfusun yaklaşık %2.3'ünde ÇKB vardır. Yazarlar, ÇKB'ye yatkınlık etkenleri arasında biyolojik hassasiyet ve çevresel faktörleri dile getirmişlerdir. Sellbom, Carmichael ve Liggett'e (2017: 299) göre ise bu oran toplumda yaklaşık % 6.6'dır. Araştırmacılar, ÇKB'nin diğerlerine kıyasla yaşam kalitesini olumsuz yönde en fazla etkileyen kişilik bozukluğu olduğunu vurgulamışlardır. Weinbrecht, Schulze, Boetteher ve Renneberg (2016: 29), bu kişilik bozukluğunun özellikle mental, sosyal ve somatik alanlardaki etkisinin gündelik hayattaki işlevselliği büyük oranda düşürdüğünü bildirmişlerdir. Yazarlar örnek olarak mental alanda özyeterlilik ve stres, sosyal alanda düşük eğitim düzeyi ve düşük gelir, somatik alanda ise somatik hastalıkların varlığından söz etmişlerdir. Ayrıca, ÇKB tanısı olan kişilerin kimlik, kendini yönlendirebilme becerisi, empati ve yakınlık kurabilme gibi konularda zorluk yaşadıklarını ve bu sebeple anksiyete, duygusal geri çekilme, anhedoni (keyif alamama) ve yakınlıktan kaçınma gibi özellikler geliştirdiklerini bildirmişlerdir. Olson ve Dahl (2012: 816), 165 kadın ve 125 erkekle yaptıkları bir çalışmada, ÇKB grubunun kontrol grubuna kıyasla belirgin farklılıklar gösterdiklerini ortaya koymuşlardır. Buna göre ÇKB grubundaki kişilerde evlilik ya da birlikte yaşama oranının düşüklüğü, düşük eğitim düzeyi, işsizlik, düşük gelir ve sakatlık maaşından yararlanma oranlarının kontrol grubuna göre belirgin oranda yüksek olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda ÇKB grubunda somatik hastalıkların varlığı, kas ağrıları, sık ağrı kesici kullanımı, doktora gitme sıklığı da kontrol grubuna göre belirgin bir farklılık göstermiştir.

Geçmişte ÇKB sıklıkla SAB ile ilişkilendirilmiş ve hatta pek çok araştırmacı ÇKB'nin, SAB'nin daha ileri seviyede ve hayatı daha fazla etkileyen bir formu olduğunu ileri sürmüştür. Ancak daha yakın zamanda yapılan çalışmalar ÇKB tanısı almış kişilerin

yaklaşık üçte ikisinin SAB tanı kriterlerini karşılamadığını ortaya koymuştur. Bununla birlikte ÇKB'nin sıklıkla depresyon ve maddeyi kötüye kullanma ile birlikte görüldüğü, intihar düşünceleri ve intihar riskini arttırdığı bildirilmiştir. Aynı zamanda, doğum sonrası depresyonu ile doğum öncesi anksiyete ve depresyon bulguları ihtimalinin de ÇKB ile arttığı dile getirilmiştir (Lampe ve Malhi, 2018: 55).

Lampe'ye (2016: 65) göre ÇKB ve SAB birbirinden bağımsız psikiyatrik durumlar olmakla birlikte ortak bir genetik hassasiyet söz konusudur. Yazara göre biyolojik akrabaları arasında SAB tanısı olan kişilerin ÇKB tanısı alma riski ile yine yakınları arasında ÇKB tanısı olan bireylerin SAB tanısı alma riski belirgin düzeyde artmaktadır. Bununla birlikte aynı çalışmada, ebeveynlerle güvenli bağ kuramamının ÇKB gelişmesine katkıda bulunduğu da ortaya konmuştur. Aşırı eleştirel, ihmalkar ya da duygusal olarak soğuk ebeveynlik tarzlarının bu durumun oluşmasına katkıda bulunduğu bildirilmiştir. Farklı çalışmalarda bilişsel davranışçı terapi ile şema terapi yaklaşımlarının ÇKB'nin tedavisinde faydalı olduğunun kanıtlandığı rapor edilmiştir (Weinbrecht v.d., 2016: 1; Lampe, 2016: 64).

1.2.1.3.2. Bağımlı Kişilik Bozukluğu

Hem DSM-IV-TR'de hem de DSM-5'te bağımlı kişilik bozukluğunun (BKB) tanı kriterleri aynıdır. Erken yetişkinlikte başlayan ve kişinin hayatının pek çok alanında varlığını gösteren aşırı düzeyde ilgilenilme ihtiyacı sebebiyle kişinin boyun eğen ve bağımlı davranışlara sahip olmasına neden olan bir örüntüye sahiptir. Tanı koyabilmek için kişinin başkalarından aşırı miktarda öneri ve onay almadan günlük kararlar vermekte güçlük çekmesi, kendi hayatının önemli alanları ile ilgili başka kişilerin sorumluluk almasına ihtiyaç duyması, destek ve onay kaybı kaygısıyla düşünce farklılıklarını dile getirmekte zorlanması, kendi kararlarına ve becerilerine güvenmediği için yeni projeler başlatma ya da bir şeyleri kendi başına yapma konusunda güçlük çekmesi, başkalarından ilgi ve destek alabilmek için hoş olmayan konularda gönüllü olmaya varacak derecede aşırı uçlara gitmesi, kendisine bakamayacağı konusundaki aşırı kaygısı nedeniyle yalnızken kendisini rahatsız ve çaresiz hissetmesi, ilgi ve destek alabilmek için yakın bir ilişkisi biter bitmez başka bir ilişki arayışına girmesi ve zihninin kendisine tek başına bakmak zorunda bırakılacağı ile ilgili gerçekçi

olmayan korkularla dolu olması gibi duygu, düşünce ve davranışlardan en az beş tanesine sahip olması gerekir (APA, 2003: 721; APA, 2014: 335).

Yakın'a (2014: 2) göre, BKB tanılı kişilerin oranı toplum genelinde %2,5 civarında iken bu oran tüm kişilik bozuklukları içinde %14'tür. Yazar, öz-bildirim ölçeği kullanılan araştırmalarda BKB'nin kadınlarda daha çok görüldüğüne işaret edildiğini, projektif ölçekler kullanılan araştırmalarda ise belirgin bir cinsiyet ayrımı olmadığını bildirmiştir. Carvalho, Pianowski ve Gonçaves (2019: 1), BKB'yi kararsızlık ve değersizlik duyguları ile boyun eğme tutum ve terk edilmekten kaçınma davranışlarıyla açıklamıştır. Yazarlara göre söz konusu semptomlar, kişilerin başkalarının karar ve yönlendirmelerine muhtaç hissetmelerine, kendileri ile ilgili yetersizlik ve güvensizlik inançlarına sahip olmalarına neden olur. Bu sebeple BKB tanılı bireyler yalnız kalmaktan korkar ve sürekli başkalarından destek bekleme eğilimi içinde olurlar.

Heintz, Freedberg ve Harper (2020: 7), diğer kişilik bozuklukları ile karşılaştırıldığında BKB'nin, erişkin ve yaşlı popülasyonlarında majör depresyonla birlikte en sık görülen durumlar arasında olduğunu bildirmişlerdir. Maccaferri, Dunker-Scheuner, De Roten, Despland, Sachse ve Kramer (2019: 2) ise BKB tanılı kişilerin, diğer kişilik bozukluklarına kıyasla, depresyona ek olarak yeme bozuklukları, somatizasyon bozuklukları ile panik bozukluğa daha yatkın olduklarını bildirmişlerdir. Yazarlar ayrıca bu kişilerde gastrointestinal problemler ile uyku bozuklukları gibi kronik sağlık sorunlarının daha sık görüldüğünü dile getirmişlerdir. Mroczkowski ve arkadaşları (2015: 26), bağımlı kişilik örgütlenmesi ile agorofobi ve panik bozukluk arasında güçlü bir bağ ortaya koymuştur. Tyrer, Morgan ve Cicchetti'ye (2004: 11) göre ise BKB tanılı kişilerin benzodiazepin bağımlılığına eğilimleri daha fazladır ve bırakırken diğer hastalara kıyasla daha fazla yoksunluk semptomları yaşarlar.

Bornstein (2012: 775), BKB'nin daha önceden düşünüldüğü gibi işlevsellikte hafif ya da orta düzeyde bir azalma görülmesi kanısının doğru olmadığını, çünkü bu bozuklukta intihar riski, çocuk istismarı, aile içi şiddet, sağlık hizmetlerinin kullanımı ve artan sağlık masraflarının işlevselliği belirgin şekilde bozduğunu bildirmiştir. Yazara göre, BKB tanılı kişiler terk edilme riskini azaltmak ya da duygusal sıkıntılarını ortaya koymak için sıklıkla ölümü amaçlayan ya da amaçlamayan intihar davranışlarında bulunmaktadır. Buna ek olarak

BKB tanılı erkekler, aynı dürtülerle daha fazla aile içi şiddet davranışları sergilerken, kadınlar bu davranışlara daha çok maruz kalmakta ve bu durumu daha fazla tolere etmektedir. Furnham (2018: 625) ise BKB tanısı olmayan ama bu kişilik özellikleri klinik altı düzeyde taşıyan kişilerin, uyumlu davranışları sebebiyle özellikle çalıştıkları yerlerde sadakatleri ve nezaketleri nedeniyle sıklıkla değer gördüklerini ve desteklendiklerini bildirmiştir.

Bornstein (2012:776), BKB tanılı kişilerle çalışırken bilişsel davranışçı terapi (BDT), psikodinamik yaklaşım ya da bilişsel varoluşçu terapiden faydalanılabileceğini, fakat seçilen ekol ne olursa olsun etili bir müdahale ve risk yönetimini mümkün kılabilmek için kapsamlı bir değerlendirme ve tedavi planlaması yapılması gerekliliğini vurgulamıştır. Yazar, BKB tanılı kişinin yakın çevresinin de bilgilendirilebilmesi ve durumun devam etmesine katkıda bulunan besleyici davranışlarının değiştirilebilmesi için çift ve aile terapisinden faydalanılabileceğini belirtmiştir. Yakın (2014:10) şema odaklı bilişsel terapide, özellikle sınırlı yeniden ebeveynlik ve empatik yüzleştirmenin olumlu sonuçlar doğurduğunu bildirmiştir. Maccaferri ve arkadaşları (2019: 4) ise, BDT ve şema terapiye (ŞT) ek olarak, açıklama odaklı terapinin de faydalı bir yöntem olduğunu ortaya koymuşlardır.

1.2.1.3.3. Obsesif Kompulsif (Takıntılı-Zorlantılı) Kişilik Bozukluğu

Hem DSM-IV-TR’de hem de DSM-5’te obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun (OKKB) tanı kriterleri aynıdır. Erken yetişkinlikte başlayan ve kişinin hayatının pek çok alanında varlığını gösteren, esneklik, açıklık ve verimlilik pahasına olacak şekilde zihnin düzen, mükemmeliyetçilik ve zihinsel ve kişiler arası kontrol konuları ile meşgul olduğu yaygın bir örüntüye sahiptir. Tanı koyabilmek için kişinin zihninin söz konusu aktivitenin amacını gözden kaçırarak derecede detaylar, kurallar, düzen, organizasyon ve programlamayla meşgul olması, mükemmeliyetçilik sebebiyle görevleri tamamlamakta zorlanması, özel uğraşlar ve arkadaşlıkları ihmal edecek derecede işe ve verimliliğe odaklı olması, ahlaki ve etik konular ve değerler konusunda esnek olmaması, aşırı vicdanlı ve titiz olması, eskimiş ve değersiz eşyaları duygusal bir değerleri olmadığı halde atamaması, eğer işler tam onun düşündüğü şekilde yapılmayacaksa iş ya da görevleri başkalarına dağıtamaması, gelecekte olabilecek felaketler için paranın saklanması gerektiğini düşündüğü için hem kendisi hem başkaları için para harcama konusunda çok eli sıkı davranması ve katı

ve inatçı olması gibi duygu, düşünce ya da davranışlardan en az dört tanesine sahip olması gerekir (APA, 2003: 725; APA, 2014: 335).

Diedrich ve Voderholzer (2015: 2), yapılan araştırmaların OKKB'nin %3-8 oranındaki görülme sıklığı ile toplum genelinde en yaygın görülen kişilik bozukluğu olduğunu ortaya koyduğunu bildirmiştir. Bu oran, ayakta tedavi gören psikiyatri hastalarında %8.7, yatarak tedavi olanlarda ise %23.3'e çıkmaktadır. Cinsiyete göre dağılım konusunda ise araştırmalar farklılık göstermekte, net bir bilgi ortaya koymamaktadır. OKKB genç erişkinlerde ve lise ve daha alt düzeyde eğitim seviyesindeki kişilerde daha az görülmektedir. Samuel ve Widiger'e (2011: 172) göre OKKB, eğitim düzeyinin yüksekliği ile pozitif bir ilişki içinde olan tek kişilik bozukluğudur. Yazarlar, OKKB'nin üniversite öğrencilerinde %8 oranla en sık görülen kişilik bozukluğu olduğunu rapor etmiştir.

12 aylık bir süreci kapsayan bir çalışmada panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, sağlık anksiyetesi, sosyal fobi ve diğer fobiler gibi anksiyete bozuklukları tanısı alanların %23-24'ünde, depresyon ve bipolar bozukluk tanısı alan kişilerin %24'ünde, alkol ve madde kullanımı bozukluklarıyla ilgili sorun yaşayanların %12-25'inde aynı zamanda OKKB tanısı olduğu bildirilmiştir (Diedrich ve Voderholzer, 2015:2). Atroszko, Demetrovics ve Griffiths (2020: 4) OKKB tanılı bireylerin, aşırı çalışma ve bu uğurda keyif içeren aktiviteleri ve kişiler arası ilişkileri ihmal etme eğilimleri sebebiyle tükenmişlik sendromu, anksiyete ve duygudurum bozuklukları ile alkol ve madde problemleri yaşamaya eğilimli olduklarını bildirmişlerdir. Ayrıca, uzun çalışma saatleri ve iş stresi ile ilişkili olarak bu kişilerin kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve diyabet gibi fiziksel hastalıklara da yatkın olduklarını açıklamışlardır. Yazarlar, sıralanan nedenlerden dolayı OKKB'nin, diğer kişilik bozuklukları ile karşılaştırıldığında, en fazla tıbbi maliyet ve üretkenlikte düşüşe neden olduğunu, bu sebeple de en fazla ekonomik yüke sahip olan kişilik bozukluğu olduğunu dile getirmişlerdir.

Ligget, Sellbom ve Bach'ın (2017: 7) araştırması OKKB'nin en belirgin özelliklerinin esneklik tanımayan mükemmeliyetçilik ve perseverasyon olduğunu ortaya koymuşlardır. Riddle ve arkadaşlarının (2016: 133) yapmış olduğu çalışma OKKB'yi iki ayrı boyutta ele almıştır. Bunlardan ilki düzen ve kontrol boyutudur; özellikleri mükemmeliyetçilik, işe aşırı sadakat, aşırı sorumluluk, görev paylaşımı konusunda

isteksizlik ve katı olmadır. Diğer boyut ise istifleme, eşyaları atamama ve karar vermekte güçlük çekme ile kendini gösterir. Starcevic ve Brakoulis'a (2014:65) göre OKKB'nin mükemmeliyetçilik özelliği depresyon ve intihar düşüncelerine, kişiler arası ilişkilerde esnek olamama özelliği ise öfke ve saldırgan davranışlara neden olmaktadır.

Gecaite-Stonciene ve arkadaşları (2020: 2), OKKB'deki mükemmeliyetçiliğin anksiyete ve depresyon semptomlarına ek olarak kronik zihinsel yorgunluğa neden olduğunu bildirmişlerdir ve bunu işkoliklik, işle ilgili ruminasyonlar ve düşük uyku kalitesi ile ilişkilendirmişlerdir. Petrov, Emert ve Lichstein'a (2019: 2) göre OKKB tanılı kişilerin uykuya dalma, uykuyu sürdürme ve yeterince dinlendirici bir uyku uyuyamama eğilimleri diğer kişilere göre daha fazladır. Araştırmacıların kronik insomnia ve hipnotik uyku ilacı bağımlılığı olan kişilerle yaptıkları çalışma, OKKB tanısı olan bireylerin olmayanlara kıyasla gün içindeki işlevselliklerinde daha fazla düşüş ve daha şiddetli yorgunluk yaşadıklarını ortaya koymuştur.

Gebeliğin son haftasında başlayan ve doğumdan bir sene sonrasına kadar sürdürülen bir çalışmada ise OKKB özellikleri doğum sonrası depresyonu ile ilişkilendirilmiştir. 1427 kadının katılımı ile yapılan bu çalışmada, katılımcılar bir sene içerisinde beş defa değerlendirilmişlerdir. Tüm katılımcıların %92'si düşük düzeyde depresif bulgular gösterirken, %8'inde klinik olarak belirgin düzeyde depresif bulgulara rastlanmıştır. OKKB kişilik özellikleri olan katılımcıların belirgin bir kısmında doğum sonrası yüksek olan, fakat yeni duruma alışıkça azalan tipte depresif bulgular ya da başlangıçta hafif olan ama sene içerisinde gittikçe ağırlaşan depresif bulgular görülmüştür (van Broekhoven, Karreman, Hartman, Lodder, Endendijk, Bergink ve Pop, 2019: 481).

Petrov ve arkadaşlarının çalışmasında (2019: 747) katılımcılar 8 hafta boyunca haftalık bireysel davranışçı terapi almışlardır ve gevşeme egzersizleri, uyarıcı kontrolü ve uyku hijyeni hakkında bilgilendirilmişlerdir. Hem OKKB tanısı olan katılımcıların hem de olmayanların terapiden olumlu şekilde fayda sağladığı görülmüştür. Ancak bir sene sonra yapılan değerlendirmede, OKKB tanısı olan kişilerdeki nüks oranının diğerlerine kıyasla belirgin düzeyde yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sebeple araştırmacılar davranışçı terapiye kıyasla BDT'nin daha faydalı olabileceğini önermişlerdir. Diedrich ve Voderholzer bilişsel terapi ve BDT'nin ilaçla kombine bir şekilde uygulanmasının faydalı olduğunu, fakat

şema terapi ve açıklama odaklı terapinin daha olumlu sonuç verdiğini bildirmişlerdir. Cheli, MacBeth, Popolo ve DiMaggio (2020: 10) ise kişiler arası metakognitif terapinin OKKB'nin tedavisinde özellikle mükemmeliyetçilikle ilgili bulguları belirgin düzeyde azalttığını ortaya koymuştur.

1.2.1.4. Başka Şekilde Tanımlanamayan Kişilik Bozuklukları

DSM-IV-TR'de bu kategori, yukarıda tanımlanmış olan hiçbir kişilik bozukluğunun kriterlerine tam olarak uymamakla birlikte, işlevselliğin önemli alanlarında belirgin düzeyde sıkıntı ve bozulmaya neden olan kişilik örüntülerini tarif eder. Bu kategori için verilen örnekler depresif kişilik bozukluğu ve pasif agresif kişilik bozukluğudur. DSM-5'te de başka şekilde tanımlanamayan kişilik bozuklukları; herhangi bir tanı kümesindeki bir tanının kriterlerini tam olarak karşılayamayan, ancak klinik olarak belirgin düzeyde sıkıntıya neden olan ve toplumsal düzeyde ve işle ilgili konular gibi yaşamın ana alanlarındaki işlevsellikte belirgin bir düşüşe neden olan baskın kişilik özelliklerinin olduğu örüntüler şeklinde açıklanmaktadır. DSM-5, DSM-IV-TR'den farklı olarak, söz konusu bozukluklar için listelenmemiş herhangi bir kişilik yapılanmasına ismen işaret etmemektedir (APA, 2003: 729; APB, 2014: 337).

1.2.1.4.1. Pasif Agresif Kişilik Bozukluğu

Pasif agresif kişilik bozukluğu (PAKB) DSM-IV-TR'de 'daha fazla araştırılması gereken kriter setleri ve eksenler' başlığı altında ele alınmıştır. Bu başlık altında, DSM-IV'ü hazırlayan görev ve çalışma grupları tarafından incelenmiş, fakat yeni DSM'ye eklenmesi için yeterli kanıt bulunamamış olan, bu sebeple daha fazla bilgi toplanması ve araştırma yapılması önerilen farklı bozukluklar sıralanmıştır. Böylece, DSM-III'te ikinci eksen bozukluklar arasında yer alan pasif agresif kişilik bozukluğu DSM-IV'te bu kategoriden çıkartılmıştır. DSM-IV'te daha fazla araştırılması önerilen bu bozukluğun tanımı, erken yetişkinlik döneminde başlayan ve kişinin hayatının pek çok alanını etkileyen yaygın bir örüntü ve olumsuz tutumlar ve yeterli performansla ilgili taleplere pasif bir direniş olarak yapılmıştır. Bu kriterin altında kişinin günlük sosyal ve mesleki görevlere karşı pasif bir şekilde direnmesi, başkaları tarafından yanlış anlaşıldığından ve takdir edilmediğinden yakınması, somurtkan ve tartışmacı olması, otoriteyi makul olmayan şekilde eleştirmesi ve

küçümsemesi, daha şanslı olan kişiler hakkında kıskançlık ve kızgınlık ifade etmesi, kendi şanssızlığı hakkında abartılı ve süregelen şikayetler dile getirmesi ve düşmanca meydan okuma ile pişmanlık arasında gelgitler yaşaması gibi özelliklerin en az dört tanesine sahip olması gerektiği belirtilmiştir. Burada ifade edilen duygu, düşünce ve davranışların sadece majör depresif dönemde ortaya çıkmaması ve distimik bozuklukla karışmaması gerekmektedir. DSM-5'te ise bu bozukluğa hiç değinilmemiştir (APA, 2003: 729).

Pasif agresif kişilik kavramı ilk olarak ikinci dünya savaşında çocukça davranan, kurallara karşı gelen, bilinçli bir beceriksizlikle sorumluluklardan kaçınan askerleri tanımlamak için ortaya çıkmış ve sonrasında psikiyatristler tarafından sivil hayata uyarlanmıştır. 1952'de yayımlanan DSM-I'de bu kişilik bozukluğu pasif bağımlı, pasif agresif ve agresif olarak üç alt gruba ayrılmıştır. DSM'nin ikinci baskısında pasif bağımlı alt tipi çıkarılmıştır (Furnham ve Crump, 2017: 496). PAKB, DSM'nin üçüncü baskısında dirençlilik özelliği vurgulanarak tekrar yayınlansa da, yaygın olarak kabul görmemiş ve çok tartışılmıştır. DSM-III'teki kriterlerin çok dar ve kısıtlı olması ve ortaya koyulan özelliklerin diğer pek çok kişilik bozukluğunda da var olmasına ilişkin görüşler nedeniyle DSM-IV'te daha fazla araştırılması gereken kriterler bölümüne alınmış ve adı pasif agresif (negativist) kişilik olarak değiştirilmiştir. (Fossati, v.d., 2000: 73). DSM-IV'te önceki baskılarda daha çok direnç gösterme, inatçılık, erteleme, beceriksizlik ile sınırlı olan kriterlere somurtkanlık, sinirlilik ve olumsuz davranışlar da eklenmiştir (Rotenstein, v.d. 2007: 29).

Tartışmalı tarihçesine rağmen PAKB pek çok farklı teoride yer almıştır. Lorna Benjamin'in (2003: 262) kişiler arası yaklaşımında PAKB, öfke gösterme, boyun eğmeme ve kendi otonomisini oluşturma davranışlarının cezalandırılması ile kendini gösteren ve güce karşı hassasiyetle öne çıkan bir gelişimsel örüntü olarak açıklanmıştır. Beck'in bilişsel yaklaşımında ise PAKB, güç ve otonomi ile ilgili inançlarla ilişkilendirilmiş ve kişilerin kendilerini kolay kontrol edilebilir, başkalarını ise talepkar ve müdahaleci olarak algıladığı öne sürülmüştür (Pretzer ve Beck, 1996: 36). Kernberg'in psikoanalitik yaklaşımı ise, PAKB'yi süperegounun yeterince gelişmemiş olması ve daha ilkel patolojik savunmalara sebep olması ile açıklamıştır (Hopwood v.d., 2009: 257). Millon PAKB'yi yıpratıcı, dolaylı, hoşnutsuz ve kararsız olarak dört alt gruba ayırmıştır (Furnham ve Crump, 2017: 497). Hopwood ve Wright ise PAKB'nin belirleyici özelliklerini üç gruba ayırmıştır; iş yerinde

olumsuz duygularını ortaya koymak için sorumsuz davranışlarda bulunmak, özellikle otorite figürleriyle ilişkilerinde yetersiz hissetmek, başkaları tarafından kötü davranıldıklarına dair inançları nedeniyle hor görülmüş ve dargın hissetmektir (Lewis, Ridenour, Piman ve Roche, 2020: 1).

Farklı çalışmalara göre PAKB'nin toplum genelinde görülme sıklığı %1.6-5.6'dır ve maddeyi kötüye kullanma, anksiyete, intihar düşünceleri ve intihar davranışları, saldırgan ve suç oluşturan davranışlar, obezite ve migren için risk faktörü oluşturduğu bildirilmiştir (Czajkowski v.d., 2008: 118; Laverdiere, Ogrodniczuk ve Kealy, 2019: 820). Hopwood ve Wright'a (2012: 297) göre PAKB hem genetik hem de çevresel etkenlere bağlı olarak gelişen bir durumdur ve yüksek nevrotizm, manipülatiflik, agresyon ve düşük uyumluluk ve sorumluluk düzeyiyle kendini gösterir.

1.2.2. DSM-5 Anabölüm III'e Göre Kişilik Bozuklukları İçin Alternatif Model

DSM'nin son baskısında eklenmiş olan üçüncü anabölüm, alanda çalışan kişilerin, danışanları değerlendirmesine ve tedavi planı oluşturmaya yardımcı olabilmek amacıyla tasarlanmış yeni değerlendirme ölçütleri ile bir takım modeller sunmaktadır. Bu anabölümde, psikiyatrik bozukluklarda ortaya çıkan bulguların sayısını, şiddetini, süresini sayısal olarak ölçebilen ve takip edebilen yeni değerlendirme ölçütleri, kültürel farklılıkların tanı ve tedavide yaratabileceği sorunları elemeye yönelik yeni bir yaklaşım ile DSM'nin sonraki baskılarında eklenebilecek ancak daha fazla araştırılması gereken durumlara ek olarak kişilik bozukluklarının değerlendirilmesinde daha fazla araştırılması önerilen yeni bir model paylaşılmıştır. Bu alternatif modelde kişiliğin işlevselliğinde bozulma, yani bireyin kendini ve başkalarını nasıl algıladığı değerlendirilmektedir. Söz konusu bozulma, patolojik kişilik özelliklerini tanımlayan beş geniş alanı kapsamaktadır (APA, 2013b:2).

APA'nın, DSM 5'in ikinci anabölümünde yer alan tanı kriterlerine ek olarak üçüncü anabölümde alternatif modelin sunulması kararının nedeni, yeni yaklaşımın halihazırda var olan yaklaşımdaki eksiklikleri gidermeye yönelik gelişimini sürdürürken, mevcut klinik uygulamaların devamlılığını sağlayabilme gerekliliğidir. Uygulamada olan ikinci anabölümle ilgili kaydedilen sorunlar arasında, danışanların bulgularındaki örüntülerin sıklıkla birden fazla kişilik bozukluğu ile uyumlu olması ya da hiçbir kişilik bozukluğu

altında tam olarak tanımlanamaması yer almaktadır. Yeni modelde, kişilik bozuklukları kişilik işlevselliğinde bozulmalarla ve patolojik kişilik özellikleriyle tanımlanmaktadır. Bu model antisosyal, çekingen, sınırdan, narsistik, obsesif kompulsif ve şizotipal kişilik bozukluklarının tanısının koyulmasını mümkün kılarken, bir yandan da danışanda bir kişilik bozukluğunun olduğunun düşünüldüğü, ancak herhangi bir kişilik bozukluğunun tanı kriterlerine tam olarak uygunluğun tespit edilemediği durumlarda, özellik belirlenmiş kişilik bozukluğu (PD-TS) tanımının yapılmasına imkan vermektedir (APA, 2013a: 761).

1.2.2.1. DSM-5 Kişilik Bozuklukları için Alternatif Modele Göre Tanı Kriterleri

Alternatif modele göre, bireye kişilik bozukluğu tanısı konulabilmesi için belirlenmiş yedi temel kriter bulunmaktadır. Kişinin bulgularının tanıyı karşılayabilmesi için kişilik işlevselliğindeki bozulmanın düzeyinin ölçülmesi ve patolojik kişilik özelliklerinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Yedi kriterden ilki (A kriteri), bireysel ya da kişiler arası kişilik işlevselliğinin orta ya da ileri düzeyde bozulmasıdır. Bu bozulmanın seviyesi, kişilik işlevselliği düzeyi skalası (LPFS) ile ölçülmektedir. Bireysel işlevsellik düzeyi, kimlik ve kendini yönlendirebilme becerisi; kişiler arası işlevsellik düzeyi ise, empati ve yakınlık becerileri ile ilgili alanlar ölçülerek değerlendirilmektedir. LPFS için Bender, Morey ve Skodol'un (2011: 344) literatürdeki farklı teori ve yöntemleri inceleyerek oluşturdukları kişilik işlevselliği düzeyi modeli önerisi temel alınmıştır. Buna göre danışanın bireysel ve kişiler arası işlevsellik düzeyi, bir boylam üzerinde, hiç, hafif, orta, belirgin ya da çok ağır bozulma olarak belirlenir. Krueger ve Hobbs'a (2020: 128) göre LPFS, kişinin kendi kendini değerlendirmesi, yakınlarının ifadeleri ya da bir psikolog veya psikiyatrist tarafından gerçekleştirilen yapılandırılmış bir görüşme ile tespit edilebilir. Kişilik işlevselliğini ölçerken göz önünde bulundurulacak bileşenler DSM-5'te Tablo 2'de sunulmuştur (APA, 2013a: 762).

Tablo 2. DSM-5 Kişilik İşlevselliğinin Bileşenleri (2013)

KİŞİLİK İŞLEVSELLİĞİNİN BİLEŞENLERİ
KİŞİSEL İŞLEVSELLİK: 1. <i>Kimlik:</i> Kendini biricik olarak algılayabilme ve başkaları ve kendisi arasında net sınırlar çizibilme, özgüveni sürdürebilme ve kendini olduğu gibi değerlendirebilme, duygusal deneyimleri düzenleyebilme. 2. <i>Kendini yönlendirebilme:</i> Kısa ve uzun dönem için anlamlı ve rasyonel hedefler belirleyerek bunların peşinden gidebilme, yapıcı ve sosyal açıdan uygun içsel davranış standartları belirleyebilme ve kullanabilme, verimli bir şekilde özdeğerlendirme yapabilme.
KİŞİLER ARASI İŞLEVSELLİK: 1. <i>Empati:</i> Başkalarının deneyimlerini ve motivasyonlarını anlayabilme ve bunlara değer verebilme, farklı görüşleri tolere edebilme, kendi davranışlarının diğerleri üzerindeki etkisini anlayabilme. 2. <i>Yakınlık/samimiyet:</i> Başkalarıyla ilişkinin derinliği ve süresi, başkalarına yakın olma arzusu ve becerisi, kişiler arası davranışa karşılıklı bir şekilde önem verebilme.

İkinci kriter olarak listelenmiş olan B kriterine göre, patolojik kişilik özellikleri 5 geniş özellik alanı altında 25 özellik yönünü incelemektedir. Beş geniş alanda incelenen özellikler olumsuz duygulanım, duygusal kopukluk, zıtlık, disinhibisyon ve psikotizmdir (APA, 2013a: 762). DSM-5 için kişilik özellikleri envanteri (PID-5) Krueger, Derringer, Markon, Watson ve Skodol tarafından geliştirilmiştir. Alanda çalışan profesyonellerin kullanımına açık olan ve 220 maddeden oluşan envanter ve skor tablosu APA'nın web sayfasında paylaşılmaktadır (APA, 2013c: 1; Krueger, v.d., 2012: 1879). Waugh ve arkadaşlarına (2017: 83) göre PID-5'in bireyin kendisini değerlendirdiği versiyonuna ek olarak yakınlarının bildirimlerinin kullanıldığı bir form da mevcuttur. Klinisyenler de görüşme, hastanın geçmişi ve diğer psikometrik bilgilere dayanarak kişilik özelliklerini değerlendirebilirler. PID-5'in kısa formu ise 25 özellik alanını kapsam dışı bırakarak kişilik özelliklerinin beş geniş alanının değerlendirilmesini mümkün kılmaktadır. DSM-5'te sunulan kişilik özellikleri alanları, genel tanımları ve yönleri temel alınarak hazırlanmış olan Tablo 3'te sunulmuştur (APA, 2013a: 779).

C ve D kriterleri, ilk iki alanda belirtilen işlevsellikteki bozulma ve patolojik özelliklerin yaygınlığı ve istikrarlılığı ile ilgilidir. Kişiliği, bireyin kendi ve çevresi ile ilgili algısı, ilişkisi ve düşünme şekli olarak tanımlayan modele göre, çok patolojik kişilikler haricinde herkesin çevreye bir miktar uyum sağlayabilme becerisi vardır. Kişilik örüntüsünün uyumsuzluğu ve esneme becerisinin olmaması, bireyin duygu ve düşüncelerini değiştirmeyi başaramamasına ve sosyal, mesleki ve diğer önemli alanlarda zorluk yaşmasına neden olur. Modele göre, patolojik kişilik özellikleri değişebilmekle birlikte, işlevsellik

düzeyi sıklıkla sabit kalmaktadır. Son olarak E, F ve G kriterlerinde, kişilik işlevsellik düzeyi ve kişilik özelliklerinin, başka bir psikiyatrik bozukluk, madde etkisi ya da fiziksel hastalıkla ilgili olmaması gerektiği, ayrıca söz konusu durumun kişinin gelişimsel sürecinin hangi aşamasında olduğu veya sosyokültürel ortamının gereksinimleri değerlendirilerek ele alınması gerektiği belirtilmektedir (APA, 2013a: 763).

Tablo 3. DSM-5'e Göre Kişilik Alanları, Alanların Genel Tanımı Ve Kişilik Yönleri (2013)

KİŞİLİK ALANLARI	ALANLARIN GENEL TANIMI	KİŞİLİK YÖNLERİ
OLUMSUZ DUYGULANIM/ EMOSYONEL STABİLİTE	Anksiyete, depresyon, suçluluk, utanç, öfke gibi olumsuz duyguları sık ve yoğun bir biçimde yaşamak ve bunlara bağlı olarak kendine zarar verme gibi davranışsal ya da bağımlılık gibi kişiler arası sonuçların ortaya çıkması.	Emosyonel Labilite Kaygınlık Ayrılma Güvensizliği Boyun Eğicilik Düşmanca Davranma Perseverasyon Duygusal Çökkünlük Kuşkuculuk Kısıtlı Duygulanım
DUYGUSAL KOPUKLUK/ DIŞADÖNÜKLÜK	Genel gündelik iletişimden arkadaşlıkları ve yakın ilişkileri kapsayacak şekilde kişiler arası ilişkilerden ve sosyal durumlardan kaçınmak, kısıtlı afektif deneyim ve dışavurum, özellikle de bu durumlardan zevk alabilme kapasitesinin sınırlılığı	İçe Kapanma Yakınlıktan Kaçınma Anhedoni Duygusal Çökkünlük Kısıtlı Duygulanım Kuşkuculuk
ZITLIK/ UYUMLULUK	Abartılı bir öz-önemlilik algısı ve özel ilgi beklentisi de dahil olmak üzere başkalarıyla ilişkilerde güçlük yaşanmasına yol açabilecek davranışlar, başkalarına karşı duyarsız olma, başkalarından hoşlanmama, diğerlerinin duygu ve ihtiyaçları konusunda farkındalık eksikliği ve kendi amaçları için başkalarını kullanma eğilimi	Manipülatif Olma Hilekarlık Grandiyözite İlgi Çekme Çabası Duyarsızlık Düşmanca Davranma
DİSİNHİBİSYON/ SORUMLULUK	Anlık tatmine yönelik davranma, o anki duygu, düşünce ve dış uyaranlara göre iimpulsif hareketler, geçmiş deneyimlerden faydalanamama ve davranışlarının sonuçlarını değerlendirememe	Sorumsuzluk İmpulsif Davranma Dikkatin Kolay Dağılması Risk Alma Mükemmeliyetçiliğin Yokluğu
PSİKOTİZM/ SAĞDUYU	Algı ve disosiyasyon gibi süreçsel ve inançlar gibi içeriksel durumları da kapsayacak şekilde kültürel olarak tuhaf ve alışılmış dışında davranış ve düşünceler sergileme	Sıradışı İnanç ve Deneyimler Eksantriklik Bilişsel ve Algısal Disregülasyon

1.2.2.2. DSM-5 Alternatif Modele Göre Farklı Kişilik Bozuklukları İçin Önerilen Tanı Kriterleri

1.2.2.2.1. Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Alternatif modele göre ASKB'nin karakteristik özellikleri arasında yasaya ve etik normlara uygun davranmamak, benmerkezci ve başkaları konusunda umursamaz olmak, sahtekarlık, sorumsuzluk, manipülatiflik ve risk almaya eğilimli olmak yer alır. A kriterlerine göre kişilik işlevselliğinde belirtilen alanlardan iki ya da daha fazlasında orta veya daha yüksek seviyede bozulma görülmesi gerekir. Kimlikte; benmerkezcilik, kişisel kazanç, güç ya da keyiften elde edilen özgüven; kendini yönlendirme becerisinde, kişisel tatmin elde etmeye yönelik hedef koyma, topluma yönelik içsel standartların eksikliği, yasal ya da kültürel açıdan etik kurallara uymama özellikleri belirgindir. Kişiler arası işlevde bozulma özellikleri incelendiğinde; empatide, başkalarının duyguları, ihtiyaçları ya da acı çekmeleri konusunda umarsızlık, bir başkasına kötü davrandığında veya zarar verdiğinde pişmanlık hissetmeme; yakınlıkta ise, karşılıklı yakın ilişkilerle ilgili kapasitesinin olmaması, başkaları ile kurduğu ilişkinin temelini onları kandırma, zorlama gibi davranışlardan ibaret olması, üstünlük kurma ve korkutma yoluyla başkalarını kandırma öne çıkmaktadır (APA, 2013a: 764).

Tanı koyabilmek için ASKB'nin B kriterlerine göre, patolojik kişilik özelliklerinde sayılan 7 unsurun en az 6 tanesinin bulunması gerekir. Bunlar, karşıtlık alanı içinde bulunan manipülatiflik, umursamazlık, sahtekarlık ile düşmanlık ve disinhibisyon başlığı altındaki risk alma, dürtüsellik ve sorumsuzluktur. Manipülatiflik; başkalarını etkilemek ya da kontrol etmek için sıklıkla hileye başvurmak, amacına ulaşmak için baştan çıkarma, cazibe ya da iltifat gibi yöntemler kullanmak olarak açıklanmıştır. Umursamazlık; başkalarının duyguları ya da sorunlarına ilgisiz olmak, kendi davranışlarının başkaları üzerindeki olumsuz ya da zararlı etkileri konusunda suçluluk veya pişmanlık hissetmemek, agresyon ve sadizmdir. Sahtekarlık; dürüst olmama, kandırma, kendini olduğundan farklı tanıtmak, olayları anlatırken abartma ya da yalan söylemedir. Düşmanlık; sürekli olarak ya da sıklıkla öfke duygularına sahip olmak, ufak tersliklerle karşılaştığında öfke ya da iritabilite davranışları ortaya koymak, kötü, kaba ve intikamcı davranmaktır. Risk almanın içinde tehlikeli, riskli, kendine zarar getirebilecek aktivitelere gereksizce ve sonuçlarını düşünmeden girişmek, kolayca

sıkılmaya eğilimli olmak ve bundan kaçmak için düşünmeden aktiviteler başlatmak, kişisel limitlerini gözardı etmek ve tehlike gerçeğini reddetmek vardır. Dürtüsellik için sıralanan özellikler, anlık bir uyarana tepki olarak ani bir şekilde davranmak, plan yapmadan ve davranışlarının sonucunu düşünmeden anlık hareket etmek ve plan yapmak ve takip etmekte zorluk yaşamaktır. Sorumsuzluk ise, maddi ve diğer yükümlülüklerini ve taahhütlerini yerine getirmemek, yapmış olduğu anlaşmalara ve sözlere saygı duymamak ve bunlara uymamaktır. Tanının konması için bireyin en az 18 yaşında olması şartı vardır. Ayrıca, psikopatik özellikleri de saptanırsa, bu özellik de tanıya eklenir. Psikopatik varyantın temel özellikleri düşük kaygı düzeyi, düşük içe kapanıklık düzeyi ile dikkat çekme davranışının yüksek düzeyde olmasıdır (APA, 2013a: 764).

1.2.2.2.2. Çekingen Kişilik Bozukluğu

Alternatif modelde ÇKB ana hatlarıyla, sosyal durumlardan kaçınma, beceriksizlik ve yetersizlik duyguları nedeniyle kişiler arası ilişkilerde inhibisyon, olumsuz değerlendirileceği ve reddedileceği endişesi ile aşırı düzeyde zihinsel meşguliyet ve alay edileceği ya da utandırılacağı konusunda kaygıların öne çıktığı bir örüntüdür. A kriterlerine göre önerilen tanı kriterlerinde kişilik işlevselliğinde sıralanan alanlardan en az iki tanesinde orta ya da daha yüksek düzeyde bozulma olması gerekir. Kimlik alanında, kendini sosyal olarak yetersiz, kişisel olarak çekici olmayan ya da aşağı olarak değerlendirme ile ilgili düşük özgüven ve yüksek düzeyde utanç duygusu; kendini yönlendirme becerisinde, hedeflere ulaşma konusunda, kişisel risk almada ve kişiler arası ilişkilere girmede tereddütlerle kendini gösteren gerçekçi olmayan davranış standartları söz konusudur. Kişiler arası işlevde bozulmada ise, empatide, eleştirilme ya da reddedilmeyle ilgili yoğun düşünceler ve bu konulardaki hassasiyet nedeniyle başkalarının kendisi hakkındaki görüşlerinin olumsuz olduğu çıkarımında bulunmak; yakınlıkta, beğenileceğinden kesinlikle emin olmadığı takdirde insanlarla ilişkiye girmemek ve utandırılacağı ya da aşağılanacağı korkusuyla yakın ilişkilerde karşılıklığın azalması vardır (APA, 2013a: 765).

ÇKB tanısı koyabilmek için bireyde biri kaygınlık olmak üzere, sayılan dört özellikten en az üçünün bulunması gerekir. Söz konusu özellikler kaygınlık, içe kapanıklık, anhedoni ve yakınlıktan kaçınmadır. Bunlardan kaygınlık olumsuz duygulanım alanındaki

bir özellik iken, diğer üçü duygusal kopukluk alanındadır. ÇKB’de kaygınlık ile ilgili özellikler sıklıkla sosyal durumlara tepki olarak hissedilen yoğun sinirlilik, gerginlik ya da panik duyguları, geçmişte yaşanmış hoş olmayan deneyimlerin olumsuz etkileri ve gelecekte olabilecek olumsuzluklar hakkında endişelenme, belirsizlik içeren durumlarda korkulu, kaygılı ve tehdit altında hissetme ve utanma kaygısıdır. İçer kapanıklık; sosyal durumlarda suskunluk, sosyal temas ve aktivitelerden kaçınma ve başkaları ile iletişimi başlatmakta çekiniklik olarak tanımlanır. Anhedoni ile ilgili özellikler, hayat deneyimlerinden keyif alamama, enerji ve katılım eksikliği, keyif hissetme ve birşeylere ilgi duyma kapasitesinin düşüklüğüdür. Yakınlıktan kaçınma ise, yakın romantik ilişkilerden, kişiler arası bağlanmadan ve yakın cinsel ilişkilerden kaçınma olarak kendini gösterir. ÇKB tanılı kişilerde sıklıkla başka ek kişilik özelliklerine de rastlanır. Genellikle depresiflik, ayrılma güvensizliği, itaatkarlık, kuşkuculuk ya da düşmanlık gibi olumsuz duygulanım alanı ile ilgili olan bu özellikler, ÇKB için birer tanı kriteri olmamakla birlikte ek özellikler olarak kayda geçirilebilir (APA, 2013a: 765).

1.2.2.2.3. Borderline Kişilik Bozukluğu

Kişilik bozukluklarının alternatif modelinde, BLKB’nin karakteristik özellikleri kendilik algısı, kişisel hedefler, kişiler arası ilişkiler ve duygulanımda dengesizlikle birlikte dürtüsellik, risk alma ve/veya düşmanlık olarak açıklanmıştır. Önerilen tanı kriterleri incelendiğinde, kişilik işlevselliğinde belirtilen en az iki alanda orta ya da daha yüksek düzeyde bozulma saptanması gereklidir. Kimlikte, belirgin şekilde zayıf, az gelişmiş ya da değişken kendilik algısı, buna bağlı olarak sıklıkla aşırı özeleştirme, süregelen bir boşluk duygusu, stres altında ortaya çıkan dissosyasyon; kendini yönlendirebilme becerisinde, hedeflerde, arzulara, değerlerde ve kariyer planlarında değişkenlik özellikleri sıralanmıştır. Kişiler arası işlevde bozulmada, empatide, kişiler arası ilişkilerle ilgili aşırı hassasiyetinden kaynaklanan başkalarının duygularını ve ihtiyaçlarını fark edebilme becerisinde bozulma, başkalarının nitelikleri ya da hassasiyetleri konusunda seçici bir önyargı içeren bir algıya sahip olma; yakınlıkta, yoğun, inişli çıkışlı ve çatışmalı yakın ilişkiler, bu ilişkilerle ilgili güvensizlik, aşırı ilgi ihtiyacı ve gerçek ya da hayali terk edilme kaygısı ile yoğun zihinsel meşguliyet, ilişkide olduğu kişileri uç noktalarda idealize etme ya da değersizleştirme ve aşırı yakınlık ile geri çekilme arasında gelgitli bir örüntü görülür (APA, 2013a: 766).

B kriterlerine göre BLKB tanısı koyabilmek için sıralanmış olan yedi kişilik özelliğinden en az dört tanesinin bulunması ve bunlardan en az bir tanesinin dürtüsellik, risk alma ya da düşmanlık olması gerekir. Bu özellikler, olumsuz duygulanım alanının altında bulunan duygusal labilite, kaygınlık, ayrılık güvensizliği ve depresiflik, disinhibisyon alanındaki dürtüsellik ve risk alma ile zıtlık alanındaki düşmanlıktır. Duygusal labilite, değişken emosyonel deneyimler ve duygudurumun sıklıkla değişmesi, olaylar ve durumlar karşısında orantısız bir şekilde kolaylıkla yükselen ve yoğun duygular olarak ifade edilmiştir. BLKB’de kaygınlık, kişiler arası strese tepki olarak yoğun kaygı, gerginlik ve panik duyguları, geçmişte yaşanmış tatsız olayların etkileri ve ileride yaşanabilecek olumsuz deneyimlerle ilgili endişelenme, belirsizlik karşısında korkulu, kaygılı ya da tehdit altında hissetme ve dağılma ya da kontrolü kaybetme korkusu içermektedir. Ayrılma güvensizliği, aşırı bağımlılık ya da otonominin tümünden kaybı ile ilgili korkulardan kaynaklanan, hayatındaki özel kişiler tarafından reddedilme ya da ayrılma korkusu olarak açıklanmıştır. Depresiflik, sıklıkla keyifsiz, mutsuz ve/veya umutsuz hissetme, bu duygulardan çıkmada güçlük, gelecek hakkında karamsarlık, yaygın utanç duygusu, kendi değeri ile ilgili aşağılık hissi, intihar düşünceleri ya da intihar davranışları olarak tanımlanmıştır. BLKB’de dürtüsellik özellikleri, anlık uyarana tepki olarak bir anda hareket etmek, plan yapmadan ve sonuçlarını düşünmeden davranmak, plan yapmada ve takip etmede güçlük, aciliyet hissi ve duygusal stres yaşadığında kendine zarar veren davranışlarda bulunma şeklinde ifade edilmiştir. Risk alma, gerek olmadığı halde ve sonuçlarını düşünmeden tehlikeli, riskli ve kendine zarar verebilecek davranışlarda bulunmak, kendi limitleri konusunda umarsızlık ve zarar görebileceği gerçeğini inkar etme şeklinde ortaya çıkar. Düşmanlık ise, sürekli olarak ya da sıklıkla öfkeli hissetmek ve ufacık hatalar karşısında öfke ve iritabilite göstermek olarak belirtilmiştir (APA, 2013a: 766).

1.2.2.2.4. Narsisistik Kişilik Bozukluğu

Alternatif modele göre, NKB’nin karakteristik özellikleri dikkat ve onay arayışı ile dengelenmeye çalışılan değişken ve hassas özgüven ile açık ya da gizli büyülenmedir. Tanı koyabilmek için A kriterlerinde belirtilen kişilik işlevselliği alanlarının en az iki tanesinde orta ya da daha yüksek düzeyde bozulma kaydedilmesi gereklidir. Kimlikte, kendini tanımlayabilmek ya da özgüvenini düzenleyebilmek için dışarıdan geribildirim ihtiyacı

duymak, kendini değerlendirirken aşırı şişirmek ya da söndürmek veya bu iki uç arasında gelgit yaşamak, duygu düzenleme becerilerinin özgüvene bağlı olarak azalıp artması gözlemlenir. Kendini yönlendirebilme becerisinde, başkalarından onay almaya yönelik hedef belirlemek, kendini olağanüstü görebilmek için makul olmayan düzyde yüksek kişisel standartlar belirlemek ya da kendine hak gördüğü için kişisel standartlarını çok düşük tutmak ve genelde kendi motivasyonları konusunda farkındalığa sahip olmamak vardır. Empatide, başkalarının duygu ve ihtiyaçlarını fark etme ya da anlama becerisinde bozukluk, başkalarının sadece kendisi ile ilgili olduğunu düşündüğü tepkilerine aşırı düzeyde dikkat etme ve uyum sağlama ile kendisinin başka kişiler üzerindeki etkilerini olduğundan çok daha fazla ya da az görme özellikleri sayılır. Yakınlıkta ise, genelde özgüvenini regüle etme işlevi için kurulan yüzeysel ilişkiler ile başkalarının deneyimlerine çok az samimi ilgi gösterebildiği ve kişisel kazanç ihtiyacı çok ağır bastığı için ilişkilerde karşılıklılığın sınırlı olması vardır (APA, 2013a: 767).

Tanı koyabilmek için B kriterlerinde önerilmiş olan ve her ikisi de zıtlık alanında bulunan büyüklük ve ilgi çekme çabası özelliklerinin ikisinin de var olması gerekmektedir. NKB’de büyüklük, açık ya da gizli şekilde kendine hak görme duygusu, benmerkezcilik, kendinin diğerlerinden daha iyi olduğu konusunda sarsılmaz bir inanç ve başkalarına yukarıdan bakmak olarak tanımlanmıştır. İlgi çekme çabası ise, başkalarının dikkatini çekme ve odak noktası olma konusunda aşırı bir çaba ve diğerlerinin hayranlığını kazanma ihtiyacı olarak ifade edilmiştir. Tanı koymak için yukarıda sayılmış olan özellikler yeterli olmakla birlikte, sıklıkla birlikte görülen başka özellikler de tanı konurken ek olarak belirtilebilir. Örneğin, daha kötücül bir şekilde kendini gösteren narsisizmde, zıtlık alanındaki manipülatiflik, sahtekarlık ya da umursamazlık gibi özellikler yaygın bir şekilde görülebilir. Daha hassas varyantta ise, depresiflik ya da kaygınlık gibi olumsuz duygulanım alanına ait özellikler bulunur (APA, 2013a: 767).

1.2.2.2.5. Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu

Alternatif modelde, OKKB’nin karakteristik özellikleri katı mükemmeliyetçilik, esnek olamama ve duyguları ifade etmede sınırlılık nedeniyle yakın ilişkiler kurmada ve sürdürmede güçlük olarak açıklanmıştır. Kişilik işlevselliğini değerlendiren A kriterlerine

göre, belirtilen dört alandan en az iki tanesinde orta ya da daha yüksek düzeyde bozulma görülmesi gerektiği öne sürülmüştür. OKKB’de A kriterlerine bakıldığında, kimlikte; kendilik algısı ağırlıklı olarak iş ya da işlevselliğe dayalıdır, güçlü duyguları deneyimleme ya da ifade edebilmede kısıtlılık görülür. Kendini yönlendirme becerisinde; davranışlarla ilgili makul olmayan düzeyde yüksek, katı, esneyemeyen içsel standartlar nedeniyle işleri bitirmede ve hedeflere ulaşmada güçlük ile fazlasıyla özdisiplinli ve ahlakçı bir tutum söz konusudur. Empatide; başkalarının fikirlerini, duygularını ve davranışlarını anlamada ve takdir etmede güçlük; yakınlıkta ise ilişkilerin önem sırasında iş ve üretkenlikten sonra gelmesi ile katılığın ve inatçılığın ilişkileri olumsuz etkilemesi görülür (APA, 2013a: 768).

Tanı koyabilmek için B kriterlerinde bildirilmiş olan dört patolojik kişilik özelliğinden en az üç tanesinin var olması, bunların arasında katı mükemmeliyetçilik özelliğinin mutlaka bulunması gerekmektedir. Katı mükemmeliyetçilik, duygusal kopukluğun diğer kutubu olan özdisiplinin aşırı ucundadır. Buna göre, OKKB’de görülen bu özellik, kendi ve diğer kişilerin performansı dahil olmak üzere her şeyin kusursuz, mükemmel, hatalardan arınmış olması konusunda katı bir ısrarcılık, her detayın tam olarak doğru olmasını sağlayabilmek için işlerin zamanında tamamlanmasını feda etme eğilimi, bir şeyleri yapmanın tek bir doğru yolu olduğuna inanma, fikirlerini ve/veya bakış açısını değiştirmede güçlük ve detaylar, tertip ve düzen konusunda yoğun zihinsel uğraşı şeklinde tarif edilmektedir. Olumsuz duygulanım alanında bulunan perseverasyon, bir davranış uzun süredir etkili ya da işlevsel olmadığı halde bunu sürdürme konusundaki ısrarcılık ve davranış defalarca başarısızlıkla sonuçlandığı halde devam ettirme olarak açıklanmaktadır. Yakınlıktan kaçınma özelliği duygusal kopukluk alanı altındadır ve yakın ya da romantik ilişkilerden, kişiler arası bağlanmadan ve yakın cinsel ilişkilerden kaçınma olarak kendini gösterir. Yine duygusal kopukluk alanı altında yer alan kısıtlanmış duygulanım ise, duyguları yükselten durumlar karşısında az tepki göstermek, duyguları deneyimleme ve ifade etmede kısıtlılık, kayıtsızlık ve soğukluk olarak tanımlanmıştır. Olumsuz duygulanım alanındaki kaygınlık da OKKB’de görülebilmekle beraber, tanı koyulması için gerekli değildir, ancak uygun olduğunda ayrıca belirtilebilir (APA, 2013a: 768).

1.2.2.2.6. Şizotipal Kişilik Bozukluğu

Kişilik bozuklukları için sunulan alternatif modelde, STKB'nin karakteristik özellikleri, sosyal ve yakın ilişkilerle ilgili kapasitede bozukluk, biliş, algı ve davranışlarda çarpık kendilik algısı ve tutarsız kişisel hedefler nedeniyle ortaya çıkan ve kuşkuculuk ile kısıtlı duygu ifadesinin eşlik ettiği tuhaflıklar olarak tarif edilmektedir. A kriterlerine göre kişilik işlevsellik düzeyi ile ilgili belirtilen dört alandan en az iki tanesinde orta ya da daha yüksek düzeyde bozulma olması gerekmektedir. Buna göre kimlikte, kendisi ve başkaları arasındaki sınırla ilgili karışıklık, çarpıtılmış kendilik algısı ve sıklıkla içinde bulunulan durum ya da içsel deneyimle uyumsuz duygu ifadesi görülür. Kendini yönlendirebilme becerisinde, gerçekçilikten uzak ya da tutarsız hedefler ve bireysel standartlarda belirsizlik vardır. Empatide, kendi davranışlarının başkaları üzerindeki etkisini anlamada belirgin güçlük ve sıklıkla başkalarının motivasyonlarını ve davranışlarını yanlış anlamlandırma vardır. Yakınlıkta ise, güvensizlik ve kaygıya bağlı olarak yakın ilişkiler kurmada belirgin düzeyde güçlük görülür (APA, 2013a: 769).

Tanı koyabilmek için B kriterlerinde belirtilmiş olan altı patolojik kişilik özelliğinden en az dört tanesinin bulunması gerekir. Bunlardan ilki, psikotizm alanında bulunan bilişsel ve algısal düzensizliktir. Bu özellik, tuhaf ya da alışılmışın dışında bir düşünme süreci, müphem, dolaylı, metaforik, aşırı detaylı ya da stereotipik düşünceler veya konuşmalar ile çeşitli duyu modalitelerinde tuhaf hisler şeklinde tarif edilir. Yine psikotizm alanındaki alışılmışın dışında inançlar ve deneyimler, gerçeklikle ilgili başkaları tarafından garip ya da kendine has olarak görülen düşünce içeriği ve bakış açısı ile gerçeği alışılmalığın dışında bir şekilde deneyimlemek şeklinde tanımlanmıştır. Aynı alan altındaki tuhaflık özelliği ise tuhaf, alışılmışın dışında ya da garip davranışlar ya da dış görünüm ile alışılmadık veya uygunsuz şeyler söyleme şeklinde açıklanmaktadır. Belirtilmiş olan diğer üç özelliğin tümü duygusal kopukluk alanında bulunmaktadır. Bunlardan kısıtlı duygulanım, duygusal açıdan uyarıcı durumlara az tepki göstermek, kısıtlı emosyonel deneyim ve ifade, kayıtsızlık ve soğukluk şeklinde kendini göstermektedir. İç kapanıklık, başkaları ile olmaktansa yalnız kalmayı tercih etme, sosyal ortamlarda suskun olma, sosyal temas ve aktivitelerden kaçınma ve sosyal iletişimi başlatmama durumudur. Kuşkuculuk ise, kişiler arası ilişkilerde kötü niyet ve zarar görme beklentisi ve bu konuyla ilgili aşırı hassasiyet, başkalarının dürüstlüğü ve

bağılılığı konusunda şüphecilik ile eziyet gördüğü duygusu olarak açıklanmaktadır. Tanı kriterleri açısından bir gereklilik olmamakla birlikte kaygınlık ve depresiflik gibi olumsuz duygulanımla ilgili özellikler de STKB’de görülebilmektedir. Bu tür durumlarda söz konusu özelliklerin ayrıca belirtilmesi uygun görülmüştür (APA, 2013a: 769).

1.2.2.2.7. Özellik Belirtilmiş Kişilik Bozukluğu

DSM-5’in kişilik bozuklukları için sunulan alternatif modeline göre kişilik işlevselliği ya da özellik örüntüsü yukarıda açıklanmış altı kişilik bozukluğundan belirgin bir şekilde farklı olan kişilere özellik belirtilmiş kişilik bozukluğu (ÖBKB) tanısı koyulmalıdır. Eğer birey A ya da B kriterleri için gerekli olan sayıyı karşılamıyorsa, eşik altı kişilik bozukluğu olarak değerlendirilebilir. Birey birden fazla kişilik bozukluğunun özelliklerini taşıyorsa ya da herhangi bir kişilik bozukluğunun daha az sayıda karakteristik özelliğine sahipse, karışık ya da atipik bir kişilik bozukluğuna sahip olduğu düşünülür. Paranoid, şizoid, histeriyonik ve bağımlı kişilik bozuklukları da kişilik işlevselliğinde en az orta düzeyde bozulma ve ilgili patolojik kişilik özelliklerinin bileşimleri belirlenerek, ÖBKB tanısı altında sınıflandırılırlar (APA, 2013a: 771).

ÖBKB için bireyin kişilik işlevselliğinde A kriterlerinde belirtilmiş olan dört alandan en az iki tanesinde orta ya da daha yüksek düzeyde bozulma olması gereklidir. B kriterlerinde ise olumsuz duygulanım, duygusal kopukluk, zıtlık, disinhibisyon ve psikotizm alanlarından birinin ya da daha fazlasının veya bu alanlar altında bulunan belirgin özellik yönlerinin bulunması gereklidir. Tanı konulurken bu beş alanın tümü göz önünde bulundurulur. Kişilik özellikleri birden fazla yönde sürekli olarak değişiklik gösterdiği için uyumsuz kişilik özellikleri varyantlarının ÖBKB’de ne şekilde kendini gösterdiği DSM-5’in çok boyutlu modelinde kapsamlı bir şekilde görülebilir. Bu nedenle ÖBKB için alt tiplerin belirlenmesi gerekli görülmemiştir. Böylece, ampirik temelli bu modelde, kişiliği oluşturan tüm tanımlayıcı unsurlar ortaya koyulabilmektedir. Bu şekilde, akıl sağlığı uzmanlarının her birey için kişiye özel bir tanımlama yapması mümkün kılınmıştır (APA, 2013a: 770).

1.2.3. DSM-IV-TR’ye Göre Kişilik Bozuklukları, DSM-5’te  nerilen Alternatif Model Ve BFK Modeline Göre Normatif Kişilik

Bu tez çalışmasında farklı kişilik özelliklerinde yükselmenin bakım verenlerin algıladığı BVY ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyebilmek için katılımcılara Kişilik İnanç  l eği –Kısa Formu (PBQ-SF) verilmiştir. Soruları yanıtlayan kişilerde belirgin bir kişilik patolojisi aranmamış, sadece belirlenmiş örüntülerdeki yükselme ile bakım verenin psikiyatrik bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler olup olmadığı araştırılmıştır. PBQ-SF ile DSM-IV-TR’de yer alan 10 kişilik örüntüsünün varlığı ve düzeyi ölçülmektedir. Alanda daha önce yapılmış olan ve demanslı yakınlarına bakan bireylerin kişilik özellikleri ile algıladıkları BVY ve anksiyete ve depresyon düzeylerini inceleyen araştırmaların tümü normatif kişiliğe bakmış ve BFK modelini kullanmıştır. Bu bölümde, bu tez çalışmasında elde edilen verilerle önceki çalışmaları karşılaştırabilmek için PBQ-SF ile  l  len DSM-IV-TR’ye göre kişilik bozuklukları, DSM-5 Kişilik  zellikleri Envanteri (PID-5) ile ölçülen alternatif modele göre kişilik bozuklukları ve NEO Kişilik Envanteri- Yenilenmiş Formu (NEO-PI-R) ile ölçülen normatif kişiliği birlikte inceleyen çalışmalara yer verilmiştir.

BDT’nin kişilik bozuklukları ile ilgili teorisi patolojik davranışların temelinde işlevsel olmayan inançların yattığı savına odaklanır. Bu model kişilik bozukluklarında bu inançların kişi tarafından içselleştirilmiş katı ve perseveratif bir özellik gösteren şemaları oluşturduğunu savunur. PBQ - Kişilik İnanç  l eği (Beck ve Beck, 1991:1) ve onun kısaltılmış ve sadeleştirilmiş versiyonu olan PBQ-SF (Butler, Beck ve Cohen, 2007: 357), Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu  l ekler kişilik örüntülerini incelerken sorunlu davranışların altında yatan ve her bir örüntüyle ilişkilendirilmiş farklı inançların varlığını ve düzeyini inceleyerek terapide danışana farkındalık kazandırmayı amaçlamaktadır (Hopwood, v.d., 2013: 163).

Literatürde PBQ ya da PBQ-SF ile BFK ya da DSM-5’in üçüncü anab l m ndeki kişilik bozukluklarının alternative modelinin ölçümünde  nerilen PID-5’i karşılaştıran çalışma sayısı oldukça azdır. Hopwood ve arkadaşları (2013: 164) DSM-5’te önerilen patolojik özelliklerle BDT’ye göre problemlili kişilik örüntüleriyle ilişkilendirilen işlevsel olmayan inançların birbirleriyle ne kadar  rt şt klerini saptamayı amaçlayan bir çalışma

yapmıştır. Bu çalışmada 616 üniversite öğrencisine 5 geniş özellik alanı altında 25 özellik yönünü inceleyen 220 soruluk PID-5 ve 7 disfonksiyonel inanç alt ölçeğini inceleyen 59 itemlik PBQ ölçekleri verilmiştir. Elde edilen sonuçlar DSM-5 alternatif modele göre patolojik özellikler ile PBQ işlevsiz inançlarının kişilik ve kişilik patolojisini tanımlayan beş geniş özellik alanı altında birleştiğini göstermiştir. Bu durum söz konusu iki yaklaşımın birlikte daha belirgin, güvenilir ve klinik açıdan daha kullanışlı bir model oluşturmakta faydalı olacağı görüşüne yol açmıştır.

Hopwood ve arkadaşlarının (2013: 167) bu çalışmasına göre BFK'da nevrotizmi karşılayan PID-5 olumsuz duygulanım özellik alanı öfke ya da anksiyete gibi hoş gitmeyen duyguları hissetme, hostile ya da pasif kişilerarası iletişim tarzları seçme, labil ya da kısıtlanmış duygulanım eğilimi ile açıklanmaktadır. Elde edilen verilere göre bu alan, PBQ alt ölçeklerinde hassas özdeğer algıları nedeniyle ilişkilerden uzak durma eğiliminde olan çekingen kişilik ya da fazla yapışkan ilişkiler kurma eğiliminde olan bağımlı kişilik örüntüleriyle, güvensizlik algısı yüksek olan paranoid kişilik örüntüsüyle, olumsuz duygularla başa çıkmada zorlandığında dikkat çekmeye yönelik davranışlarla destek alma eğilimine giren histriyonik kişilik örüntüsüyle ve bu tür duygularla başa çıkma yöntemi olarak çevreye düzen empoze etmeyi tercih eden obsesif kompulsif kişilik örüntüsüyle yüksek düzeyde uyum göstermiştir. BFK'da (düşük düzeyde) dışadönüklük alanına karşılık gelen duygusal kopukluk özellik alanı depresif afekt, kişilerarası ilişkilerde içe kapanma ve başkalarına güvenmeme eğilimi olarak tarif edilmektedir. Çalışmanın sonuçlarına göre bu özellik alanı ile PBQ alt ölçekleri arasında en yüksek ilişki, kişilerarası ilişkilerle ilgilenmeyen şizoid kişilik örüntüsü, güvensizlik algısının yüksek olduğu paranoid kişilik örüntüsü, pasif agresif kişilik örüntüsüyle ilişkilendirilmiş olan, başkaları tarafından kontrol edilmek ya da kısıtlanmakla ilgili temel inançları içeren otonomi alt ölçeği, kişilerarası ilişkilerle ilgili karışık duygular yaşama eğiliminde olan bağımlı ve çekingen kişilik örüntüleri arasında bulunmuştur. Narsisizm alt ölçeğindeki kişinin kendini yüceltme eğilimi de duygusal kopukluk alanı ile ilişkilendirilmiştir. BFK'da (düşük düzeyde) uyumluluğu karşılayan zıtlık (antagonizm) özellik alanı umarsız, benmerkezci, manipülatif, grandiyöz ve dikkat çekme arzusu gibi eğilimleri içermektedir. Çalışmaya göre zıtlık özellik alanı ile PBQ alt ölçekleri arasında en yüksek ilişkiye sahip olanlar, özellik ve üstünlük algıları nedeniyle ilişkilerde hostile olma eğilimindeki narsisizm alt ölçeği, ilgi çekme davranışları nedeniyle

histriyonik alt ölçeği, katı ve dogmatik düzen ve beklentilerinin tehdit altında olduğunu düşündüğünde özellikle saldırgan olma eğilimi gösteren obsesif kompulsif alt ölçeği arasında görülmüştür. BFK'ya göre (düşük düzeyde) sorumluluğu karşılayan disinhibisyon özellik alanı sorumsuzluk, dürtüsellik, dikkatsizlik ve risk alma eğilimiyle tanımlanmaktadır. Çalışmanın sonuçlarına göre disinhibisyon özellik alanıyla PBQ alt ölçekleri arasında en yüksek düzeyde ilişki gösterenler, bağımlı, çekingen, narsistik ve histriyonik örüntülerdir. BFK'daki yeniliğe açıklık alanının daha uç boyutlarıyla ilişkilendirilen psikotizm özellik alanının temel özellikleri algıyla ilgili sorunlar ve alışlagelmişin dışında veya tuhaf davranışlardır. Çalışmada bu alanla en yüksek düzeyde ilişki gösteren PBQ alt boyutları şizoid ve paranoid örüntülere ek olarak emosyonel kontrolü sürdürme kaygısında olan obsesif kompulsif ve kendilerini başkalarından farklı görme eğiliminde olan otonomi alt ölçekleri olarak bulunmuştur.

Thimm, Jordan ve Bach'ın (2016: 6) 220 itemlik PID-5, bunun kısa formu olan 100 itemlik PID-5-SF, normatif kişiliği inceleyen BFK ve PBQ-SF ölçeklerinin Norveç popülasyonundaki psikometrik özelliklerini ve birbirleriyle ilişkilerini ölçen çalışması da DSM-5'in kişilik bozuklukları için sunduğu alternatif model ve DSM-IV-TR'deki 10 kişilik bozukluğunu saptamak için BDT'ye göre bu kişilik örüntüleriyle ilişkilendirilen işlevsel olmayan inançlar arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre PBQ-SF'de PKB alt ölçeği ile PID-5'te olumsuz duygulanım ve duygusal kopukluk alanları altındaki kuşkusuluk yönü, SKB ile duygusal kopukluk alanındaki yakınlıktan kaçınma yönü, ASKB alt ölçeği ile duyarsızlık ve hilekarlık alt yönleri arasında istatistiksel olarak güçlü ilişkiler bulunmuştur. PBQ-SF'de BLKB örüntüsüne işareteden işlevsel olmayan düşüncelerin PID-5'te tüm kişilik alanlarının bazı yönleriyle ilişkisi olduğu görülmüştür, ancak bunların en güçlü olanları olumsuz duygulanım alanındaki duygusal çökkünlük, kaygınlık, emosyonel labilite, kuşkuculuk yönleri ve duygusal kopukluk alanındaki anhedoni yönüdür. PBQ-SF'deki HKB inançları PID-5'te zıtlık alanında ilgi çekme çabası, NKB zıtlık alanında grandiyözite, BKB olumsuz duygulanım alanında ayrılma güvensizliğiyle güçlü ilişki göstermiştir. PBQ-SF'ye göre ÇKB inançlarıyla PID-5 olumsuz duygulanım alanındaki kaygınlık ve duygusal çökkünlük çok güçlü bir ilişki ortaya koyarken, OKKB inançları disinhibisyon alanındaki sorumsuzluk ve mükemmeliyetçiliğin yokluğu yönlerinin tam zıddı olan katı mükemmeliyetçilikle ilişkilendirilmiştir.

DSM-5'in yayımlanmasından önce kişilik ve kişilik bozukluklarıyla ilgili pek çok çalışma, BFK ve benzeri modeller göz önüne alındığında kişilik patolojisini genel kişilik özelliklerinden ayıran farkın nitelden çok nicel farklılıklar olduğunu ileri sürmüştür. BFK boyutlarından bazılarında aşırı uçta bir skor almanın belirli kişilik bozukluklarına işaret ettiği düşünülmüştür. Bu nedenle farklı kişilik örüntülerini geleneksel olarak kategorik şekilde değerlendirmeden ziyade boyutsal şekilde ölçme ve değerlendirme amacıyla çok sayıda BFK ve benzeri model ve ölçek geliştirilmiştir (Furnham, v.d., 2014: 1669; Simms ve Clark, 2006: 431; Samuel ve Widiger, 2008: 1326; & Miller, v.d., 2005: 404). Tüm bu çalışmalar DSM-5'te kişilik bozukluklarını değerlendirmek için alternatif bir modelin tanıtılmasına ve araştırmacıların bu konuda çalışmalar yapmaya teşvik edilmesine yol açmıştır.

DSM-5 üçüncü anabölümünde önerilen kişilik bozuklukları için alternatif modele göre, A kriterlerinde kişilik işlevselliğinde belirtilen alanlardan iki ya da daha fazlasında en az orta düzeyde bozulma görülmesi gerekmektedir. Normatif kişiliği inceleyen BFK, NEO-PR ölçeği ile değerlendirilirken, DSM-5'teki alternatif modele göre patolojik kişilikler PID-5 ile ölçülmektedir (APA, 2013b: 2). BFK'de yeralan yeniliğe açıklık boyutuyla DSM-5'te önerilen alternatif modelde yer alan psikotizm alanının tam olarak örtüşmedikleri tartışması dışında, diğer dört boyut farklı şekilde adlandırılmış olmakla birlikte kavramsal ve ampirik açıdan birbirleriyle bağlantılıdır (Furnham v.d., 2014: 1669).

Alternatif modele göre ASKB'de B kriterlerine göre zıtlık alanında manipülatiflik, duyarsızlık, hilekarlık ve hostilite yönlerinde ve disinhibisyon alanında riskalma, impulsif davranma ve sorumsuzluk yönlerinin en az 6'sında bozulma beklenir. Ayrıca psikopatik varyantta olumsuz duygulanım alanında kaygı yönünde ve duygusal kopuklukta içe kapanma yönünde düşük değerler ve zıtlıkta ilgi çekme çabasında yüksek skorlar görülür. Bu yönler BFK'da geçimlilik/uyumluluk boyutunda yeralan açık sözlülük, yardımseverlik, uyum ve yumuşak kalplilik özellikleride, nevrozizm/duygusal dengesizlik boyutunda kontrolsüz davranış ve kızgınlık özelliklerinde ve sorumluluk/sağduyululuk boyutunda öz disiplin ve göreve bağlılık özelliklerinde alınan düşük skorları karşılamaktadır (APA, 2013a: 764; Assess, 2020:1; Samuel ve Widiger, 2010: 736).

ASKB'yi boyutsal bir modele dayanarak ölçmek için geliştirilmiş olan pek çok araç vardır. Blackburn ve Faweett (1999: 14) tarafından geliştirilmiş olan Antisosyal Kişilik

Ölçeği (APQ) ASKB'yi 125 itemde 8 alt skalayı gözetererek ölçmektedir. Bunlar özdenetim, özsaygı, kaçınma, paranoyak şüphe, kızgınlık, saldırganlık, sapkınlık ve dışa dönüklüktür. Hare tarafından geliştirilen ve sonraki yıllarda tekrar gözden geçirilen (Hare, 1980: 111; & Hare, v.d., 1990: 338) Psikopati Kontrol Listesi (PCL) iki alanı değerlendirerek ölçer. Bunlardan ilki bireyin grandiyöz, umursamaz ve manipülatif kişilik özellikleri, diğeri ise geçmiş öyküsündü sapkınlığın ve dürtüsellüğün varlığıdır. Lilienfeld ve Widows (2005: 1) tarafından geliştirilen 157 itemlik Psikopatik Kişilik Envanteri (PPI-R), ASKB'yi üç boyut altında inceler. Bunlar korkusuz dominans, dürtüsel antisosyalite ve soğuk kalplilik (empati eksikliği) boyutlarıdır. Lynam ve arkadaşları (2011: 108) tarafından geliştirilmiş olan Temel Psikopati Değerlendirmesi (EPA) ise 178 soruyla BFK'nın uyumluluk, sorumluluk, dışa dönüklük ve nevrotizm boyutlarını 18 alt gruba bölerek inceler.

Alternatif modele göre bireyin ÇKB tanısı alabilmesi için B kriterlerinde olumsuz duygulanım alanında kaygınlık yönü ve duygusal kopukluk alanında içe kapanma, anhedoni ve yakınlıktan kaçma yönlerinden enaz 3 tanesinin işlevselliğinde orta düzeyden bozulma olması gerekmektedir. Bu yönler BFK'da nevrotizm/duygusal dengesizlik boyutunda kaygı, sosyal kaygı özelliklerinde artış, dışadönüklük boyutunda sıcakkanlılık, sosyallik ve neşe özelliklerinde azalmayı karşılamaktadır. Alternatif modele göre ÇKB'de sık rastlanan yönler arasında olumsuz duygulanım alanında duygusal çökkünlük, ayrılma güvensizliği, kuşkuculuk, boyun eğicilik ve hostilete de bulunmaktadır. Bu yönler BFK'da nevrotizm boyutunda depresyon ve kızgınlık özelliklerinde artış, ve geçimlilik boyutunda başkalarına güven ile, dışadönüklükte baskınlık özelliğinin azalması ile açıklanabilir (APA, 2013a: 765; Assess, 2020: 1; Samuel ve Widiger, 2010: 736). ÇKB'yi ölçmek için geliştirilmiş olan araçlardan biri olan Beş Faktör Çekingenlik Değerlendirmesi (FFAvA) incelediği yönler açısından NEO-PI-R ölçeği ile benzerlik göstermektedir. Bu değerlendirmede incelenen ve BFK özelliklerinin uyumsuz çekingen varyantları olarak önerilen yönler değerlendirilme kaygısı, umutsuzluk, utanç, alt edilmişlik algısı, sosyal kaygı, küçülme arzusu, riskten sakınma, neşesizlik, katılık ve ürkekliktir (Lynam, Loehr, Miller ve Widiger, 2012: 466).

Alternatif modelde BLKB tanısı için B kriterlerinden olumsuz duygulanım alanında emosyonel labilite, kaygınlık, ayrılma güvensizliği ve duygusal çökkünlük, disinhibisyon alanında impulsif davranma ve riskalma ile zıtlık alanındaki hostilete yönlerinden enaz 4

tanisinin işlevselliğinde orta ya da daha yüksek bozulma olması ve bunlardan en azından bir tanesinin impulsif davranma, risk alma ya da hostilete yönlerinden birinde olması gerekmektedir. BLKB tanısı için belirlenmiş bu yönler BFK’da nevrozizm/duygusal dengesizlik boyutunun kaygı, kızgınlık, derpresyon, kontrolsüz davranış ve strese yenilmeyi içeren tüm özelliklerde artış ile geçimlilik/uyumluluk boyutunda başkalarına güvenme ve uyum, sorumluluk/sağduyululuk boyutunda ise özdisiplin özelliklerinde azalmayı karşılamaktadır (APA, 2013a: 766; Assess, 2020: 1; Samuel ve Widiger, 2010: 736).

BLKB’yi klinik ortamlarda kullanma amacıyla ölçmek için tasarlanmış olan Borderline Kişilik Bozukluğu için Zanarini Değerlendirme Skalası (ZAN-BPD), bu örüntüyü dört boyuttan oluşan bir kişilik patolojisi olarak tanımlar. Bunlar afektif, kognitif, impulsif ve kişilerarası ilişkiler boyutlarıdır (Zanarini, v.d., 2003: 233). Poreh ve arkadaşlarının (2006: 247) hazırladığı 80 itemlik Borderline Kişilik Ölçeği (BPQ) bu örüntüyü 9 boyut altında inceler. Bunların arasında diğer ölçeklerde de sıklıkla değerlendirilen afektif dengesizlik, dürtüsellik ve ilişkiler boyutlarına ek olarak yoğun öfke, intihar/kendine zarar verme ve yarı-psikotik süreçler gibi boyutlar da vardır. Mullins-Sweatt ve arkadaşlarının (2012: 475) hazırladığı Beş Faktör Borderline Envanteri (FFBI) ise bu örüntüyü her biri 10 itemden oluşan 8 skala üzerinden değerlendirmektedir. Envanter hem BFK modelini temel alarak acelecilik, güvensizlik ve manipülatiflik gibi boyutları hem de daha geleneksel olan davranışsal ve afektif disregülasyonu değerlendirdiği için oldukça kapsamlıdır.

Alternatif modelde NKB tanısı almak için B kriterlerinden zıtlık/uyumluluk alanında grandiyözite ve ilgi çekme çabası yönlerinin ikisin işlevselliğinde de en az orta düzeyde bozulma olması gerekmektedir. Ayrıca zıtlık alanındaki manipülatif olma hilekarlık ve duyarsızlık skorlarında yükselme ya da olumsuz duygulanım boyutunda duygusal çökkünlük ve kaygınlık skorlarında yükselme NKB’nin alt gruplarında yaygın görülen özelliklerdir. Bu yönler BFK’da geçimlilik boyutunda alçakgönüllülük, uyum, açık sözlülük ve yumuşak kalplilik özelliklerinde azalma ile nevrozizm boyutunda derpresyon ve kaygı özelliklerinde yükselme ile açıklanabilir (APA, 2013a: 767; Assess, 2020: 1; Samuel ve Widiger, 2010: 736).

NKB’yi ölçmek için geliştirilen diğer araçlardan biri olan Patolojik Narsisizm Envanteri (PNI) 52 itemden oluşmaktadır ve iç içe geçen iki boyutu değerlendirmektedir.

Bunlardan narsisistik grandiyözite, hak etme algısı ile ortaya çıkan öfke, sömürücü tutum, grandiyöz fantazi ve kendini geliştirmek için kendini feda etme alt boyutlarını inceler. Diğer boyut olan narsisistik kırılabilirlik ise şartlı özsaygı, kendini gizleme ve değersizleştirme eğilimini ölçer (Pincus, v.d., 2009: 365). Glover ve arkadaşları (2012: 500) ise Beş Faktör Narsisizm Envanterini (FFNI) geliştirmiştir. Bu envanter BFK yönlerinden 15'inin uyumsuz ve narsisistik varyantlarını ölçen skalalardan oluşmuştur. Ölçülen yönler arasında tepkisel öfke, utanç, umursamazlık, hayralık duyulma ihtiyacı, teşhircilik, heyecan arama, otoriterlik, grandiyöz fanteziler, güvensizlik, manipülatiflik, sömürücülük, kendine hak görme, kibir, empati yoksunluğu, ve övgü arayışı vardır.

Alternatif modelde OKKB tanısı için B kriterlerinde disinhibisyon alanında bulunan mükemmeliyetçiliğin yokluğu yönünde çok düşük puanlar, yani katı mükemmeliyetçiliğin varlığı kesinlikle bulunmalıdır. Ayrıca olumsuz duygulanım alanında bulunan perseverasyon yönü ile duygusal kopukluk alanındaki yakınlıktan kaçınma ve kısıtlı duygulanım yönlerinden en az iki tanesinde yükselme olması gerekmektedir. Olumsuz duygulanım alanındaki kaygıllık yönünde yükselme de OKKB'de sıklıkla görülmekle birlikte tanı kriterleri için bir gereklilik teşkil etmemektedir. Katı mükemmeliyetçilik BFK'da sorumluluk/sağduyululuk boyutunda düzen, göreve bağlılık, başarıma güdüsü, ayrıntılı düşünme özelliklerinde aşırı düzeyde yükselme ile yeniliğe açıklık boyutunda deneyime açıklık ve açık görüş ile geçimlilikte başkalarına güven özelliklerinde azalma ile açıklanabilir. Nevrotizm boyutunda tekrarlayan kontrolsüz davranışlarda artış ve dışadönüklük boyutundaki sıcakkanlılıkta azalma da OKKB tanısının BFK açısından gereken diğer özellikleri olarak düşünülebilir (APA, 2013a: 768; Assess, 2020: 1; Samuel ve Widiger, 2010: 736). Samuel ve arkadaşlarının (2012: 456) geliştirmiş olduğu Beş Faktör Obsesif Kompulsif Envanteri (FFOCI) BFK'da yeralan ve normative kişilik özelliklerinin uyumsuz varyantlarını temsileden 12 yönü değerlendiren bir araçtır. Bu yönler ağırlıklı olarak NEO-PI-R'in sorumluluk/sağduyululuk boyutunun aşırı uçlarını karşılamaktadır. Değerlendirilen yönler mükemmeliyetçilik, titizlik, dakiklik, işkoliklik, azim, fazla düşünme/tasarlama eğilimi, duygusal soğukluk/kopukluk, riskten sakınma, aşırı endişe, kısıtlanmışlık, esnek olamama ve dogmatizmdir.

Alternatif modelde B kriterleri belirlenmiş olan son kişilik bozukluğu STKB'dir. Tanı almak için kişinin psikotizm alanında sıradışı inanç ve deneyimler, eksantriklik ile bilgisel ve algısal disregülasyon yönleri ve duygusal kopukluk alanında içe kapanma, kısıtlı duygulanım ve içe kapanma yönlerinin enaz dördünün işlevselliğinde orta ya da daha yüksek düzeyde bozulma olması gerekmektedir. Olumsuz duygulanım alanında bulunan kaygınlık ve duygusal çökkünlük yönlerinde yükselen skorlar tanı kriterleri içerisinde sayılmamakla birlikte STKB'de sık görülen özelliklerdir (APA, 2013a: 769). Edmundson ve arkadaşlarının (2011: 321) BFK modeline göre STKB özelliklerini incelemek için geliştirdikleri skala, bu kişilik bozukluğuna ait özellikleri 9 alt grupta toplamıştır. BFK'daki kişilik alt boyutlarının genel özelliklerinin uyumsuz varyantları olarak sunulan bu gruplar nevrozizm boyutunda sosyal kaygı, dışadönüklük boyutuyla ilgili sosyal ortamlarda rahatsızlık hissi, sıcak kanlılık özelliğinin azlığı ile karakterize sosyal anhedoni, dışadönüklük boyutunda incelenen içe kapanıklık, olumlu duygulanımın yetersizliği ile ortaya çıkan fiziksel anhedoni, yeniliğe açıklık boyutunda bozulma ile görülen algı bozukluğu, tuhaf davranışlar ve tuhaf fikirler ile geçimlilik boyutunda yer alan başkalarına güvenin azalması olarak belirlenmiştir.

BFK modeline dayandırılarak 5 alan ve 25 yönün belli kombinasyonlarıyla değerlendirilen bu 6 kişilik bozukluğu dışında kalan PKB, SKB, HKB ve BKB ise DSM-5'te önerilen alternatif modelde ÖBKB tanısı altında sınıflandırılmaktadır (APA, 2013a: 771). Bu örüntüleri BFK modeli açısından incelemeyi hedefleyen farklı ölçekler geliştirilmiştir. Bunlardan HKB'yi ölçen ve psikometrik özellikleri incelendiğinde iyi düzeyde geçerlik ve güvenilirliğe sahip bulunan Histriyonik Özelliklerin Beş Faktör Ölçümü (FFM-HIS) Tomiatti ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (2012: 113). Bu ölçekte incelenen 13 alan BFK'nın genel özelliklerinin uyumsuz varyantları olarak oluşturulmuştur ve normatif kişiliği ölçen NEO-PI-R alt boyutlarıyla benzerlik göstermektedir. Değerlendirilen kişilik yönleri arasında, ilgi ihtiyacı ve hızla değişen duygular, yakınlık arayışı, ilgi arayışı, aşırı sosyallik, flörtözlük, melodramatiklik, romantic fantaziler, telkine açıklık, gösteriş, düzensizlik ve kolay etkilenen düşünceler sayılabilir.

ÖBKB tanısı altında sınıflandırılmış olan örüntüleri ölçmek için geliştirilmiş olan ve BFK modelini temel alan araçlardan bir diğeri olan Bağımlı Özelliklerin Beş Faktör Ölçümü (FFM-DPT) BKB'yi değerlendirmektedir. Bu araç Gore ve arkadaşları (2012: 488)

tarafından geliştirilmiştir ve ayrılma güvensizliği, karamsarlık, utanç, çaresizlik, yakınlık ihtiyacı, özgüvensizlik, saflık, başkalarının ihtiyaçlarını kendininkinden önde tutma eğilimi, itaatkarlık, kendini geri planda tutma eğilimi, beceriksizlik algısı ile ihmal alt boyutlarını incelemektedir. PKB ve SKB'yi değerlendirmek için tasarlanmış, geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış ve BFK modeline dayanan herhangi bir ölçüm aracı bulunamamıştır.

1.3. Demansta Bakım Veren Yüğü

Bakım veren yüğü (BVY), herhangi ciddi bir sağıık sorunu sebebiyle işlevselliğı belirgin düzeyde azalmış kişilerin bakımının, bakım veren kişinin yaşamında neden olduğı sosyal, psikolojik, davranışsal, işlevsel, tıbbi ve ekonomik sonuçlarına verilen isimdir. George ve Gwyther BVY'yi aile üyelerinin ve arkadaşların bakıma muhtaç yaşlı hastalara bakarken yaşadıkları fiziksel, psikolojik, sosyal ve maddi problemler olarak tanımlamıştır (Yu, Wang, He, Liang ve Zhou, 2015: 2). Zarit, Todd ve Zarit'in 1986'daki BVY tanımı ise bakım veren bir kişinin, akrabalarına bakmak sonucunda emosyonel, fiziksel, sağıık, sosyal hayat ya da maddi durumla ilgili konularda ne düzeyde zorluk yaşadıkları algısıdır (Chiao, Wu ve Hsiao, 2015: 341). Şizofreni ya da bipolar bozukluk, demansiyel bozukluklar, fiziksel veya entelektüel problemler, kanser ve diğeri işlevselliğı azaltan ve kişinin kendi ihtiyaçlarını karşılamasını zorlaştıran sorunlar, bu ihtiyaçların başka bir kişi ya da kurum tarafından karşılanmasını gerektirir. Söz konusu bakım, günümüz şartlarında sıklıkla bireyin birinci derece yakınları tarafından evde verilmektedir. Hoenig ve Hamilton 1966'da BVY'yi, nesnel ve öznel yük olmak üzere iki ayrı başlık altında tanımlamıştır. Nesnel yük, kişinin bir yakınının bakımı ile ilgilenirken karşılaştığı maddi güçlükler ya da bakım verenin genel sağıığı üzerindeki etkiler gibi somut zorluklardır. Öznel yük ise bakım verenin bu süreçte karşılaştığı güçlükler sebebiyle yaşadığı duygusal tepkilerdir (Vella ve Pai, 2012: 223). Riffin ve arkadaşlarının (2019: 281) yaşlı bakımının aile üyeleri üzerindeki BVY'ye etkilerini araştırdıkları çalışmada, BVY'yi arttıran özellikler arasında en belirgin olanları sırasıyla şu şekilde sıralanmıştır; bakım verenin ne kadar fazla temel ve enstrümental yaşam aktivitesi konusunda yaşlı bireye yardımcı olduğı, sağıık yönetimi ile ilgili görevler, bakım verenin cinsiyetinin kadın olması ve yaşlı bireyin yetişkin çocuğı olması, bakım verenin kendi sağıık sorunlarının fazlalığı, kendi anksiyete düzeyinin yüksekliğı ve dışarıdan destek

alıp almadığı ile ilgili unsurlar. Bu çalışmaya göre, bakım alan kişi ile ilgili BVY'yi arttıran tek unsur, kişide demansiyel bozukluğun varlığıdır.

Dünyada ortalama yaşam süresinin uzaması ile birlikte demans sıklığı da hızla artmaktadır. Uluslararası Alzheimer's Hastalığı Federasyonunun (ADI) 2019'daki raporuna göre, dünyada yaklaşık 50 milyon kişinin demansiyel bozukluğa sahip olduğu tahmin edilmektedir. 2050 senesinde ise bu sayının üç katına çıkacağı beklenmektedir (Su ve Chang, 2020: 1). Demans hastalarının yaklaşık %90'ı evde yakınları tarafından bakılmaktadır (Adelman, Timanova, Delgado, Dion ve Lachs, 2014: 1053). Türkiye'de ise demans prevalansı %8.4 olarak bildirilmiştir. Bu oran 55-59 yaş aralığında %2.2, 75 yaş üstünde ise %30.4 olarak hesaplanmaktadır (Küçükgüçlü, Söylemez, Yener, Barutçu ve Akyol, 2017: 1). DSÖ'nün 2010 yılı raporuna göre sadece yatış, tedavi, bakım masrafları ve hastanın ekonomiye katkıda bulunamaz duruma gelmesi ile ilgili dünyadaki yıllık ekonomik yük yaklaşık 604 milyar Amerikan Doları olarak hesaplanmıştır (Koca, Taşkapılıoğlu, Bakar: 2017: 83).

Ülkemizde, son yıllarda çekirdek aile yaşam şekli daha yaygın olmaya başlamış olmakla birlikte, ailevi bağlar hala oldukça güçlüdür ve kültürümüzün bir parçası olarak yaşlılara evde bakmak yaygınlığını korumaktadır. Yaşlı bakımı evde genellikle kadınlar tarafından verilmektedir (Tülek, Baykal, Ertürk, Bilgiç, Hanağası ve Gürvit, 2020: 5). BVY hem bakım verende organik ve psikolojik sağlık sorunlarına sebep olmakta, hem de bu sorunlar kişinin bakım verme kapasitesi ve becerisini olumsuz etkilemektedir. Ar-Karcı ve Karancı'nın (2020:193) araştırmasına göre, Türkiye'de ATD tanıılı bireylerin %85'i, hem bu alandaki psiko-sosyal destek eksikliği hem de kültürel bakış açısı nedeniyle evde eşleri, çocukları ya da gelinleri tarafından bakılmakta ve pek çoğu sağlık sisteminden yararlanamamaktadır.

Cheng (2017: 1), demanslı yakınlarına bakmakla yükümlü aile bireylerinin yaşadıkları stres düzeyinin, depresif bulguların ve fiziksel problemlerin demansı olmayan bakım verenlere kıyasla daha fazla olduğunu bildirmiştir. Yazar ayrıca demanslı yakınlarına bakmakla sorumlu kişilerin kardiyovasküler hastalıklar açısından daha fazla risk altında olduğunu açıklamıştır. Işık ve arkadaşları (2018: 1330), demansta ortaya çıkan nöropsikiyatrik bulguların, bakım verende yaşanan yüksek stres nedeniyle bağışıklıkta düşüş,

aşılarla karşı daha zayıf bağışıklık tepkisi, enfeksiyon hastalıklarına yatkınlık, yaraların daha yavaş iyileşmesi, artrit, diyabet, ülser, anemi gibi kronik rahatsızlık olasılıklarına neden olduğunu belirtmişlerdir. Ayrıca, bakım verenlerin yaşadıkları yüksek duygusal sıkıntı seviyesi, kendi sağlıklarını etkileyecek düzeyde sedanter yaşam, kötü beslenme, düzensiz uyku, sigara ve alkol kullanımı gibi davranışları da arttırmaktadır. Koca ve arkadaşlarına (2017: 84) göre bakım verenler, bağışıklık sistemlerinin baskılanması ile ilgili olarak başkalarına kıyasla daha sık doktora gitmekte ve daha fazla ilaç kullanmaktadır. Buna ek olarak daha fazla hafıza sorunu yaşama riski taşımaktadırlar. Tüm bu sebeplerle, BVY hem bakım veren hem de bakım alan için istenmeyen sonuçlar doğurmaktadır. Demansın yaygınlığı ile bu durumun giderek artacağı gerçeği, bu sorunun mümkün olduğu kadar engellenmesi ve yükün azaltılmasına yönelik girişimlerde bulunulmasını gerekli ve önemli kılmaktadır.

Özer (2010: 32), bakım veren kişinin yaşam kalitesini etkileyen faktörleri birincil stresörler ve ikincil stresörler olarak ikiye ayırmıştır. Yazara göre, birincil stresörler hasta bakımı ile ilgili faktörlerdir. Bunlara örnek olarak hastanın sorun yaratan davranışları, bakım verenin günde kaç saat hasta ile ilgilenmesi gerektiği, bakım esnasında yerine getirilmesi gereken görevlerin zorluk derecesi gibi faktörler sayılabilir. İkinci stresörler ise, bakım verenin hayatında birincil stresörlerin etkisi ile ortaya çıkan ve sıkıntı düzeyini arttıran faktörlerdir. Bunlara verilebilecek örnekler, bakım verme görevlerinin paylaşılması ile ilgili çıkabilecek aile içi anlaşmazlıklar, bakım verenin diğer aile üyelerine yeterince zaman ayıramaması, bakım verenin iş performansının ve başarısının olumsuz etkilenmesi, bakım verenin kendi sağlığını ihmal etmesi, sosyalleşme fırsatlarının azalması ve sosyal izolasyon gibi durumlardır.

Liu, Heffernan ve Tan'a (2020: 439) göre, BVY'yi etkileyen üç temel özellik vardır. Bunlar bakım verenin kendilik algısı, çok yönlü zorlanma ve zamandır. Kendilik algısı bakım verenin, bakım verme sürecini ve deneyimini nasıl anlamlandırdığı ile ilgilidir. Bakım veren kişinin süreçle ilgili olumsuz anlamlandırmaları gündelik hayatını daha kötü yönde etkilemekteyken, olumlu olanlar hayatının diğer alanlarının daha az etkilenmesine yol açmaktadır. Çok yönlü zorlanma, kişinin uzun süreli bakım verme nedeniyle kendisini ihmal etmesi ile ortaya çıkabilecek sağlık sorunları, yorgunluk, uyku bozuklukları, psikolojik stres,

aile hayatının olumsuz etkilenmesi, sosyal hayattan uzaklaşma, hayat tarzı değişiklikleri ve maddi güçlükler gibi faktörlerdir. Zaman ise, bakım verenin hastanın bakımı ile ilgilendiği süreç içerisinde BVY hakkında değişen algısı ile ilgilidir. Uzayan bu süreçte kişinin algısını etkileyen ve BVY'yi daha az ya da fazla hissetmesine neden olan pek çok etken vardır. Bu kategoriye örnek olarak, dönemsel olarak başka bir aile üyesinin hastanın bakımı konusundaki sorumlulukları paylaşması ile algılanan yükün azalması, bakım verenin zaman içerisinde bakım becerilerinin gelişmesi ve yaşanan zorluklarla baş etmeye alışmak verilebilir.

Demansiyel bozukluklar hastanın hayatının üç ana alanını etkiler. Bunlar günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili işlevsellikte düşüş, bilişsel fonksiyonlarda azalma ve nöropsikiyatrik belirtilerdir (Naharcı v.d., 2016: 381). Günlük yaşam aktiviteleri özbakımla ilgili beceriler ve biraz daha komplike olan enstrümental aktivitelerdir. Özbakım ile ilgili beceriler arasında kişinin tuvalete gitme, beslenme, bir yerden başka bir yere hareket edebilme, banyo yapma gibi temel ihtiyaçlarını kendi başına gerçekleştirebilmesi, desteğe ihtiyaç duyması ya da hiç yapamaması ile ilgilidir. Enstrümental aktiviteler içinse tek başına telefonu kullanabilmek, alışveriş yapabilmek, yiyecek hazırlamak, çamaşır yıkamak, toplu taşımayı kullanmak, ilaçlarını alabilmek ve maddi işlerini halledebilmek gibi ihtiyaçlarını ne düzeyde karşıladığı örnek olarak gösterilebilir (Yu v.d., 2015: 5). Demansın en çok ilişkilendirildiği bilişsel fonksiyonlardaki etkilenme, hafızanın bozulması, kaydetme ve geri getirme becerilerindeki düşüş, dikkati odaklamada ve korumada güçlük, zaman ve mekan oryantasyonunda bozulma, mantık yürütme ve muhakemede zayıflama gibi güçlükleri içerir. Nöropsikiyatrik belirtiler ise üç ana başlıkta toplanabilir. Bunlardan psikotik özellikler delüzyon ve halüsinasyonları, afektif güçlükler apati, depresyon, anksiyete gibi emosyonel değişiklikleri, hiperaktivite ise ajitasyon, iritabilite, disinhibisyon ile anlamsız ve anormal davranışları içerir. Nöropsikiyatrik bulgular, yani davranışsal ve psikolojik değişiklikler tüm demans hastalarının %90'ını etkiler. Demansta ortaya çıkan tüm bu zorlukların BVY üstündeki etkisi pek çok çalışmada araştırılmıştır (Torrise, DeCola, Marra, DeLuca, Bramanti ve Calabro, 2016: 103). Cheng (2017: 4), yaptığı meta analizin sonucu olarak, demansın klinik özellikleri arasında BVY'yi en fazla olumsuz etkileyenlerin sırasıyla nöropsikiyatrik bulgular, fiziksel ve işlevsel bağımlılık, son olarak da bilişsel bozukluk olduğunu bildirmiştir.

Demanslı kişinin klinik bulgularına ek olarak BVY'yi etkileyen faktörler bakım veren kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, hastaya olan yakınlık derecesi gibi demografik özelliklerdir. Ayrıca, bakım verenin hastayla aynı evde yaşayıp yaşamadığı, ne kadar süredir hastanın bakım sorumluluğunu üstlenmiş olduğu, dışarıdan destek alıp almadığı, hastalık, süreç, tedavi ve baş etme yöntemleri konusunda bilgilendirme alıp almadığı ya da günde kaç saat hasta ile ilgilendiği gibi konular da BVY'yi etkileyen faktörlerdir.

Avustralya'da 720 katılımcıyla yapılmış ve 3 yıl süren bir araştırmada, çalışmanın başlangıcında bakım verenlerin %47,4'sinin belirgin düzeyde BVY yaşadığını, sürecin sonunda ise bu oranın artarak %56,8'ye ulaştığı hesaplanmıştır. Araştırmada, bakım verenlerin yaklaşık yarısının klinik olarak anlamlı düzeyde BVY yaşamalarının farklı nedenleri üzerinde durulmuştur. Dışarıdan ek hizmet almamanın, hastaların nöropsikiyatrik semptomlarının fazlalığının, işlevselliğinin azlığının, daha az ilaç kullanmaları ve bakım verenin kadın olmasının BVY'yi arttırdığı ortaya çıkmıştır (Connors, Seeher, Teixeira-Pinto, Woodward, Ames ve Brodaty, 2019: 7).

1.3.1. Bilişsel Bozulmanın Bakım Veren Yüküne Etkisi

Demanslı bireylerin bakımında BVY'yi olumsuz şekilde etkileyen hastalıkla ilgili üç ana alan içinde hangilerinin daha belirleyici olduğunu araştıran pek çok çalışma yapılmıştır. Bu alanlardan nöropsikiyatrik bulgular ile gündelik yaşam aktivitelerinde destek ihtiyacı, bilişsel performanstaki düşüşe kıyasla, pek çok çalışmada BVY'yi daha fazla etkileyen unsurlar olarak ortaya çıkmıştır (Borjse, v.d., 2016: 7; Brodaty, v.d., 2014: 763; Reed, v.d., 2019: 5). Dauphinot ve arkadaşlarının (2016: 1041) hafıza şikayetleri ve nörobilişsel bozukluk tanıları olan bireyler ile onların bakımından sorumlu yakınlarıyla tamamladıkları ve 12,6 ay süren çalışmanın sonucunda ise BVY'nin zaman içerisinde hastanın tanısından ve hastalığın evresinden bağımsız olarak arttığı görülmüştür. Çalışmaya göre demansla ilgili her üç alanın da BVY'nin artmasında etkili olduğu gözlemlenmiştir.

Pilon ve arkadaşlarının (2016: 275) ATD ve VaD'de bilişsel işlevsellikteki azalmanın BVY'yi ne kadar etkilediğini araştıran çalışmasında, ATD'de bilişte bozulmanın daha hızlı olduğu, fakat bu durumun her iki grubun yakınlarında BVY açısından anlamlı bir fark yaratmadığı gözlemlenmiştir. Bu çalışmada, hasta yakınlarının yarısında klinik açıdan ciddi

düzeyde BVY saptandığı ve bu durumun hastanın bilişsel fonksiyon kaybı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bakım verenlerin demanslı yakınlarında belirgin düzeyde bilişsel işlev kaybı gözlemlenmesi üzümlük, stres, kaygı, yorgunluk ve uyku bozukluklarına neden olmaktadır.

Yu ve arkadaşlarının (2015: 9) Çin’de gerçekleştirmiş oldukları araştırmada ise, hafif ve orta seviyede demanslılar ve yakınlarıyla çalışılmış ve bilişsel bozulmanın BVY üzerindeki etkisinin direkt ve belirgin düzeyde olduğu bildirilmiştir. Çalışmada ayrıca, bilişsel işlevsellikteki azalmanın hastanın gündelik aktivitelerini yerine getirmesini zorlaştırdığı, bu durumun da hastanın kişiliğinde, duygulanımında ve davranışlarında değişikliklere neden olduğu ve bakım verenlerin bu durumla nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri için stres, fröstrasyon ve zorluk yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla bilişsel bozulmaların BVY üzerindeki direkt etkilerine ek olarak indirekt etkileri olduğu da gözlemlenmiştir. Stinson ve arkadaşlarının (2014: 1184) demansiyel bozukluk tanıları ile takip edilen savaş gazileri ve yakınları ile yaptıkları çalışma ise, bilişsel fonksiyonlardaki bozulmanın BVY’yi belirgin düzeyde etkilediğini göstermektedir. Bu çalışmada, ZBYÖ’nün ölçtüğü psikososyal, bağımlılık ve suçluluk alanlarından özellikle bağımlılık boyutunun hastadaki bilişsel işlev azalması ile bağlantılı olarak yükseldiği ortaya çıkmıştır. Yazarlar, bu durumu katılımcı grubun genellikle daha düşük sosyoekonomik düzeydeki bireyler olmaları ve bu nedenle zaman ve maddiyat açısından daha fazla sıkıntı yaşamaları ile açıklamıştır.

Naharcı ve arkadaşlarının (2016: 383) DLB ve ATD’de BVY’yi araştırdıkları çalışmada, iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Her iki grupta da hafıza ile ilgili problemler benzer olmakla birlikte, DLB’de hedefe yönelik hareket etme, karar verme, planlama, dürtü kontrolü, dikkat ve konsantrasyon, zihinsel esneklik gibi yürütücü işlevlerdeki dalgalı seyrin bakım verenlerde daha fazla tükenmişliğe neden olduğu bildirilmiştir. Liu ve arkadaşları (2017: 2) DLB, FTD ve ATD yakınlarının katıldığı bir çalışma yapmışlar ve bu gruplar arasında BVY’ye etki eden unsurları araştırmışlardır. Yazarlar, FTD’nin semantik ve akıcı olmayan semantik varyantlarında, afaziye kadar ilerleyen konuşma bozukluklarının aile içi iletişim ve sosyal katılımı olumsuz etkilemesi ile BVY ve stresin arttığını bildirmişlerdir.

Hafif bilişsel bozukluk (MCI), normal yaşlanma ile demans arasındaki geçiş dönemidir. Bu dönemde bilişsel bozukluklar başlamış olur fakat bu durum henüz günlük

yaşam aktivitelerini belirgin şekilde etkilemez (Paradise, v.d., 2015: 72). Szeto ve arkadaşlarının (2016: 593) MCI olan Parkinson hastalığı (PH) tanılı kişiler, MCI olmayan PH tanılı kişiler ve yakınları ile yaptıkları karşılaştırmalı çalışmada, PH-MCI grubunda, bilişsel bozulmanın daha az belirgin olduğu dönemde bile hasta yakınlarının yaşam kalitesini düştüğü ortaya çıkmıştır. Çalışmaya göre, hasta yakınlarının yaşam kalitesinin en fazla etkilendiği alanlar bakım verenin fiziksel sağlığında kötüleşme ve gündelik aktivitelerinin daha sık kesintiye uğramasıdır. Benzer bir çalışmayı Jones ve arkadaşları (2017: 9) da yapmıştır, ancak karşılaştırdıkları PH ve PH-MCI grubuna ek olarak PHD tanılı hastalar ile yakınlarını eklemişlerdir. Elde ettikleri sonuçlara göre PH-MCI grubundaki BVY'nin PH grubuna kıyasla daha fazla olduğu, en yüksek BVY'nin ise PHD grubunda olduğu ortaya konmuştur. Araştırmacılar, bilişsel işlevdeki en ufak bozulmanın bile bakım verenlerin yükünü arttırdığını bildirmişlerdir.

Aubert ve arkadaşlarının (2015: 543) 65 ATD tanılı hasta ile yaptıkları 12 aylık çalışmada, katılımcıların %38.2'sinin bir senelik süreç içerisinde bilişsel bozulma düzeylerinde hızlı bir düşüş yaşadıkları gözlemlenmiştir. Bu hızlı düşüş MMSE'de 3 ya da daha fazla puan kaybı olarak değerlendirilmiştir. Yazarlar, bilişsel alandaki hızlı bozulmanın hastalarda düşme riskini ve otonomilerini daha erken kaybetme ihtimalini arttırdığını bildirmişlerdir. Bu çalışma, evde yaşayan orta düzey ATD tanılı kişilerde daha hızlı bilişsel bozulma gerçekleştiğini göstermiştir. Yazarlar kendi araştırmalarında BVY ile hızlı bilişsel işlev kaybını karşılaştırmamış olmakla birlikte daha önceki literatürden yaptıkları bir alıntı ile durumu açıklamışlardır. Buna göre, Vitaounou ve arkadaşlarının (2009: 709) çalışmasında bakım verenlerin algıladıkları yüksek BVY ve yorgunluk, bakım alanlarda bilişsel işlevlerin daha hızlı bir şekilde bozulmasına neden olmaktadır.

1.3.2. Gündelik Yaşam Aktivitelerinde İşlevselliğin Düşmesinin Bakım Veren Yüküne Etkisi

Naharcı ve arkadaşlarının (2016: 383) DLB ve ATD hastalarının yakınlarının BVY'sini karşılaştırdıkları çalışmaya göre yemek yeme, giyinme, banyo yapma, yürüme ve tuvaleti kullanma gibi günlük yaşam aktivitelerindeki düşüş tüm demansiyel bozukluklarda ortaya çıkmaktadır. Yazarlar, özellikle orta ve ileri seviyedeki demansiyel bozuklukların, hastalarda özbakım konusunda giderek daha fazla destek ihtiyacı duymalarına neden

olduğuna ve bu durumun bakım verenlerde emosyonel, psikososyal ve fiziksel sağlığı tehdit eden bir durum oluşturduğuna dikkat çekmişlerdir. Kawaharda ve arkadaşlarının (2019: 1246) ATD tanılı bireyler ve onların bakımı ile ilgilenen yakınları ile yaptığı 3 sene süren bir çalışmaya göre günlük aktivitelerle ilgili işlevsellikteki düşüş sırasıyla yıkanma, bağırsak kontrolü, özbakım ve idrar kontrolünde görölmüştür. Bu çalışmada, BVY'yi en belirgin şekilde arttıran aktivitelerin ise yemek yeme ve yıkanma olduğu ortaya koyulmuştur. İştahta değişiklik, yemek yemeye direnme, çok uzun sürede yeme, özel yemek hazırlanması ihtiyacı, koordinasyon güçlükleri sebebiyle çatal ya da bıçak kullanamama ve yutkunma zorluğu gibi nedenlerle yemek yeme, bakım verenlerin daha fazla zamanını almakta ve BVY'yi belirgin şekilde etkilemektedir. Yıkanma, banyoya girip çıkma, temizlenmede ihtiyaç duyulan destek fiziksel anlamda BVY'yi artırırken, özellikle banyoya girmeye direnme, yıkanırken gösterilen yüksek ajitasyon ve agresyon hasta yakınlarını hem fiziksel hem psikolojik olarak etkilemektedir.

Reed ve arkadaşları (2016: 255), demansın etkilediği gündelik yaşam aktivitelerini dört alt gruba ayırmıştır. Bunlar yemek yeme ve tualeti kullanma gibi temel aktiviteler; ev işi, ilaç kullanımı gibi ev içi aktiviteler; iletişim becerileri ve maddi işleri yönetme gibi ev dışı aktivitelerdir. Araştırmacılar bu dört alt gruptaki işlev kaybının bakım verenleri toplumsal maliyet ve hastanın sağlık masrafları açısından ne şekilde etkilediğini incelemişlerdir. Toplumsal maliyet bakım verenein kaç saatini hasta bakımına ve denetimine ayırdığı; sağlık masrafları ise doktor ziyaretleri, ilaç, evde bakım hizmetleri gibi maddi harcamalardır. Elde edilen sonuçlar, azalmış iletişim becerilerinin toplumsal maliyet ve toplam BVY üzerinde belirgin düzeyde etkili olduğunu ortaya koymuştur. Ev içi ve ev dışı aktivitelerin, hastalığın şiddetine göre hem toplumsal maliyeti hem de sağlık masraflarını arttırdığı görölmüştür. Hastalığın daha ileri evrelerinde etkilenen temel aktivitelerin ise her iki alanda da çok etkili olduğu, fakat BVY'yi duygusal anlamda etkilemediği bildirilmiştir. Araştırmacılar bu durumu, hastalığın bu aşamasına gelene kadar bakım verenlerin baş etme stratejilerini geliştirme fırsatı bulması, dışarıdan ek destek almaya başlamaları ya da bu noktada demanslı yakınlarının yüksek beklentilerinin kalmaması ile açıklamışlardır. Lin, Shih ve Ku'nun (2018: 17) yaptıkları araştırmaya göre ise, temel gündelik yaşam aktivitelerindeki işlevselliğin azalması, hasta yakınlarının bakım için daha fazla zaman ayırmasına ve algıladıkları BVY'nin belirgin düzeyde artmasına neden olmuştur. Bu

çalışmada, daha karmaşık olan ve ev işleri, alışveriş, ödemeler gibi enstrümental aktivitelerdeki işlevselliğin azalmasının BVY üzerindeki etkisi net değildir.

Hastaların işlevsellik düzeyindeki düşüşün, hastanın bakımından birinci derecede sorumlu aile üyesinin algıladığı BVY üzerindeki etkisini araştıran bir yıllık bir çalışma, hastaların gündelik aktivitelerdeki işlevselliğinin azalmasının BVY üzerinde sadece kısmi bir etkisi olduğunu göstermiştir. Söz konusu çalışma sürecinde, katılımcıların yaşadıkları depresyon, anksiyete ve öfke düzeylerinin algıladıkları BVY'yi arttırdığı ortaya çıkmıştır. Çalışmanın başlangıcında, artan depresif bulguların, katılımcıların zamanlarının kısıtlandığı, kendi yaşitlarından farklı bir hayat sürdükleri, sağlıklarının olumsuz etkilendiğini düşünmelerine ve kendilerini yorgun hissetmelerine katkıda bulunduğu ve bu durumun da kişinin algıladığı BVY'nin artmasına sebep olduğu gözlemlenmiştir. Depresif bulguları ve olumsuz düşünceleri başlangıçta fazla olan katılımcıların, bir sene sonunda, hastanın gündelik işlevsellik düzeyinde anlamlı bir artış olmadığı halde BVY, depresyon, anksiyete ve öfkeyi daha yoğun yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Algılanan BVY arttıkça da, bakım verenlerin öfke düzeyinde anlamlı bir artış oluşmuştur. Hasta yakınlarının içinde bulundukları duruma, demanslı hastaya ve diğer aile üyelerine karşı hissettiği artan kin ve öfke duyguları, sosyal açıdan izole olduklarına dair düşüncelerinin artmasına, yakınlarıyla daha fazla anlaşmazlık yaşamalarına ve daha yüksek düzeyde BVY algılamalarına neden olmuştur (Razani v.d., 2014: 248).

Küçükgüçlü ve arkadaşlarına (2017: 4) göre ise hastanın işlevsellik düzeyi BVY'yi en fazla etkileyen etmenlerdendir. Yazarlara göre, işlevsellikteki düşüş ve dolayısıyla otonomi kaybı, maddi konular, ilaç kullanımı, beslenme ihtiyacı, telefon kullanımı gibi konularda yaşanan güçlükler ve destek ihtiyacı bakım verenlerin daha fazla zamanını hastayla geçirmesine neden olmakta ve BVY'yi arttırmaktadır. Lima-Silva ve arkadaşlarına (2015: 274) göre, özellikle FTD'de işlevsellikteki düşüş ATD'ye kıyasla daha belirgindir ve bu durum BVY üzerinde önemli bir olumsuz etkiye sahiptir.

Yılmaz ve Turan'ın (2009: 20) ATD yakınları ile yaptıkları çalışma, hastanın işlevsellik düzeyindeki düşüşün bakım verende itaatkar yaklaşım ve anksiyeteyi arttırdığını ortaya koymuştur. Yazarlara göre itaatkar yaklaşımın tanımı, bakım verenin teslimiyetçi bir düşünce yapısına sahip olması, başlarına gelen bu problemi kötü şansa bağlamaları ve

durumu değiştirme yetisine sahip olmadıkları inancıdır. Hastalığın kötüleşmesi sonucu bakım veren tarafında bu yaklaşıma sığınma eğilimi, hissedilen tükenmişliği arttırmaktadır.

1.3.3. Nöropsikiyatrik Bulguların Bakım Veren Yüküne Etkisi

Işık ve arkadaşları (2018: 1328), demansta görölen nöropsikiyatrik bulguları üç ana kümeye ayırmışlardır. Bunlardan ilki delüzyon ve halüsinasyonlardan oluşan psikoz; ikincisi apati, depresyon ve anksiyeteden oluşan afektif; üçüncüsü ise ajitasyon, iritabilite, disinhibisyon ve aşırı davranışlardan oluşan hiperaktivite kümeleridir. Yazarlar, nöropsikiyatrik bulguların yordanamaz, yıkıcı, zor idare edilen, zaman zaman utanç verici ya da tacizkar davranışlara neden olduğuna ve hem demanslı kişide hem de yakınlarında uyku bozukluklarına neden olduğunu açıklamışlardır. Çalışmada, BVY'yi en fazla etkileyen bulguların depresif davranışlar olduğu, bunu sırasıyla ajitasyon, agresyon, uyku bozuklukları ve apatinin izlediği, öforinin ise bakım verenler tarafından en az sıkıntı yaratan bulgu olarak algılandığı bildirilmiştir.

İtalya'da yapılan bir çalışmada hangi nöropsikiyatrik bulguların BVY üzerinde daha fazla etkisi olduğu araştırılmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre hezeyanlar, iritabilite ve depresyon BVY'yi en çok etkileyen bulgular olarak öne çıkmıştır. Hezeyanlar özellikle hastanın bakım vereni nasıl algıladığı ile ilgili olduğunda, örneğın hasta kendine bakan yakınına bir sahtekar olarak algıladığında bakım verenin yükünün arttığı bildirilmiştir. İritabilite, demanslı kişi ilaçlarını almayı, yemek yemeyi, yıkanmayı reddettiğinde bakım veren için özellikle stres yaratan bir unsur olarak ortaya çıkmıştır. Hastanın evi terk edip dışarıda dolaşma davranışlarının ise bakım verende başarısızlık ve güçsüzlük hisleri yarattığı görölmüştür. Hastanın depresif bulguları da kendisi ile ilgilenen kişide başarısızlık ve fröstrasyona neden olmaktadır. Sonuç olarak bu çalışma, hastanın bilişsel fonksiyonlarındaki bozulmanın da BVY üzerinde etkili olduğunu, fakat söz konusu etkinin nöropsikiyatrik bulgulara kıyasla çok daha az olduğunu ortaya çıkarmıştır (Torrissi v.d., 2016: 105).

Lima-Silva ve arkadaşları (2015: 273), FTD ve ATD hastalarının yakınları ile bir çalışma yapmış ve bu hastalıklarda hangi nöropsikiyatrik semptomların BVY'ye daha fazla katkısı olduğunu araştırılmışlardır. Brezilya'da yapılmış olan çalışmanın sonuçlarına göre FTD'de BVY'yi en fazla etkileyen hastalık bulguları sırasıyla apati, disinhibisyon, iritabilite,

ajitasyon ve agresyon; ATD’de ise depresyon ve anksiyetedir. Çalışmaya göre FTD’de, ATD’ye kıyasla, bakım veren hasta ile ilgilenirken davranışlar nedeniyle daha fazla sıkıntı yaşamakta, fakat her iki grupta da BVY açısından anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Yazarlara göre, FTD’nin davranışsal tipinde bakım verenlerin karşılaştığı diğer zorluklar arasında, ATD’den farklı olarak tanının sıklıkla daha geç konması, hastaların yaşının daha genç olması, hastalık hakkında daha az eğitim programı ve bilgilendirme olması ve bu tür hastalara bakım veren kurumların daha az olması göze çarpmaktadır. Kelleher, Tolea ve Garvin’e (2016: 800) göre, ileride oluşacak apatinin ön habercisi olan anosognozi, diğer bir deyişle hastanın durumu ile ilgili içgörü eksikliği de, demanslı bireyin tehlikeli davranışlarının artmasına, hastanın daha az uyumlu olmasına ve davranışlarının daha zor kontrol altına alınabilmesine neden olarak ve bakım verende öfke, üzüntü, çaresizlik ve kafa karışıklığı yaratarak BVY’yi arttırmaktadır. Çalışmada aynı zamanda, içgörüsünü koruyan demanslı bireylerde depresyon ve anksiyete bulgularının daha fazla görüldüğü saptanmıştır.

Lou ve arkadaşlarının (2015: 2672) Çin’de ATD tanımlı bireyler ve bakım verenleri ile yaptıkları bir çalışmada, demanslı bireyin ve bu bireye bakım veren kişinin özelliklerinin, bakım verenin yaşadığı BVY, depresyon ve anksiyete bulgularının üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Çalışmaya göre ATD’de BVY’yi en çok etkileyen nöropsikiyatrik bulguların hastadaki apati, iritabilite, anormal motor davranışlar ve gece vakti davranışları olduğu ortaya çıkmıştır. Koca ve arkadaşlarının (2017: 5) FTD ve ATD hasta yakınlarının BVY’sini karşılaştırma amacı ile yaptıkları çalışmada da, apati FTD’de en sık görülen nöropsikiyatrik bulgudur. Bununla birlikte, söz konusu çalışma Türkiye’deki örnekleme apatinin BVY’yi etkileyen faktörlerden biri olmadığını göstermiştir. Apati her ne kadar hastalara aktiviteleri başlatma ve sürdürme konusunda zorluk yaratsa ve bu açıdan bakım verenlerin daha fazla çabalamasını gerektirse de ülkemizde bu bulgu hastaları daha sessiz ve sakin yaptığı için BVY’yi azaltan bir unsur olarak algılanmaktadır. Aynı çalışmada öforinin BVY’yi daha olumsuz etkileyen bir bulgu olduğu ortaya konmuştur. Hastanın uygunsuz ortamlarda gösterdiği aşırı neşe Türk toplumunun değer yargıları açısından ele alındığında, bakım verenleri diğer kişiler karşısında daha zor bir duruma düşürmektedir. Özel-Kızıl ve arkadaşlarının (2014: 258) %71.4 ATD, %20.4 mikst, %4.1 VaD ve %2.4 diğer demans türlerine sahip hastaların yakınları ile yaptıkları çalışmada, tüm demans bulgularının içinde BVY’ye en fazla etkisi olan bulgunun ajitasyon olduğu ortaya koyulmuştur. Bu çalışmada,

demanslı bireylerin yarısından fazlasında, tekrarlayan cümleler ve sorular, olumsuzluk ve huzursuzluk nedeniyle yerinde duramama gibi ajitasyon davranışları gözlemlenmiştir.

Liu ve arkadaşlarının (2017: 6) ATD, FTD ve DLB bakım verenlerinin yaşadıkları güçlükleri karşılaştırdıkları çalışma ise, DLB'deki halüsinasyonlar ve gece davranışları nedeniyle bu kişilerin yakınlarının ATD'ye kıyasla daha fazla BVY algıladıklarını ortaya koymuştur. Aynı çalışmada, FTD bakım verenlerinin ATD yakınlarına kıyasla daha fazla BVY, depresyon ve uyku bozuklukları geliştirme riski olduğu bildirilmiştir. Koca ve arkadaşlarının (2017: 5) çalışmasına göre, demansta uyku sorunları ve gece davranışları BVY'yi etkileyen önemli etkenlerden biridir. Yazarlara göre, hastalar gece yeteri kadar dinlenemediklerinde gündüz vakti davranış sorunlarının şiddeti ve sıklığı arttığı için, bakım aile üyeleri için daha yorucu bir hale gelmektedir. Aynı zamanda, hastalar gece hareketli olduğunda bakım verenlerin uykusu da olumsuz etkilenmektedir. Yazarlar, bakım verenlerin %92'sinin uyku sorunu yaşadığını, %41'inin ise haftada üç defadan daha sık uyku ilacı almak zorunda kaldığını açıklamışlardır.

Işık ve arkadaşlarının (2018: 1331) araştırmasına göre, demansta ortaya çıkan nöropsikiyatrik bulguların BVY üzerinde olumsuz etkileri olduğu gibi, BVY düzeyinin yüksekliği ile bakım alan ve bakım veren arasındaki ilişkinin kötü olması da hastanın bulgularını olumsuz yönde etkilemektedir. Yazarlar bu durumu, Mahoney ve arkadaşlarının (2005: 795) çalışmasını kaynak göstererek açıklamışlardır. Bahsedilen çalışmaya göre nöropsikiyatrik bulgular, hasta ve yakınının ilişkilerinin kötüleşmesine, ilişkideki bu olumsuz değişiklik de hastanın iritabilitesinin artmasına neden olmaktadır. Ayrıca, demanslı birey ile yakını arasında halihazırda sağlıklı olan ilişki, bakım verenin hastadaki nöropsikiyatrik bulguları olduğundan daha şiddetli algılamasına ve bu davranışların kasıtlı olduğunu düşünmesine yol açmaktadır. Buna ilaveten, Işık ve arkadaşları, uygunsuz bakım veren davranışlarının delüzyonlara katkıda bulunduğunu, bakım verendeki iritasyon, öfke ve sabırsızlığın hastanın ajitasyonunu arttırdığını, yüksek seviyedeki BVY'nin hastanın bakım kalitesini düşürdüğünü bildirmişlerdir.

1.3.4. Bakım Veren Yükünü Etkileyen Demografik Unsurlar

Chiao ve arkadaşlarına (2015: 347) göre demansın tipi, hastalığın uzun zamandır var olması ve semptomların şiddeti kadar, bakım veren kişinin özellikleri de BVY'ye katkıda bulunmaktadır. Bakım verenin eğitim düzeyinin düşük olması, cinsiyetinin kadın olması, düşük gelir düzeyine sahip olması ve hasta ile aynı evde oturuyor olmaları bu riski arttıran unsurlar olarak bildirilmiştir. Buna ek olarak, bakım verenlerin psikolojik sağlıklarının iyi olmaması, dini açıdan baş etme becerilerinin düşük olması, bulguları kendi başlarına yönetme becerileri konusunda eksik olmaları, anksiyete düzeylerinin yüksekliği, agresif ve otoriter tarza sahip olmaları da BVY'yi arttıran özellikler olarak sıralanmıştır. Reed ve arkadaşlarının (2019: 4) Almanya ve Fransa'da ATD tanıılı bireyler ve bakım verenleri ile yaptıkları, 3 sene süren bir çalışmaya göre, hastanın eğitim düzeyinin yüksek olması ve başka hastalıklarının da olması BVY'yi arttırmaktadır.

Lou ve arkadaşlarının (2015: 2671) yaptığı çalışma, bakım verenin demanslı yakınına ne zamandır baktığının ve bakıma günde ne kadar vakit ayırdığının BVY'yi belirgin şekilde etkileyen unsurlar olduğunu ortaya koymuştur. Aynı çalışma, ailedeki diğer bireylerin birinci derecede sorumlu bakım verene yardım etmesinin hissedilen BVY'yi azalttığını göstermektedir. Tülek ve arkadaşları (2020: 4), Türkiye'de yaptıkları çalışmanın sonucunda, BVY'ye en fazla etki eden unsurun hastanın bakımına ayrılan zaman, en az etki edenin ise sosyal hayatın etkilenmesi olduğunu ortaya koymuşlardır. Bu çalışmaya göre çoklu ilaç kullanımı, bilişsel işlevsellikte düşüş ve evdeki fiziksel alanın darlığı BVY'ye belirgin düzeyde etki etmektedir. Aynı çalışma, demanslı yakınlarına bakan bireylerin hayat kalitelerinin, genel popülasyondaki yaşlılarına göre tüm alanlarda daha düşük olduğunu ortaya koymuştur. Hayat kalitesini en fazla etkileyen etmenler, bakım verenin sağlık sorunları ve evdeki alanın kısıtlılığıdır. Yine aynı çalışma, demanslı hastanın erkek olmasının BVY'yi arttırdığını ortaya koymuştur. Yazarlar bu durumu, erkek hastaların kadınlara kıyasla daha fazla davranış problemleri sergilemeleri ve daha agresif olmaları, kadın bakım verenlerin kilo farkı nedeniyle erkeklere bakarken fiziksel olarak daha çok zorlanmaları ve kadınların genelde hasta bakımına ek olarak ev işleri ile ilgili daha fazla sorumluluk üstlenmeleri ile açıklamıştır. Van der Kieboom ve arkadaşları (2020: 6) yaptıkları literatür taraması sonucunda, demans hastasına bakım veren ve hasta ile aynı evde yaşayan eşlerin ve

yetişkin çocukların algıladıkları BVY'nin, hasta ile aynı evde yaşamayan yetişkin çocuklar ile karşılaştırıldığında klinik olarak belirgin düzeyde daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Conde-Sala ve arkadaşlarının (2014: 629) ATD'li bireyler ve yakınları ile gerçekleştirdikleri 3 senelik çalışmanın sonuçları da benzer bir şekilde, en az BVY'nin hasta ile birlikte yaşamayan erişkin evlatlarda, en fazla BVY'nin ise aynı evde yaşayan evlatlarda gözlemlendiğine işaret etmiştir. Aynı evde yaşayan eşlerdeki BVY daha orta düzeyde saptanırken, 3 senelik çalışmanın sonunda, süreç içinde BVY algısı en fazla artan grubun, hastayla birlikte yaşayan eşlerde görüldüğü ortaya çıkmıştır. Buna ek olarak, hasta bakımından sorumlu tek kişi olmanın, bu nedenle gün içinde hastanın bakımına daha fazla zaman harcamanın da BVY üzerinde önemli bir etkisi olduğu belirlenmiştir.

Yu ve arkadaşları (2015: 2), bilhassa düşük ve orta gelir düzeyindeki ülkelerde demans ve BVY'nin özellikle yüksek olduğunu vurgulamışlardır. Yazarlara göre bu durumun sebepleri arasında erken tanı ve tedavi konulabilmesi için sağlık hizmetlerinin yetersizliği, hastalık konusunda bilgi ve farkındalığın olmaması ve evde bakım gören hastaları ve ailelerini destekleyici sosyal ve ekonomik desteğin az olması yer almaktadır. Ayrıca, bu ülkelerde evde bakılması zorlaşan hastaların bakım evi ve benzeri kurumlara yatırılmasının aileler açısından hem maddi olarak mümkün olmadığı, hem de bunun kültürel olarak kabul edilir bir seçenek olmadığı bildirilmiştir. Yapılan çalışmalar, Asya ülkelerindeki beklentinin, yaşlılara evde bakılması yönünde olduğunu, hastanın bakımının evde sürdürülmesinin tamamen inkansız olduğu durumlar haricinde bakım evlerine yerleştirmenin tercih edilmediğini göstermektedir. Tülek ve arkadaşlarının (2020: 5) çalışmasında, Türkiye'deki gelenek ve bakışın bu açıdan Asya ülkeleri ile benzerlik gösterdiği, yaşlıların özellikle kadın aile üyeleri tarafından evde bakıldığı bildirilmiştir.

Lim ve arkadaşlarına (2018: 540) göre BVY'yi etkileyen unsurlardan biri de demanslı kişinin yaşıdır. Yazarlar, genç hasta yakınlarının, hastalık tanısı daha ileri yaşta konmuş olan hasta yakınlarına kıyasla iki kat daha fazla BVY riski taşıdıklarını bildirmiştir. Yapılan araştırmaya göre, genç yaşta tanı alan hastaların semptomları daha hızlı kötüleşmektedir ve bu hastalarda konuşma bozukluğu, agnozi, davranış bozukluğu gibi bulgular daha sık görülmektedir. Ayrıca, erken demans kişinin çalışma hayatından erken ayrılmasına, buna bağlı olarak maddi güçlüklerin daha fazla yaşanmasına neden olmaktadır. Demanslı yakınına

bakabilmek için bakım verenin de işten ayrılması ailenin karşılaştığı maddi güçlükleri daha da arttırmaktadır. Araştırmada ayrıca genç demans hastalarına yönelik destekleyici hizmetlerin daha az olmasının da BVY'ye katkıda bulunduğuna değinilmiştir.

1.3.5. Aile Üyelerinin Bakım Verme Sürecinde Yaşadığı Emosyonel Zorluklar Ve Ölüm Öncesi Yas

Demanslı kişinin bakımının iş yükü gibi somut zorlukları dışında, bakım verenin karşılaştığı emosyonel problemler de oldukça belirgindir. Bakım verenin özgürlüğünde azalma, sosyal açıdan izole olma, maddi güçlüklerin yarattığı stres haricinde, kişiler sevdikleri bireyin girerek daha da kötüleştiğini gözlemlemek durumunda kalırlar (Connors v.d., 2019:1). Tülek ve arkadaşları (2020: 7) evli kadınların, özellikle de demans hastasının eşi olanların daha fazla fiziksel ve sosyal zorluk yaşadığını, hayat kalitelerinin daha düşük olduğunu, hastalık öncesi eşlerinin üstlendikleri görevleri üstlenmek zorunda kaldıklarını ve bunun sonucu olarak kendilerini yalnız ve mutsuz hissettiklerini bildirmişlerdir. Lök, Günbayı ve Buldukoğlu'nun (2015: 95) demanslı bireylerin yakınlarıyla yaptıkları nitel bir araştırmanın sonucunda, hasta yakınlarının en fazla hissettiği duyguların üzüntü, yalnızlık ve çaresizlik olduğu ortaya çıkmıştır. Kaydedilen diğer duygular ise belirsizlik, öfke, suçluluk ve korkudur. Katılımcıların tümü bakım sürecinde samimi ilişkiden yoksun kaldıklarını bildirmişlerdir. Buna ek olarak baktıkları kişiyle bağımlı hale gelmek, kendi özbakımını yapamaz duruma gelmek, maddi zorluk ve evlilikle ilgili sorunlar yaşamak da sayılan diğer zorluklardandır. Çalışmada dikkat çekilen diğer zorluklar, sevdikleri kişi ile birlikte yaşamış oldukları anıların giderek yok olması karşısında hissedilen acı ve bakım konusunda çevreden destek ya da takdir alınamamasıdır.

Hastaların uygunsuz davranışları ve öfkeli ve ajite halleri aileler tarafından sıklıkla yanlış anlaşılır. Aileler bunları bilerek yapılan davranışlar olarak yorumlayabilir ve özverili bakımlarının hasta tarafından önemsenmediğini düşünebilir. Bakım verenler, bu davranışların hastalığın bir semptomu olduğunu bildikleri zaman bile, bunları normalize etme ve kişisel algılamama konusunda zorluk yaşayabilirler. Bu durum özellikle üzücü ve stresli olabilir ve hasta bakımı ile ilgili diğer görevleri yerine getirme konusunda bakım vereni zorlayabilir. Pek çok aile, bu davranışsal semptomları utanç verici bulduğu için ve başkalarının rutinlerini etkilemekten ya da istenmeyen davranışların tetiklenmesinden

çekindikleri için kendilerini ve hastayı çevrelerinden izole etme eğilimine girerler (Bass v.d., 2012: 246).

Işık ve arkadaşları (2018: 1329), demansiyel bozukluklarda sıklıkla ortaya çıkan bazı nöropsikolojik bulguların hastaya bakım veren aile üyelerinde yarattığı emosyonel tepkileri özetlemişlerdir. Yazarlar, hastada psikolojik ve fiziksel açıdan şiddet içeren davranışlara neden olabilen agresyon ve ajitasyonun, bakım verenler tarafından kolaylıkla kabul edilemediğini ve korkuya sebep olduğunu açıklamışlardır. Bu tür davranışlar, hasta yakınları tarafından sıklıkla demanstan çok hastanın premorbid kişiliği ya da her iki tarafın hastalık öncesi ilişki kalitelerinin iyi olmaması ile ilişkilendirilmekte ve kasıtlı davranışlar olarak algılanmaktadır. Demasta ortaya çıkan paranoid ya da delüzyonel bulgular sonucu hırsızlık yapma ya da aldatma gibi davranışlarla itham edilen hasta yakınları bu durumu kişisel algılamakta ve bu tür suçlamalar karşısında içlerimekte. Bu tip delüzyonlar ayrıca hastada da belirgin düzeyde sıkıntıya neden olmakta ve ajitasyon, agresyon, etrafta dolaşma, uyku bozukluğu ve şiddet gibi BVY'ye katkıda bulunan davranışları arttırmaktadır. ATD'de hastaların yaklaşık %40'ında görülen apati ve depresif bulgular da aile bireylerinin hastanın acı çektiğini düşünmelerine ve kendilerinde de depresyon riskinin artmasına yol açmaktadır.

Koca ve arkadaşlarına (2017: 83) göre Türkiye'de BVY'yi arttıran etmenlerden biri bilgi eksikliği, demanslı bireylerin ve ailelerinin tedavi ile iyileşme beklentisi içinde olmaları ve hastalığı kabullenmemeleri, bu nedenle de hastalık süreci ile ilgili gerekli planlamaları yapmayı ihmal etmeleridir. Yazarlar ayrıca, demanslı yakınlarının bakımından sorumlu aile üyelerinin deneyimlediği olumlu sonuçlardan da söz etmişlerdir. Sürecin bazı kişilerde kendilerini işe yararlık, tatmin ve ödillendirilmişlik duygularını yaratması olumlu sonuçlardandır. Taşçı ve arkadaşlarının (2012: 233) ATD yakınları ile yaptığı çalışma ise, bakım veren aile üyelerinde hastalık ilerledikçe yalnızlık, terk edilmişlik, yorgunluk ve hayattan keyif alamama yakınmalarının belirgin düzeyde olduğunu göstermektedir. Katılımcılar, Türkiye'de evde hasta bakımı hizmetlerinin azlığının yaşadıkları bu sorunlara katkıda bulunduğunu bildirmişlerdir. Ayrıca, hastayı evde yalnız başına bırakamamalarının ve başka kişilere hasta bakımı konusunda güvenmemelerinin yaşadıkları zorlukları arttırdığını ve bu nedenle ülkemizde daha fazla yaşlı bakım evi açılmasını talep ettiklerini bildirmişlerdir.

Prunty ve Foli'ye (2019: 6) göre suçluluk duygusu, demanslı hastaya bakan aile üyelerinde sık görülmekte ve başka tür kronik rahatsızlıklara kıyasla farklılık göstermektedir. Yazarlar, demanslı yakına bakarken hissedilen suçluluk duygusunun dört ana kaynağını özetlemişlerdir. Bunlardan ilki, bakım verenin demans hastasına karşı zaman zaman öfke gibi olumsuz duygular hissetmesi ve içinde bulundukları durumla ilgili memnuniyetsizliklerinden kaynaklanan suçluluk duygusudur. İkincisi, hastaya bakım konusunda kendi performanslarını yeterli bulmamaları, sorumluluklarını yeterince iyi bir şekilde yerine getiremedikleriyle ilgili inaçlarıdır. Bazen de, diğer aile üyelerinin yeterince destek olmadığı düşüncesi ile onlara karşı hissettikleri dargınlık da suçluluk duygularına katkıda bulunur. Üçüncüsü bakım verenlerin, ailelerine ve diğer sorumluluklarına zaman ayıramaması ile ilgili olarak ortaya çıkar. Ayrıca, bakım verenler sıklıkla kendi ihtiyaçlarını gidermeye ya da dinlenmeye vakit ayırdıklarında ve iyi vakit geçirmeye yönelik aktivitelere katıldıklarında, demanslı yakınlarının yanında olamadıkları için suçluluk hissi dile getirirler. Bahsedilen son suçluluk duygusu kaynağı ise, demanslı bireyi en sonunda bir bakım evine yatırdıklarında, onları terk etmiş olma düşüncesidir. Roach ve arkadaşları (2013: 2001), demanslı ebeveynlerinin bakımından sorumlu olan erişkin çocukların yaklaşık %65'inin bu rolle ilgili suçluluk yaşadığını bildirmişlerdir. Yazarlar, bakım verme sürecinde sıklıkla karşılaşılan depresyon bulgularının tedavisinde suçluluk duygularına yönelik çalışmaların depresyon düzeyini azaltabileceğine yönelik görüşlerini açıklamışlardır.

Liew ve arkadaşlarına (2020: 2348) göre demanslı bireylerin yakınları, hastanın ölümünden çok daha önce yas yaşamaya başlar. Süreç içerisinde yaşanan kayıplar, hastanın gerçek ölümünün beklentisi, hastanın fiziksel olarak var olup duygusal olarak tamamen uzaklaşmış olmasının getirdiği muğlak kayıp, hasta yakınında yoğun duygusal, düşünsel ve davranışsal tepkilere neden olur. Bu tepkiler ölüm öncesi yas olarak adlandırılır ve bakımı veren kişinin artık karşılanamayan yoldaşlık, ilgi ve emosyonel açıdan güvende hissetme ihtiyaçlarının eksikliğini daha fazla hissetmesine yol açar ve depresyon ihtimalini artırır. Marwit ve Meuser (2014: 192), ATD ve diğer progresif demanslarda aile üyelerinin deneyimlediği ölüm öncesi yası kendine özgü bir süreç olarak değerlendirmişlerdir. Bunun nedeni bilişsel bozulmanın fiziksel bozulmadan önce gelmesi ve yıllarca devam eden bu süreçte bir sürü mini-ölümlerin gerçekleşmesidir. Yazarlar, bu deneyimi ölçmek için 2002'de geliştirdikleri 50 maddelik ölçekten sonra, daha kolay kullanılabilmesi amacıyla 18 maddelik

daha kısa bir ölçek oluşturmuşlardır. Ölçeğin ismi Marwit-Meuser Bakım Veren Yas Ölçeği-Kısa Formu'dur (MM-CGI-SF). Ölçekte, ölüm öncesi yas üç ana alana ayrılmaktadır. Bu alanlar (1) kişisel fedakarlık yükü, (2) içten üzüntü ve özlem ile (3) endişe ve hissedilen yalnızlıktır. Chan ve arkadaşları (2020: 216) kişisel fedakarlık yükünü; bakım veren rolü nedeniyle kişisel özgürlüğün kaybı, sağlık sorunları, uyku bozuklukları gibi kayıplar olarak açıklamışlardır. Yazarlara göre içten üzüntü ve özlem, bakım verenin beklenen kayıpla ilgili yaşadığı duygusal tepkilerdir. Bu alan, üçünün içinde geleneksel yas algımıza en yakın olan alandır. Endişe ve hissedilen yalnızlık ise, gelecekte gerçekleşecek kayıplarla ilgili endişeler ve başkalarından hem destek alamama hem de ilişkilerin kaybı ile ilgilidir. Ölçeğin Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin ele alındığı çalışmalarında Ar-Karcı ve Karancı (2020: 193), bakım verenlerde ölüm öncesi yas tepkilerinin daha eski çalışmalarda depresyon bulguları ile karıştırılmış olabileceğine dikkat çekmişlerdir. Ayrıca yazarlar, hasta yakınlarının demanslı bireyle olan önceki ilişkilerinin ve ilişkideki rollerin kaybı, azalan paylaşım, hastadaki psikolojik değişiklikler ile becerilerin kaybına tanık olmanın ve hastanın eskiden tanıdıkları kişiden çok farklı bir kişiye dönüşmesinin aile üyelerinde üzüntü, öfke ve özlem gibi duyguları ortaya çıkardığını belirtmişlerdir.

Chan ve arkadaşları (2013: 15), demanslı bireylerin yakınlarında yas reaksiyonunun, hasta hayattayken ölüm öncesi yasla başlayıp, bireyin vefatından sonra da devam ettiğini bildirmişlerdir. Yazarlara göre, demansiyel bozukluğu olan kişilere bakan aile üyelerinin %47-71'i ölüm öncesi yas yaşamaktadır. Fiziksel ölüm gerçekleştiğinde, bakım veren hasta yakınlarının çoğu rahatlama hissi ifade ederken, %20'si daha karmaşık bir duygusal yas sürecine geçiş yapmaktadır. Yas sürecinde bireyler özlem, üzüntü, pişmanlık, kaygı, yalnızlık, yorgunluk, şok, hissizlik gibi duygular yaşayabilmekte ve farklı bedensel tepkiler verebilmektedir. Bu araştırmada, Boss'un 2004'teki çalışması kaynak alınarak, ölüm öncesi yasta sevilen kişinin fiziksel varlığının devam etmesi fakat psikolojik olarak orada olmamasının üç aşamalı bir süreç olduğu bildirilmiştir. Söz konusu aşamalar (1) gelecekle ilgili belirsizliklerin ön planda olduğu beklenti aşaması, (2) yaşanan kademeli kayıplarla baş etme ve çaresizliği içeren ilerleme aşaması ile (3) kaçınma ve kabul etme stratejilerinin ortaya çıktığı kabullenme aşamasıdır. Chan ve arkadaşlarına göre demansın ilerleme sürecinde hasta yakınları tarafından en çok dile getirilen kayıplar yakınlık ve yoldaşlık kaybı, kişisel özgürlük kaybı ve kontrol kaybıdır. Demanslı bireye bakan yetişkin çocuklarda en sık rastlanan

duygular öfke, fröstürasyon, üzüntü ve suçluluk iken eşlerdeki duygular daha çok derin üzüntü ve empatidir.

1.4. Demans Bakımında Anksiyete Ve Depresyon

Demanslı bir bireyin bakımını üstlenmek, özellikle de bakım veren kişi hastanın ailesinden biri ise, hasta yakınında psikiyatrik sorunların oluşmasına, stresin artmasına ve yaşam kalitesinin düşmesine yol açabilir. França ve arkadaşlarına (2020: 629) göre, demanslı bireylere bakan profesyonel olmayan kişilerin yaklaşık %50'si süreç içerisinde psikiyatrik bulgular geliştirmektedir. Bu bulgular, klinik olarak anlamlı düzeyde depresyona ya da anksiyete bozukluğuna ulaştığında veya tükenmişlik düzeyi yükseldiğinde, hasta yakını demanslı bireyin bakımı ile ilgilenemeyecek bir duruma gelebilir. Collins ve Kishita'nın (2020: 2382) meta analitik çalışması, demanslı bireyin bakımından sorumlu aile üyelerinde rastlanan depresyon prevalansının %31.24 olduğunu ve kadınlarda bu riskin erkeklere kıyasla bir buçuk kat daha fazla olduğunu ortaya koymaktadır. Kaddour ve Kishita (2019: 8), depresyona kıyasla daha az araştırılan anksiyete oranını ise aynı grupta %32.1 olarak hesaplamışlardır. Bin Sallim ve arkadaşlarının (2015: 1039) yaptığı meta analiz çalışması, ATD tanılı yakınlarının bakımını üstlenen aile bireylerinin %39.9'unda depresyon görüldüğünü, bu oranın toplum genelindeki %5.0'lık orandan çok daha yüksek olduğunu göstermektedir. Aynı çalışmaya göre depresyon görülme oranı, şizofreni tanılı bireylerin bakım veren yakınlarında %19.5, inme tanılı bireylerin bakım verenlerinde ise %18.8'dir. ATD yakınlarında görülen anksiyete oranı %43.6 iken, inme yakınlarındaki anksiyete oranı %31.3 olarak bildirilmiştir.

Garcia-Alberca ve arkadaşları (2012: 1325), ATD tanılı hastalara bakım verenlerin belirgin düzeyde depresyon ve anksiyete yaşamalarının farklı nedenleri olduğundan söz etmişler ve bu nedenleri üç ana başlık altında toplamışlardır. Hasta ile ilgili unsurlar bilişsel işlevsellikte düşüş, gündelik yaşam aktivitelerinde artan bağımlılık düzeyi ve davranışsal problemler olarak tanımlanmıştır. Bakım veren ile ilgili özellikler kadın olmak, eğitim ve gelir düzeyinin düşük olması, fiziksel sağlık sorunları, sosyal desteğin yetersizliği ve hasta ile hastalık öncesi ilişkinin iyi olmaması şeklinde belirtilmiştir. Yazarların dile getirdiği üçüncü unsur ise, bakım verenlerin süreç içinde seçtikleri başa çıkma stratejilerinin işlevsel

olup olmamasıdır. Watson, Tatangelo ve McCabe'in (2018: 604) literatür incelemesi de, demanslı yakınına bakan kişilerde depresyon ve anksiyete bulgularının, demografik unsurlar, demans özellikleri, bakım verenle ilgili psikolojik ve sosyal unsurlar ile bakım alanla veren arasındaki ilişkinin niteliği gibi farklı özelliklerle ilişkili olduğunu göstermektedir. Yazarlara göre demanslı kişilerin erişkin çocuklarında, eşlere kıyasla, depresyona daha sık rastlanmaktadır. Bakım verenlerin seçtikleri başa çıkma stratejileri ve aktivitelerindeki kısıtlanma düzeyleri anksiyete bulguları ile ilişkilendirilirken, demansla ilgili davranışsal sorunlar hem anksiyete hem de depresyon bulguları açısından risk unsuru olarak belirlenmiştir. Arai ve arkadaşlarına (2014: 81) göre ise, bakım veren kişinin hastanın eşi olması, bakım veren ve bakım alanın aynı evde yaşaması ve gün içinde bakıma ayrılan sürenin uzun olması da depresyon riskini arttıran unsurlardır.

Givens ve arkadaşlarına (2014: 482) göre, demanslı bireyin bakım sorumluluğunu almanın, diğer hastalıklarla karşılaştırıldığında, aile üyesi için daha zorlayıcı olmasının nedenleri arasında hastalığın uzun sürmesi, işlevsel bağımlılık düzeyinin çok yüksek olması ve davranış sorunlarının fazlalığı yer almaktadır. Tüm bu nedenlerle, demans bakım verenleri bakıma daha fazla zaman ayırmak zorunda kalırlar, kendilerine ve ailelerine vakit ayırmak için daha az fırsat bulabilirler, daha fazla fiziksel ve duygusal zorluk yaşarlar ve kendilerini bakıcı rolüne daha fazla tutsak olmuş hissederler. Rol tutsaklığı kavramı, bakım verme rolünü istemeden üstlenmek zorunda kalmak olarak açıklanmıştır. Yazarların çalışması, bakım verme rolünde tutsak olmuş hissetmenin, demans bakımında ortaya çıkan yüksek düzeydeki depresyon bulgularıyla belirgin şekilde ilintili olduğunu ortaya koymuştur. Schüz ve arkadaşlarının (2015: 243) çalışmasında elde edilen veriler öznel BVI'nin, bakım verenin psikiyatrik bulguları üzerinde günün kaç saatinin bakıma ayrıldığından daha çok etkisi olduğunu göstermektedir. Bu çalışmaya göre hayırseverlik organizasyonları, hobi aktiviteleri, dini ve kültürel etkinlikler, spor ve dans gibi sosyal gruplara üyelik ve bu tür etkinliklere düzenli şekilde zaman ayırmak, demanslı bireyin bakım sorumluluğunu taşıyan aile üyelerinin algıladıkları öznel BVI'nin azalmasında ve böylece anksiyete düzeylerinin düşmesinde faydalı bulunmuştur.

Del-Pino-Casado ve arkadaşlarının (2019: 6) yapmış olduğu kapsamlı literatür incelemesi ve meta analiz çalışmasına göre, bakım verenlerin algıladığı yüksek düzeydeki

öznel BVY psikiyatrik sorunların oluşması ve artması açısından belirgin bir risk faktörüdür. Ancak, bakım verme sürecinde ortaya çıkan stres unsurları, depresif bulguların gelişmesinde sadece dolaylı olarak etkilidir. Bakım verenlerde psikiyatrik sorunların ortaya çıkmasının nedeni daha çok, kişilerin bakım verme süreci ile ilgili yaşadıkları zorlukları nasıl algıladıkları ve yorumladıkları ile ilgilidir. Romero-Moreno ve arkadaşlarına (2012: 1321) göre uzayan bakım sürecinde, demanslı bireyin davranış problemlerinin sıklığının artması, kendisi ile ilgilenen aile üyesinin depresyon bulgularının artmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte, bakım veren kişinin üzüntü veren düşüncelerini kontrol etmede özyeterliğe sahip olması, hayatının dengesini koruyabilme bilinci ile kendisini rahatlatan diğer aktivitelere de yeterince zaman ayırması ve duygu düzenleme becerilerinin yüksek olması depresyon bulgularını azaltan unsurlar olarak belirlenmiştir.

Tang ve arkadaşlarına (2015: 652) göre psikososyal stres, hem olumsuz majör olaylardan hem de gündelik hayatta yaşanan daha ufak sorun ve güçlüklerden kaynaklanmaktadır. Yazarlar, demanslı bireyin bakımını üstlenen aile bireylerinin, hastalığın doğası gereği ortaya çıkan bilişsel ve davranışsal sorunlarına sıklıkla ve kronik bir şekilde maruz kaldığını açıklamıştır. Bu deneyimlerin zamanla duygusal bir birikime neden olması bakım verende depresyon riskini arttıran önemli bir unsur haline gelmektedir. Ayrıca, hastanın bakımından sorumlu olan aile üyesinin durumla ilgili içsel tepkisi de psikiyatrik bulguların ortaya çıkmasında önemli bir belirleyici unsurdur. Bu çalışmada, bireyin karşılaştığı durumlarla başa çıkabilme konusunda kendine olan güveninin, yani özyeterliğinin, depresyonu önleme konusunda en belirgin başa çıkma stratejisi olduğu ortaya konmuştur. Bununla birlikte, demansla ilgili oluşan gündelik sorunların sıklığının giderek artması, bakım verenin özyeterlik algısının sarsılmasına ve bakımla ilgili gereken desteği alamadığı kanısının oluşmasına neden olmaktadır.

1.4.1. Bakım Verende Anksiyete Ve Depresyona Etki Eden Demografik Ve Kültürel Unsurlar

Bekhet'in (2015: 290) demanslı yakınına bakan beyaz Amerikalılar ve Afrika kökenli Amerikalılarda BVY, anksiyete, depresyon ve öfke düzeylerini karşılaştırdığı çalışmada, Afrika kökenli Amerikalıların ortalama gelir düzeyleri beyaz Amerikalılardan daha düşük olduğu halde her dört alanda da daha az güçlük yaşadıkları görülmüştür. Çalışmaya göre bu

durum iki nedenle açıklanabilir. İlk neden, Afrika kökenli Amerikalıların beyazlara kıyasla sosyal kaynakları değerlendirebilme becerilerinin daha gelişmiş olmasıdır. Bu beceriler sayesinde bakım veren kişi tek başına çözmekte zorlandığı bir durumla karşılaştığında dışarıdan yardım alması gerektiğini daha kolay fark edebilmekte, diğer aile bireyleri ve arkadaşlarından daha çok destek isteyebilmekte, diğer bakım verenlerle fikir alışverişinde bulunabilmekte ve profesyonel hizmet almak için başvurabilmektedir. Diğer neden ise, Afrika kökenli Amerikalıların pozitif düşünebilme becerilerinin daha gelişmiş olmasıdır. Bu şekilde, bakım verenler zor durumlarla karşılaştıklarında hem olumlu hem olumsuz yönleri değerlendirebilmekte, olumlu düşüncelere daha fazla odaklanarak ve olumsuzları kontrol ederek güçlüklerle daha kolay başa çıkabilmektedirler.

Wulff, Malmgren Fange, Lethin ve Chiatti'nin (2020: 6) İtalya ve İsveç'te demanslı yakınlarının bakımı üstlenen aile üyelerinin depresyon ve anksiyete bulgularını karşılaştıran çalışmasına göre, her iki ülkede de gün içinde bakıma ayrılan sürenin artmasının bakım verendeki anksiyete düzeyini arttırdığı görülmüştür. İtalya'da kültürel ve sosyal normlar nedeniyle aile bireylerinin demanslı yakınına daha fazla zaman ayırdığı ve bakım veren kişi aynı zamanda çalışıyorsa, geri kalan aile üyelerinden gördüğü desteğin az olmasının anksiyete riskini arttırdığı bildirilmiştir. Ek bakım verenlerin varlığının her iki ülkede de depresyon bulgularını azalttığı ifade edilmiştir. Araştırma, İtalyan bakım verenlerin İsveçlilere kıyasla daha fazla anksiyete ve depresyon bildirdiğini ortaya koymuştur. Yazarlara göre bu durumun birden fazla nedeni vardır. Birincisi, İtalya'da İsveç'e kıyasla evde bakım, eğitim gibi sosyal hizmetlerin daha az olmasıdır. İkincisi, bakım verenin demanslı aile üyesi ile birlikte yaşamasının İtalya'da İsveç'e kıyasla daha yaygın olması ve bu yüzden İtalyanların kendilerine daha az zaman ayırma imkanı bulmasıdır. Üçüncüsü ise, İsveç'te BVY'ye karşı daha fazla anlayış olması, bakım veren kişiler için sosyal hizmetler ve sağlık hizmetlerinden yararlanmanın daha kolay olmasıdır. İtalya'da bakım veren kişiler, bu tür hizmetlerden faydalanmak için başvurduklarında, daha fazla yaftalama ile karşılaştıklarını hissettiklerini, bu nedenle de yaşadıkları psikolojik sorunlarla ilgili destek almamayı tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Ayrıca, İtalya'da demanslı yakınına bakma sorumluluğu genelde kadınlarda iken, İsveç'te bu konuda daha fazla cinsiyet eşitliği vardır. Bu nedenle, sıklıkla hem çocukları ile hem de demanslı ebeveynleri ile ilgilenmek zorunda kalan İtalyan kadınları için depresyon riski daha fazladır.

ATD’de bakım veren aile üyelerinin BVY ve depresif bulgularını etkileyen nöropsikiyatrik sorunları inceleyen bir araştırma, hasta ile ilgilenen kadın akrabaların erkeklere kıyasla daha fazla depresyon bildirdiklerini ortaya koymuştur. Aynı zamanda, Hong Kong’da yapılan bu çalışmada, evde demanslı yakınının bakımını üstlenmiş olan ailelerin yaklaşık üçte birinin bu konuda destek almak için bir yardımcı tuttukları bildirilmiş, fakat evde yardımcı desteği olan kişilerin depresif bulgularında anlamlı bir azalma gözlemlenmediği saptanmıştır. Araştırmacılara göre, bu durumun nedenlerinden biri bu kişilerin demans ve demanslı bakımı ile ilgili eğitimlerinin olmamasıdır. Diğer bir neden ise, evde çalışan yardımcıların genelde başka ülkelerden gelmeleri, bu yüzden yaşanan iletişim sorunlarının sıklıkla demanslı kişinin davranış sorunlarının artmasına sebep olmasıdır (Cheng, Lam ve Kwok, 2013: 1035). Lou ve arkadaşlarının (2015: 2674) çalışması ise, hasta bakımına yardım eden başka kişilerin varlığının BVY’yi ve anksiyete düzeyini azalttığını, ancak bakım verende yetersizlik duygularına neden olarak depresif bulguları azaltmadığını, hatta arttırabildiğini göstermiştir. Yazarlar, başka bakım verenlerin varlığının depresyonun sebebi mi sonucu mu olduğuna açıklık getirecek yeni çalışmalar yapılmasını önermişlerdir. Ayrıca söz konusu çalışmada, bakım veren aile üyesinin eğitim seviyesinin düşüklüğü depresif bulgularla, hastaya verilen bakımın uzun zamandır sürmesi ve gün içinde hasta bakımına ayrılan zamanın fazlalığı da anksiyete ve BVY ile ilişkilendirilmiştir.

İspanya’da ATD tanılı kişiler ve onların bakımını üstlenmiş yakınları ile yapılmış olan başka bir çalışmaya göre, demansiyel sürecin daha uzun süredir var olması ve hastalığın şiddeti de, bakım verenlerde anksiyete ve depresyon riskini belirgin şekilde arttırmaktadır. Katılımcıların %50’sinde yüksek düzeyde depresyon ya da anksiyete bulgularına rastlanmış, çoğunda komorbidite saptanmış ve BVY’nin yüksek olmasının bu bulguların ortaya çıkmasında etkili olduğu görülmüştür. Aynı çalışmanın sonuçları, ATD tanılı kişilerin eğitim seviyesinin düşük olmasının da bakım verendeki psikiyatrik bulguları arttıran bir unsur olduğunu göstermektedir. Yazarlara göre, hastalık ilerledikçe artan bilişsel ve işlevsel sorunlar, hastanın yakınına daha fazla bağımlı hale gelmesine neden olmaktadır. Eğitim düzeyi düşük olan kişilerde özellikle yürütücü işlevler ve semantik bellekle ilgili bozulmanın daha hızlı ve fazla olması aile üyelerinde BVY’yi, depresyonu ve anksiyeteyi daha çok etkilemektedir (Garcia-Alberca, Lara ve Berthier, 2011: 64).

Pillemer, Davis ve Tremont (2018: 1159), demanslı bireye bakım veren yakınının cinsiyetinin algılanan BVY ve depresif bulgulara etkisini incelemiştir. Toplamda 211 bakım verenin katılımcı olduğu bu çalışmaya göre kadınların depresyon şikayetleri erkeklere kıyasla belirgin düzeyde fazladır. Kadınlarda olumsuz ruh hali, başarısızlık duyguları, yalnızlık ve üzgünlük gibi afektif bulgular ile iştahsızlık, yapılması gereken işleri yapmada güçlük, huzursuz uyku, aktiviteleri başlatmada zorluk gibi yavaşlamış aktivite düzeyleri erkeklere kıyasla belirgin şekilde daha fazladır. Buna karşın, gelecekle ilgili umutlu hissetmek, mutluluk ve hayattan zevk alabilme gibi daha olumlu duygu ve düşünceler kadınlarda erkeklere kıyasla daha fazla bildirilmiştir. Erkeklerde demanslı yakına bakarken sağlıkta kötüleşme, uyku bozukluğu gibi sorunlar daha fazla görülmüştür. Yazalara göre, bu durum kadınların bakım verme deneyimini daha duygusal şekilde yaşadıklarını göstermektedir.

Bin Sallim ve arkadaşlarının (2015: 1040) yaptığı çalışmaya göre ATD'de bakım verenin kadın, bakım alanın erkek olması ve bakım alanla veren arasında evlilik ilişkisi olması, bakım veren kişinin psikiyatrik bozukluk riskini arttıran unsurlardır. Çalışmaya göre, demanslı yakınının bakımını üstlenen kadınlarda depresyon riski erkeklere kıyasla 1.53 kat, anksiyete riski ise 3.39 kat daha fazladır. Yazarlar ayrıca kadın bakım verenlerin sürecin daha erken döneminde anksiyete geliştirdiklerini, sonrasında da majör depresyon tanısının eklendiğini bildirmişlerdir. Gültekin, Kurt Gök ve Ekinci (2020: 40) ise PHD tanısı ile takip edilen hastalarda, kadın bakım verenlerin anksiyete ve ağrı düzeylerinin erkek bakım verenlerle kıyaslandığında anlamlı olarak daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır. Çalışmacılar ayrıca PHD'nin ilerlemesiyle bakım verenlerde yalnızlık düzeyinin de arttığını ve bu durumun aile bireyinde ağrı, anksiyete, depresyon ve bellek yakınmaları ile orta düzeyde ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Çin'de unutkanlık şikayeti, MCI ya da demansiyel bozukluk tanısı olan kişiler ve bakım veren aile üyeleri üzerinde yapılan bir çalışmaya göre, ileri yaştaki bakım veren aile üyelerinin anksiyete ve depresyon bulgularını geliştirme riski, daha genç olan bakım verenlere kıyasla daha fazladır. Aynı zamanda, bakım alan kişinin erkek olması bakım verende anksiyete riskini arttırırken, bakım alan kişinin yaşının daha ileri olması da bakım verenin depresyon riskini yükseltmektedir (Liang, v.d., 2016: 5).

Dini inançlar ve kültürel alışkanlıklar da demanslı yakınlarının bakımı ile ilgilenen bireylerin psikiyatrik semptomları ile ilişkilendirilmiştir. Dominik Cumhuriyeti'nde ATD tanımlı bireylere evde bakan aile üyeleri ile yapılan çalışma, katılımcıların %72'sinde hafif, %10'unda orta seviyede, %17'sinde ise ileri seviyede depresif bulgulara rastlandığını ortaya koymuştur. Yazarlar, kendi çalışmalarında elde ettikleri sonucun benzer başka çalışmalara kıyasla çok daha düşük düzeyde depresif belirtilere işaret ettiğini bildirmişlerdir. Ayrıca, Dominik Cumhuriyeti'nde ailelerin ortalama gelirlerinin %30'unu bakıma ayırmasına, ATD de dahil olmak üzere ülkede kronik hastalıklarla ilgili sosyal destek hizmetleri bulunmamasına ve sosyal güvenlik sistemindeki olumsuzluklara rağmen depresyon düzeyinin düşük çıkması, dini ve kültürel bakış açısı ile ilişkilendirilmiştir. Bu bakış açısına göre, ailelerde sıklıkla rastlanan kanı, bu durumu tanrının yarattığı ve bu nedenle bakımın tutku ile yapılması gerektiğine dair inançtan kaynaklanmaktadır.

Arai ve arkadaşlarının (2014: 89) Japonya'da 4000 katılımcı ile yaptığı çalışmada, demanslı yakınına evde bakım veren aile üyelerindeki depresyon oranı %34.1 olarak saptanmıştır. Ülkede 2000 yılından beri, evde yakınları tarafından bakılan yaşlılara, kendilerine tayin edilen sosyal hizmet görevlileri tarafından aylık ev ziyaretleri yapılmasına ve bireylerin evde hizmet, sağlık hizmetleri gibi imkanlardan ihtiyaç duydukları oranda yararlanmasına olanak sağlayan bir uygulama yürürlüktedir. Bu olanaklara rağmen bakım verenlerdeki depresyon oranının bu denli yüksek çıkmasını yazarlar Japonya'daki sosyokültürel değişimle açıklamışlardır. Bu açıklamaya göre, geleneksel olarak yaşlılara bakmak evlatların ebeveynlere duyulması gereken saygının göstergesidir ve bu görev kız evlatların ya da gelinlerin sorumluluğundadır. Pek çok kadının hala bu konuda güçlü bir sorumluluk duygusu hissetmesi, ancak sosyokültürel değişimlerle ilgili olarak artık kendilerini feda etmek istememeleri bir ikilem yaşamalarına ve depresyon bulguları sergilemelerine neden olmaktadır. Yazarlar ayrıca, yaşanan depresyonun kısmen sosyal hizmetlere bağımlı olmakla ilgili hissedilen suçluluk duygusu ile ilişkili olduğunu açıklamışlardır.

1.4.2. Demansla İlgili Unsurların Bakım Verenin Anksiyete Ve Depresyon Bulgularına Etkisi

Cheng, Lam ve Kwok'un (2013: 1034) Hong Kong'da ATD yakınları ile yaptığı bir çalışmada, hastalıkla ilgili hangi nöropsikiyatrik unsurların aile üyelerinde daha fazla BVY ve depresyon bulgularına neden olduğu araştırılmıştır. Elde edilen verilere göre, ajitasyon, agresyon gibi davranışsal sorunlar, delüzyonlar ve depresyon ile apati gibi psikiyatrik bulguların hepsi BVY'yi arttıran özelliklerdir. Ancak bakılan tüm nöropsikiyatrik sorunlar içinde sadece davranış bozukluklarının bakım veren kişilerde depresyona yol açtığı görülmüştür. Çalışmanın sonuçları aynı zamanda, ATD'de oluşan bilişsel işlev bozulmasının ne BVY, ne de depresif bulgular üzerinde olumsuz bir etkisinin olmadığını ortaya koymuştur. Lou ve arkadaşlarının (2015: 2672) ATD tanılı bireylerin ve onlara bakım veren aile üyelerinin özelliklerinin, bakım verenin BVY, depresyon ve anksiyete bulgularına etkisini araştırdıkları çalışmaya göre, hastalıkta karşılaşılan nöropsikiyatrik bulgular bu üç alanı farklı şekillerde etkilemektedir. BVY'yi en fazla etkileyen bulgular apati, iritabilite ve alışılmadık motor davranışlar olarak sıralanırken, anksiyeteyi etkileyenler hastanın anksiyetesi, depresyonu ve iritabilitesi olarak; depresyonu etkileyenler ise anksiyete, depresyon ve agresyon olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada, bilişsel bozulmanın bakım verenin depresyon veya anksiyete düzeyi üzerinde herhangi bir etkisi olmadığını saptamıştır. Aynı zamanda yazarlar, ATD'de hastanın psikiyatrik ve davranışsal sorunları ile bakım veren kişinin depresyon ve anksiyete bulgularının karşılıklı bir etkileşim içinde olabileceğini öne sürmüşler ve bu sorunların çözümünde multidisipliner bir çalışmanın anlamlı olacağını önermişlerdir. Naharcı ve arkadaşlarının (2016: 383) ATD ve LCD tanılı hastalar ve bakım veren aile üyeleri ile yaptığı araştırmaya göre, ATD grubunda depresyon düzeyi anlamlı olarak daha fazla iken, LCD'de yürütücü işlev bozuklukları, bilişsel işlevlerde dalgalı seyir ve halüsinasyonlar gibi bulgular nedeniyle tükenmişlik daha fazla görülmüştür.

Çin'de 84 unutkanlık şikayeti olan birey, 120 MCI ile 139 hafif ve orta düzey demans tanılı hasta ve onların yakınları ile yapılan bir çalışmada, hastalığın daha erken evrelerinde dahi bakım verenlerde psikiyatrik bulgular ortaya çıktığı görülmüştür. Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların sorumlu oldukları hastanın tanısına göre anksiyete bulgularının oranı demansta %28.8, MCI'de %30.0, unutkanlık şikayetinde %17.9'dur. Depresyon bulguları ise aynı sıra ile %20.9, %24.9 ve % 22.6 şeklinde bulunmuştur. Araştırmacılar, hasta tarafından

ifade edilen unutkanlık şikayetinin ve MCI tanısının, bakım verenlerde bu düzeyde depresyon ve anksiyete bulgularına neden olmasını iki şekilde açıklamışlardır. Unutkanlık şikayetlerinin yeni ortaya çıktığı dönemde, bakım alanların daha fazla duygusal desteğe ihtiyaç duyması ve tanı henüz konmamışken aile bireylerinin nereden destek alacaklarını bilmemeleri, bakım verenlerde depresif bulguların artmasına neden olabilmektedir. Aynı zamanda, tanı konmadan önce bakım alanda ortaya çıkmaya başlayan psikiyatrik bulguların nedenini bilememek aile üyelerinde stres düzeyinin artmasına, depresyon ve anksiyete yaşamalarına yol açmaktadır. Tanı konduktan sonra, aile üyeleri hastalık ve hastalıkla ortaya çıkan değişikliklerle ilgili daha fazla bilgi edinip durumu kabullenebilmektedir. Bu çalışmada, demans tanısı almış bireylerin yakınlarının depresyon ve anksiyete bulgularının benzer diğer çalışmalara kıyasla daha düşük olmasının nedeni, katılımcıların bakımını üstelendikleri demanslı yakınlarının hastalık evrelerinin henüz hafif ve orta düzeyde olmasıdır. Elde edilen diğer veriler, bakım alan kişinin ajitasyon ve depresyon bulgularının artmasının kendisine bakan yakınının deneyimlediği anksiyeteyi; empati skorunun düşük, depresyon skorunun yüksek olmasının ise bakım verenin depresif bulguları arttırdığını göstermektedir (Liang, v.d., 2016: 5).

Smagula ve arkadaşlarının (2017: 724) demanslı bireylere bakmakla sorumlu yakınları ile yaptıkları çalışmaya göre, hastalıkta ortaya çıkan gece davranış sorunları ve bakım ile ilgili sorumluluklar nedeniyle gece uyku bölünmesi yaşayan aile bireylerinde depresyon riski artmaktadır. Aynı zamanda, hasta bakımı sebebiyle gündüzleri geçirilen aktif zamanın kısıtlanması ve fiziksel aktivitelerin bölünmesi gece dengeli bir uyku sürdürememeye, depresif bulguların artmasına neden olmaktadır. Araştırmacılar, gece uyku bölünmesi ve gündüz aktivite kısıtlaması ile ortaya çıkan dengesiz uykuya ek olarak, daha erken saatte yatmanın da bakım verenlerde depresyon riskini yükselttiğini bildirmişlerdir. Lou ve arkadaşları (2015: 2673) da ATD tanılı kişinin gece ortaya çıkan davranış bozukluklarının, bu davranışların sıklığından bağımsız olarak bakım verenin BVY'sini ve anksiyetesini arttırdığını belirtmişlerdir.

Kimura ve arkadaşları (2020: 8) erken ve geç başlangıçlı demans hastalarının yakınlarının yaşam kalitesi, BVY ve psikiyatrik semptomlarını karşılaştırma amacıyla, 110 bakım alan ve veren çiftinin katıldığı bir çalışma yapmışlardır. Elde edilen verilere göre, her

iki grupta da depresyon bulgularıyla en çok ilişkilendirilen madde gelecekle ilgili umutsuzluktur. Anksiyete ve depresyon bulgularının erken dönem, yani 65 yaş öncesi tanı alan demanslı bireylerin yakınlarında, diğer gruba kıyasla belirgin düzeyde fazla olduğu saptanmıştır. Yazarlara göre, bu farkın nedeni demanslı bireylerin klinik bulgularının farklılığından çok psikososyal unsurlardır. Erken dönem demansta, kişi tanı aldığı anda genelde hala aktif olarak çalıştıkları, fiziksel sağlıklarını korudukları, çocuklarının sorumluluklarını aldıkları bir yaşam dönemindedir. Demansın ortaya çıkmasıyla birlikte, yakınları kendi yaşam sorumluluklarına ek olarak, öncesinde hastanın üstlendiği görevleri de yüklenmek zorunda kalır ve tüm bunlara demanslı bireyin bakımı da eklenir. Bu değişiklikler, bakım veren aile üyesinin farklı rol ve sorumlulukları dengelemesinde özellikle zorluk çekmesine neden olur. Ayrıca, demans genellikle daha ileri yaşlarda görüldüğü için, erken dönem tanı alan kişi ve yakınları için sosyal destek imkanları daha kısıtlıdır.

Demanslı bireye bakım veren yakınlarının yaşadığı anksiyetenin bir başka nedeni, demansiyel bozuklukların başlangıç döneminde de karşılaşılan ancak hastalık ilerledikçe artan riskli davranışlardır. Hastalığın doğasında olan muhakeme ile ilgili güçlükler, kendine bakma becerisinde azalma, içgörü eksikliği, tehlikeyi fark edememe gibi sorunlar, demanslı kişinin kendisini ihmal etmesine neden olmakta ya da farklı kaza ve yaralanmalar yaşanması eğilimini ciddi anlamda arttırmaktadır. Özellikle hastalık konusunda içgörüsü az olanlar ve yalnız yaşayanlar söz konusu olduğunda risk daha da artmaktadır. Demanslı bireyler yalnız bırakıldıklarında en sık karşılaşılan durumlar düşme, amaçsızca dolaşma ve kaybolma, ateş, su ve elektriğin yanlış kullanımı ile ilgili yaşanan yangın, su basması, yanıklar gibi sorunlar, yabancılar tarafından dolandırılma ya da kötü muameleye maruz kalma ve beslenme, hijyen ve genel sağlık konusunda kendilerini ihmal etmeleridir. İngiltere’de yapılmış olan bir çalışma, demanslı yakınının bakımından sorumlu aile üyelerinin %70’inin bu tür tehlikeli durumlarla karşılaşmamak için farklı önlemler aldığını, ancak buna rağmen %40’ının bir sene içinde bu tür bir tehlike yaşamış olduğunu ortaya koymuştur. Önlem almayan azınlıkta ise tehlike içeren vaka oranı %80 olarak bildirilmiştir. Çalışmaya katılan bakım verenlerin günde ortalama 20 saatlerini demanslı yakınlarının gözetimine ayırdıkları, tek başına bırakmak zorunda olduklarında ise bu tür tehlikeli bir durum yaşama konusunda belirgin düzeyde endişelendikleri bildirilmiştir (Walker, v.d., 2006: 536).

Demanslı bireylerin anksiyete bulgularını arttıran bir başka etken hastanın hastaneye yatışlarıdır. Boltz, Chippendale, Resnick ve Galvin'e (2015: 236) göre, ATD tanılı kişilerin bir yıl içerisinde hastaneye yatışları diğer yaşlı kişilere kıyasla üç kat daha fazladır. Demanslı bireylerin hastaneye yatışları genellikle daha uzun sürmektedir, deliryuma girme ve beslenme ile ilgili sorunlar yaşama ihtimalleri daha yüksektir ve taburcu edildikten sonra tekrar yatış gereksinimi riski daha fazladır. Delirium nedeniyle yaşanan davranış sorunları ve hastanın kendisini ifade etmekte güçlük çekmesi gibi sorunlar nedeniyle, aile üyeleri sıklıkla çaresizlik ve endişe yaşamakta, anksiyete düzeyleri yükselmektedir. Ayrıca, taburcu edildikten sonra fiziksel ve bilişsel işlevselliğin de sıklıkla kalıcı olarak daha da kötüleşmesi, hasta yakınları için evde bakımı daha güç hale getirmektedir. Perez-Cruz ve arkadaşları (2019: 2), yatış sürecinde hasta yakının refakatçi olarak uzun saatler hastanın bakımı ile ilgilendiğini, hastanın güvenliğini sağladığını ve duygusal açıdan destek olduğunu, ancak sağlık sistemi tarafından bakım veren olarak değil, sistem kullanıcısı olarak algılandıklarını bildirmişlerdir. Önceden herhangi bir hazırlık olmaksızın hastane ortamında bakım vermek durumunda kalmak, yabancı bir yerde olmak ve normal yaşam düzeninin bozulması da, yazarlar tarafından bakım verenin anksiyetesini arttıran unsurlar olarak öne sürülmüştür.

1.4.3. Bakım Verenle İlgili Unsurların Kişinin Anksiyete Ve Depresyon Bulgularına Etkisi

Jackson, Fauth ve Geiser'in (2014: 1029) demansiyel bozukluklarda görülen nöropsikiyatrik semptomların bakım veren aile bireyinin depresyonuna etkisini inceleyen araştırmasında ortaya çıkan sonuç, bakım veren kişinin depresyon bulgularını arttıran etkenin hastanın nöropsikiyatrik bulgularından daha çok aile üyesinin bu problemleri nasıl anlamlandırıdığı ve duygusal olarak ne şekilde tepki verdiği ile ilgili olduğunu göstermektedir. Bu verilere göre, hasta yakınlarında psikiyatrik bulguları tetikleyen unsur nesnel yükten çok öznel yüküdür. Yazarlar, hastalık ve hastalık nedeniyle ortaya çıkan bulgular konusunda daha az bilgi sahibi olan aile bireylerinin duygusal olarak daha fazla etkilendiklerini bildirmişlerdir. Garcia-Alberca ve arkadaşlarının (2012: 1329) ATD yakınları ile yaptığı çalışma ise, bakım alan ya da bakım verenin klinik veya demografik özelliklerinden bağımsız olarak, hastaya bakan aile üyesinin başa çıkma stratejilerinin depresyon ve anksiyete düzeyini belirlediğini ortaya koymuştur. Yazarlar, bakımla ilgili

problemleri çözmeye, kendi düşüncelerini gözden geçirip düzenlemeye, duygularını ifade etmeye ve sosyal destek almaya yönelik stratejileri seçen hasta yakınlarının, problemlerin varlığını kabul etmekten kaçınan, bu durumların kendiliğinden ortadan kalkmasını umut eden, yaşanan sorunlarla ilgili kendini eleştiren ve sosyal açıdan kendini geri çekenlere kıyasla daha az depresyon ve anksiyete yaşadıklarını bildirmişlerdir. Li, Cooper ve Livingston'ın (2014: 53) literatür incelemesine göre, demanslı aile bireyine bakım veren kişinin psikiyatrik bulguları bakım sürecinde karşılaşılan zorluklarla ilgili seçilen başa çıkma stratejileri ile belirgin bir şekilde ilişkilidir. Söz konusu çalışmaya göre duygusal destek alma ve durumu kabullenme stratejisi hem depresif bulguları hem de özellikle uzun vadede anksiyete bulgularını azaltmaktadır. Daha az disfonksiyonel ve daha fazla çözüm odaklı stratejiler, depresyon bulgularının azalmasını sağlarken, çözüm odaklı ve duygusal destek ve kabullenme stratejilerinin az, disfonksiyonel stratejilerin sık kullanılması hem anksiyete hem de depresyon bulgularını arttırmaktadır. O'Dwyer, Moyle, Zimmer-Gembeck ve De Leo'nun (2013: 1186) çalışmasına göre ise, demanslı bireylerin yakınlarının depresyon bulgularının artması, bu kişilerin disfonksiyonel başa çıkma stratejilerini daha fazla kullanmalarına ve intihar düşüncelerinin sıklaşmasına neden olmaktadır. Bu çalışma, demanslı bireyin yakınlarının %26'sının bir sene içinde bir kereden fazla intiharı düşündüklerini, bunların %30'unun ise ileride kendilerini öldürme ihtimalleri olduğunu dile getirdiklerini bildirmiştir.

Lloyd ve arkadaşları (2018: 8), yaşanan zorluklar karşısında kendisine daha fazla şefkat gösterebilen ve kendisine karşı daha az eleştirel olan, kendi başarısızlıklarını ve eksikliklerini normal kabul eden ve olumsuz duygu ve düşüncelerinin farkında olup onlardan kaçmayan ya da içselleştirmeyen bakım verenlerin, işlevsel başa çıkma stratejilerini daha çok kullandıklarını bildirmiştir. Bunun sonucu olarak da bu kişiler daha az BVY, depresyon ve anksiyete yaşamaktadır. Arenella ve Steffen (2020: 236), yaşlı akrabalarına bakan 150 kadın katılımcının katkısıyla gerçekleştirdikleri çalışmada, kendini rahatlatılabilme ve üzücü düşünceleri kontrol etmede özyeterlik becerilerinin, bakım süreci ile ilgili ortaya çıkan depresyon, anksiyete ve algılanan stres üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Elde edilen sonuçlar, her iki becerinin de bakım verenin akıl sağlığı ile ilgili incelenen üç alanın tümünü olumlu etkilediği yönündedir. Kadın bakım verenlerde, bakım verme sorumluluğu ile ilgili aşırı yük üstlenmenin, anksiyete, depresyon ve algılanan stres düzeyinin yükselmesi konusunda en belirleyici unsur olduğu görülmüştür. Kendine şefkat gösterebilme ve hayal

kırıklıkları ile baş edebilme gibi becerileri içeren kendini rahatlatabilme, hem depresyon hem anksiyete bulgularını azaltmakta daha faydalı görülürken, üzüntü verici düşünceleri kontrol etmede özyeterlik, algılanan stres düzeyini düşürmekte daha etkili bulunmuştur.

Gonçalves-Pereira, Zarit, Papoila ve Mateos'a (2020:3) göre, demans bakımının aile üyesinde yarattığı olumlu sonuçlar da vardır. Bakım vermenin olumlu yanları arasında, kişisel başarı ve tatmin hisleri, ikili ilişkilerde birliktelik duygusu, aile dinamiklerinde uyum, kişisel gelişim algısı ve bir yaşam amacının olduğu hissi sayılabilir. Kişinin bakım verme sorumluluğunu olması gerektiği gibi yerine getirebildiğine inancı, bu durumun başkaları tarafından onaylanması, bakım verenin duygularını düzenleme becerileri, bakım verme konusunda istekli olmak, bakım verilen kişi ile iyi ilişki içinde olmak, dini inançların varlığı gibi unsurlar, bakım verenin bu rolde anlam bulmasına katkıda bulunur ve bakım vermenin olumlu yanlarını deneyimlemesine izin verir. Yazarların yapmış olduğu çalışmaya göre, bakım verenin hissettiği tutarlılık duygusunun yüksekliği, süreçte sıklıkla hissedilen kontrol kaybı ve bunalmışlık duyguları ile baş etmede önemli bir unsur olarak saptanmıştır. Bu sayede bakım veren kişiler yaşanan gündelik zorlukları daha baş edilebilir ve anlamlı olarak algılar ve daha az psikiyatrik sıkıntı yaşar. Stansfeld, Orrell, Vernooij-Dassen ve Wenborn (2019: 7) tutarlılık duygusunu; bireylerin dünyayı ve kendi bireysel durumlarını ne denli anlaşılabilir, başa çıkılabilir ve anlamlı olarak algılamaları şeklinde açıklamışlardır. Yazarlara göre bu kavram Antonovsky'nin (1979) bireysel beceri ve özelliklerin kişinin yaşam kalitesini ve genel iyilik halini belirlediğini öneren salutojenik teorisini temel alarak gelişmiştir. Ayrıca, yazarların çalışması demans bakımında aile üyesinin tutarlılık duygusunun, kişinin beceriklilik, özyeterlik ve dayanıklılık özellikleriyle belirgin düzeyde ilişkili olduğunu göstermiştir. Ortega ve Lo Sterzo'ya (2013: 977) göre ise bakım verme rolü ile ilgili stresin artması, demaslı bireyle ilgilenen aile üyesinin tutarlılık duygusunun azalmasına neden olmakta ve kişinin işe yarar problem çözme yöntemlerini kullanabilme becerilerini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca, Dias ve arkadaşlarına (2016: 971) göre, kişinin zorluklarla karşılaştığında duruma uyum sağlayabilme kapasitesi olarak tanımlanan dayanıklılık algılanan stresi azaltmakta ve depresyona karşı koruyucu bir özellik olarak ortaya çıkmaktadır.

Joling ve arkadaşlarının (2015: 297) demanslı bireylerin bakımından sorumlu eşleri ile Hollanda'da yaptığı iki yıllık çalışma için başlangıçta klinik olarak anlamlı düzeyde depresyon ya da anksiyete bulgusu olmayan 181 kişi her üç ayda bir depresyon ve anksiyete açısından değerlendirilerek süreç boyunca takip edilmiştir. İki senenin sonunda eşlerden %59.7'sinde depresyon ya da anksiyete bozukluğu ortaya çıktığı görülmüştür. Katılımcıların %32.0'si hem depresyon hem anksiyete geliştirirken, sadece 9 tanesi anksiyete bulgusu olmadan sadece depresyon tanısı almıştır. Eş tanılı depresyonu oluşan ya da oluşmayan anksiyete tanısı alanların oranı %54.7 olarak saptanmıştır. Bunların %41.1'inde yaygın anksiyete bozukluğu, %37.6'sında agorafobi, %24.3'ünde panik bozukluk, %19.3'ünde ise sosyal fobi geliştiği ortaya çıkmıştır. Depresyon ya da anksiyete bozukluğu tanısı alan eşlerin cinsiyetine bakıldığında, kadınlarda bu hastalıklar konusundaki riskin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmaya katılan eşler arasında adı geçen psikiyatrik bozukluklar saptanan kadınların oranı %63.5 iken, erkeklerde bu oran %50.9'dur. Çalışmaya göre, hastayla ilgili demansın şiddeti, diğer kronik hastalıklarının sayısı, gündelik aktivitelerle ilgili bağımlılık düzeyi, bağırsak hareketleriyle ilgili sorunlar, nöropsikiyatrik semptomlar, demansın tipi, kaç yıldır hasta olduğu ya da bilişsel işlev düzeyi gibi unsurlar, eşlerde depresyon ya da anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasında belirleyici etkenler değildir. Bunun yerine, eşlerde çalışmanın başında saptanan eşik altı depresyon ya da anksiyete bulguları, bahsedilen psikiyatrik sorunların ortaya çıkmasında en büyük etken olarak belirlenmiştir. Bakım veren eşlerde depresif bozukluğun gelişmesine katkı sağlayan ikinci unsur ise kendi sağlık durumlarındaki bozulma, yorgunluk ve fiziksel güçteki azalmadır. Aynı yazarların yaptığı diğer bir çalışmaya göre (2012a: 301), bakım sürecinin başında bakım verende depresyon bulgularının varlığı, kendi sağlıklarının kötü olduğunu bildirmeleri ve beyaz ya da Latin kökenli olmaları depresyon riskini arttıran unsurlardır. Bu çalışma, risk faktörleri değerlendirildiğinde ileri dönemde ortaya çıkacak klinik açıdan önemli düzeyde bakım veren depresyonunun %72.3 oranında önceden tahmin edilebileceğini öne sürmektedir.

Mahoney ve arkadaşlarının (2005: 799) çalışması da, ATD'de bakım verenlerin kendi sağlıklarının iyi olmadığı konusundaki bildirimlerinin ve hastalık öncesinden beri bakım alan kişiyle aralarındaki ilişki kalitesinin kötü olmasının hem depresyon hem de anksiyete riskini arttırdığını göstermektedir. Buna ek olarak demanslı birey ile aynı evde yaşıyor olmak da

anksiyeteyi arttıran bir risk faktörü olarak belirlenmiştir. Ornstein ve arkadaşlarının (2014: 140) yaptığı çalışmada, demanslı bireylere bakan aile üyeleri 6 ayda bir 6 sene boyunca ya da hastanın ölümüne dek psikolojik değerlendirmeden geçmiştir. 133 geçerli katılımcının katkısıyla gerçekleştirilen çalışmada, hasta yakınlarının %69'unda depresif bulgulara rastlanmazken, %31'inde giderek artan depresyon kaydedilmiştir. Elde edilen veriler, erkek hastaların hasta ile günde en az 12 saat geçiren eşlerinin depresyon açısından daha riskli grupta olduğunu göstermektedir. Ayrıca, çalışmayan bakım verenlerin ve hastalığın başlangıç dönemlerinde hasta ile daha fazla vakit geçiren kişilerin depresyona daha yatkın oldukları bildirilmiştir.

Conde-Sala ve arkadaşlarının (2013:91) çalışması, hasta yakınındaki BVY ve depresyonun, bakım veren kişinin demanslı kişinin işlevsellik düzeyi ve nöropsikiyatrik bulgularının şiddetini değerlendirmede etkili olduğunu ortaya koymuştur. Erken dönem demansta BVY, hastanın bahsedilen alanlardaki kapasitesinin olduğundan daha kötü değerlendirilmesine neden olurken, depresyonun bu değerlendirmede etkisinin olmadığı görülmüştür. Demansın ilerleyen dönemlerinde ise, bakım verendeki depresif bulgular, hastanın kapasitesinin olduğundan daha kötü değerlendirilmesine neden olmaktadır. Yazarların elde edilen verilerle ilgili yorumu, daha ileri seviyedeki demanslarda hasta yakınının stres yaratan unsurlara daha uzun süre maruz kalması ve daha fazla kayıp duygusu ve depresyon yaşamasının, hastanın işlevsellikle ilgili kapasitesini değerlendirmesinde etkili olduğu yönündedir.

Alberts ve arkadaşları (2011: 884) ATD ve diğer demanslarda, bakım veren aile üyelerinin sıklıkla bir gün kendilerinde de demansiyel bir bozukluk gelişeceğine dair kaygı yaşadığını bildirmiştir. Sürekli olarak demans bulgularına ve olumsuz sonuçlarına şahit olmak, hastanın yakınlarında gelecekteki kendi nörolojik sağlıkları konusunda anksiyete düzeyini yükseltmektedir. Yazarlar, demans anksiyetesi olarak adlandırdıkları bu durumun, bakım verenler açısından, başka kronik hastalıkları olan yakınları ile ilgilenen kişilere kıyasla psikolojik olarak daha zorlayıcı olduğunu öne sürmüşlerdir. Yaptıkları çalışmaya göre, bakım veren kişide demans anksiyetesinin varlığı cinsiyet, yaş ya da demanslı bireyle evli olup olmama durumundan bağımsızdır. Demans anksiyetesinin düzeyi, bakım verendeki

depresyon düzeyinin yüksek olmasıyla ilişkilendirilmiş olmasına rağmen, hangisinin hangisine neden olduğu konusunda net bir bilgi verilmemiştir.

Smagula ve arkadaşlarına (2019: 3) göre demanslı yakınlarına bakan bireylerin depresif bulgularını etkileyen unsurlardan biri gün içindeki aktivite düzeyindeki kısıtlamalardır. Araştırmacılar, önceden doldurulan bir ölçekle %64'ünde belirgin düzeyde depresif bulgular olan, %36'sında ise hiç ya da minimal düzeyde depresyon bulgusu kaydedilen 57 hasta yakınının kol bileklerine aktivite ölçer bir cihaz takarak katılımcıların uyku-uyanıklık ve hareketlerini takip etmişlerdir. Her iki katılımcı grubunun bakmakla sorumlu olduğu demanslı kişilerin, hastalıkla ilgili bulgular ya da hastalığın şiddeti açısından önemli bir fark saptanmamıştır. Çalışmada, depresyon grubunda belirgin düzeyde daha fazla insomnia, daha sık uyku bölünmesi, sabah daha geç uyanma ve sabah saatlerinde daha az hareketli olma eğilimi, daha fazla kontrol edilemeyen düşünce, katılımcıların kendi ifadeleri ile daha düşük düzeyde farkındalık (mindfulness) ve daha çok sayıda komorbid hastalık kaydedilmiştir. Araştırmacılara göre, sabahı tercih etmeyen, genel olarak daha geç yatmayı, daha geç uyanmayı, uyandıktan sonra yatakta daha uzun süre kalmayı tercih eden hasta yakınlarının depresyon bulgularının ortaya çıkması, yaşam kalitelerinin bozulması ve ilerleyen dönemde majör depresyon geliştirme riskleri daha fazladır.

1.5. Demans Bakımında Bakım Veren Kişilik Özellikleri Ve Başa Çıkma Stratejileri

Yapılan araştırmalarda, bakım veren yükünün aile üyeleri için akıl sağlığında bozulmalar açısından bir risk faktörü olduğu ve bu durumun bakım verilen demans hastalarını da dolaylı olarak olumsuz etkilediği ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte, demanslı yakınlarına bakım veren herkesin depresyon ya da anksiyete bozuklukları gibi zorluklar yaşamadıkları görülmüştür. Bu stresli rolün her bakım verende aynı düzeyde güçlüklerle sonuçlanmaması ve bazı kişilerin durumu daha iyi idare edebilmeleri, seçtikleri işlevsel başa çıkma stratejileri ile ilişkilendirilmiştir (Lloyd, v.d. 2018: 2). Melo, Maroco ve De Mendonça'ya (2011: 1276) göre bireylerin kişilik özellikleri, karşılaştıkları stresli durumları ne şekilde anlamlandırdıklarını ve sorunlarla karşılaştıklarında hangi başa çıkma stratejilerini seçmeye eğilimli olduklarını belirler. Bu nedenle, bakım verenin kişilik özellikleri bireyin psikolojik ve fiziksel sağlığını belirgin düzeyde etkiler. Yazarlar ayrıca, bakım verme

sürecinde yaşanan duygusal sıkıntının, bakım verenin kişilik özellikleri, kullandığı başa çıkma stratejileri ve bakım yükünün karşılıklı etkileşimi ile oluşan bir süreç olduğunu bildirmişlerdir.

Van der Lee ve arkadaşlarına (2014: 86) göre demansta BVY karmaşık ve çok boyutlu bir durumdur. Yazarlar yaptıkları literatür incelemesinde farklı alanlarda bu yükü en fazla etkileyen unsurları araştırmışlardır. Buna göre, hasta ile ilgili unsurlardan BVY'yi en fazla etkileyen unsur, demansta ortaya çıkan davranışsal ve psikolojik bulguların varlığı ve sıklığıdır. Demansta bakım yüküne katkıda bulunan ikinci unsur ise, hastanın kendi gündelik ihtiyaçlarını karşılama becerisinin azalması ile birlikte bakım verenin hastanın bakımına daha uzun saatler harcaması ve bakım gerektiren ihtiyaçların zorlaşmasıdır. Bakım verenle ilgili unsurlar arasında ise sırasıyla, söz konusu rolle ilgili özyeterlilik, bakım verenin kişilik özellikleri ve kullandığı başa çıkma stratejileri ile bakım verenin sağlık durumu BVY'yi en fazla etkileyen unsurlar olarak yer almaktadır. İncelenen makalelerde, kişilik özellikleri içinde nevrotizmin BVY üzerinde en etkili unsur olduğu ortaya koyulmuştur. Başa çıkma stratejileri arasında, problem odaklı stratejilerin BVY'yi azalttığı, emosyonel stratejilerin ise depresyon ve anksiyeteden koruduğu görülmüştür. Disfonksiyonel ya da duruma uygun olmayan stratejiler ise anksiyete bulgularını arttırmaktadır. Bakım verendeki özyeterlilik algısı, akıl sağlığının daha iyi olması ve depresif bulguların daha az görülmesi ile ilişkilendirilmiştir. Ayrıca bakım verme rolünde sıkışıp kalmak ve sosyal işlevselliğin azalması, depresyon bulguları ve diğer psikolojik sorunların artmasına neden olmaktadır.

Pearlin, Mullan, Semple ve Skaff'a (1990: 587) göre, stresli durumlar tek başlarına olumsuz sonuçlarının şiddetini belirlemez. Daha ziyade, stres yaratan bir duruma maruz kalan bireyin olayı nasıl anlamlandırdığı ve hangi başa çıkma mekanizmalarını kullandığı asıl belirleyici unsurlardır. Yazarlara göre, bu süreci belirleyen dört ana alan vardır; bağlamsal unsurlar, stres yaratan durumlar, stres mediatörleri ve sonuçlar. Bağlamsal unsurlar, bakım verenin yaşı, cinsiyeti, sosyoekonomik durumu gibi temel özellikleri ile bakım süreciyle ilgili koşullardır. Stres yaratan durumlar iki kategoriye ayrılmıştır. Bunlardan ilki nesnel stres kaynaklarıdır ve bakım veren rolünün gerektirdiği fiziksel zorlukları kapsar. Hastanın bilişsel durumu, nöropsikiyatrik bulguların şiddeti ve gündelik hayat aktiviteleri ile ilgili bağımlılık düzeyi nesnel kaynakları oluşturur. İkincisi öznel stres

kaynakları olarak adlandırılan psikolojik güçlüklerdir. Bunların arasında bakım verme süreci ile ilgili ortaya çıkan aile içi çatışmalar, iş hayatının olumsuz etkilenmesi, maddi güçlükler ve sosyal izolasyon sayılabilir. Sonucu belirleyen diğer alan olan stres mediatörleri ise seçilen başa çıkma stratejileri, sosyal destek gibi unsurlardır. Bakım verenin fiziksel ve psikolojik sağlığını koruyabilmesi ve bakım verme rolünü sürdürebilmesi, bu alanların ne şekilde bir araya geldiği ile ilişkilidir.

Van den Wijngaart, Vernooij-Dassen ve Felling (2007: 627), Lazarus ve Folkman'ın (1984) stres modelini temel alarak, demanslı bireylerin bakımı sürecinde aile bireylerinin BVY'sini etkileyen direkt ve dolaylı unsurları araştırmışlardır. Yazarlar bu modele göre, stresli bir durumun etkisinin, maruz kalan kişinin durumu nasıl değerlendirdiği ve nasıl başa çıktığı ile ilişkili olduğunu açıklamışlardır. Buna göre değerlendirme, bireyin bir durumun tehlikeli ya da zarar verici olup olmadığını tartma ve karar verme sürecidir. Başa çıkma ise, bireyin stresli durumla karşılaştığında devreye soktuğu bilişsel ve davranışsal çabalardır. Değerlendirme ve başa çıkma, bireyin kendine özgü özellikleri ile çevresel koşullardan etkilenir. Bunların arasında kişinin yaşı, cinsiyeti, kişilik özellikleri, sesyoekonomik durumu ve sosyal desteğe erişimi sayılabilir. Karşılaşılan durum, kişi tarafından zarar verici olarak algılanırsa ve başvurduğu başa çıkma stratejileri yetersizse kişinin yaşadığı stresin şiddeti artar.

1.5.1. Demanslı Yakınlarının Bakımını Üstlenen Aile Bireylerinin Kişilik Özellikleri

Son yıllarda, demans tanısı almış kişilere bakmaktan sorumlu olan aile bireylerinin kişilik özelliklerini inceleyen uluslararası çalışmaların hepsi normatif kişiliği ölçen BFK'yi kullanmıştır. Ortega ve Leung (2015: 62), demanslı bireyin bakımını üstlenirken hangi nedenle bazı aile üyelerinin diğerlerine kıyasla daha kolay adapte olduğunu ve daha az psikolojik güçlük yaşadığını araştırmak için bir meta analiz yapmışlardır. Bu çalışmada, yüksek düzey nevrozizm ve düşük düzey dışa dönüklüğün algılanan bakım veren yükünü arttırdığı ortaya koyulmuştur. Ayrıca nevrozizm seviyesinin yüksek olmasının, bakım verenin anksiyete ve depresyon bulgularıyla anlamlı bir pozitif ilişkisi olduğu görülmüştür. Dışa dönüklük seviyesindeki yüksekliğin ise hem bakım veren yükü hem de olumsuz psikolojik sonuçlar açısından olumlu bir etkisi olduğu bildirilmiştir. Löckenhoff ve arkadaşlarının

(2011: 600) çalışmasına göre, bakım verenin kişilik özellikleri, bakım verme rolü söz konusu olduğunda kendi becerilerini algılama biçimlerini etkilemektedir. Rolün getirdiği güçlüklerle özyeterlilik algısı, bakım verenin kişiliğiyle psikolojik ve fiziksel sağlığı arasındaki ilişkiyi şekillendirmektedir. Yazarlar, bireylerin özyeterlilik algısını, nevrotizm ve dışa dönüklük boyutlarında duygu düzenleme, duygudurum, enerji düzeyleri, uyumluluk boyutunda kişiler arası ilişkiler, sorumluluk boyutunda planlama, düzen ve kendini yönetebilme becerisi, yeniliğe açıklık boyutunda yeni durumlara uyum sağlayabilmeye ilişkilendirmiştir. Buna göre, psikolojik ve fiziksel sağlık nevrotizmde olumsuz etkilenirken, dışa dönüklükte olumlu etkilenmektedir.

Hajek ve König'in (2018: 8) 2005, 2009 ve 2013 tarihlerinde topladıkları verileri inceledikleri uzun süreli bir çalışmaya göre, bakım verme sürecinde demaslı yakınının sorumluluğunu üstlenen aile bireylerinde zaman içerisinde, dışarıda bir işte çalışmama, sağlık durumlarında değişiklik gibi etkenlerin olmasının bakım verenin kişilik özelliklerinde değişikliklere neden olduğu bildirilmiştir. Çalışmada, zaman içerisinde bakım verenin nevrotiklik düzeyinin arttığı saptanmıştır. Bakım verenin Pazar günleri dahil en az 5 saatini rolün getirdiği görevlerle geçirmesi, sorumluluk boyutunda da bir artışa neden olmaktadır. Araştırmacılar dışa dönüklük, yeniliğe açıklık ve uyumluluk boyutlarıyla bakım verme arasında anlamlı bir ilişki bulmamışlardır. Aynı zamanda bu çalışma, nevrotizm boyutunda yüksek skora sahip bireylerin bakım verme rolünü üstlenmeye diğerlerine kıyasla daha fazla eğilimli olduklarını göstermiştir. Rohr, Wagner ve Lang (2013: 696) da benzer bir şekilde nevrotizm boyutundaki yükseklikle, bakım verme rolünü üstlenme arasında anlamlı bir pozitif ilişki saptamışlardır. Bu kişilerin söz konusu görevi üstlenmelerinde yükümlülük duygularının etkili olduğu görülmüştür. Bu kişiler aynı zamanda duygusal dengelerini koruma konusunda daha fazla güçlük çekme, daha fazla endişelenme, stresli durumlarla baş etmede daha çok zorlanma eğiliminde oldukları ve disfonksiyonel başa çıkma stratejilerine daha sık başvurdukları için psikolojik olarak daha fazla olumsuzluk yaşamaktadır. Yazarlara göre, özellikle ileri yaştaki kadın bakım verenler bu açıdan daha riskli durumdadır.

Melo, Maroco ve De Mendonça'nın (2011: 1278) 105 demanslı birey ve aileleri ile yaptığı çalışmaya göre, yüksek düzeydeki nevrotizm bakım verenlerde depresyon ve BVY'yi arttırmakta, yüksek düzeyde dışa dönüklük her ikisini de azaltmakta iken, uyumluluğun

sadece BVY'yi azaltmakta belirgin etkisi olduğu görülmüştür. Yazarlara göre nevrozizm boyutunda yüksek skora sahip olan bireylerin duygulanımları daha inişli çıkışlıdır. Bu kişiler gerçekçi olmayan fikir, arzu ve ihtiyaçlara eğilimlidir. Bu nedenle bu kişiler genelde daha sakin, dayanıklı, güvenli ve kendinden memnun kişilere kıyasla daha aşırı ve uygunsuz başa çıkma stratejilerini seçerler ve bakım verme rolüyle birlikte gelen stresli durumlara uyum sağlamakta güçlük çekerler. Dışa dönüklük boyutunda yüksek skor alanlarda depresyon ve BVY'yi azaltan unsurlar, bu kişilerin içe dönüklere kıyasla kendilerini sosyal açıdan daha az izole etmeleri ve genel olarak daha umut dolu bir bakış açısına sahip olma özellikleridir. Uyumluluk boyutunda alınan yüksek skorların BVY'yi azaltması ise, bu kişilerin hastalığı daha kolay kabul edebilme, demanslı kişinin zorluklarını daha kolay anlayabilme, hasta ile daha işbirlikçi bir ilişki kurabilme ve bakım veren rolüne daha olumlu bir anlam yükleyebilme becerileriyle açıklanmıştır.

Feast ve arkadaşları (2017: 81) bakım verme sürecinde, bakım veren kişinin psikososyal durumunun, demansta ortaya çıkan nöropsikolojik sorunlarla başa çıkmada belirgin düzeyde etkili olduğunu göstermiştir. Yazarlar, bakım verenin nöropsikolojik bulgulara verdiği yüksek duygusal tepkinin ve algılanan bakım veren yükünün artmasının, süreçte yaşanan psikolojik güçlüklerle katkıda bulunduğunu bildirmişlerdir. Buna karşılık, demanslı birey ve onun bakımını üstlenen aile bireyinin daha kaliteli bir ilişki kurmasının, bu sayede bakım verenin suçluluk duygusunun azalmasının ve bu rolde kendisini daha yeterli hissetmesinin, nöropsikolojik bulgularla karşılaşıldığında daha az psikolojik güçlük yaşamasını mümkün kıldığını göstermişlerdir. Yazarlar, nöropsikolojik bulgulara verilen yüksek duygusal tepki, hastayla kaliteli bir ilişki sürdürebilme becerisindeki güçlükler ve bununla bağlantılı olarak hissedilen suçluluk ve yetersizlik duygularını, bakım verenin nevrozik kişilik özelliklerinin fazla olması ile açıklamışlardır. Kamalzadeh ve arkadaşlarının (2020: 7) İran'da hasta ve bakım verenle ilgili unsurların BVY üzerindeki etkisini araştırdıkları çalışmaya göre, bakım verenlerin %41,7'sinin psikiyatrik açıdan güçlük çektiği, bu zorlukların da en sık somatik bulgular şeklinde ortaya çıktığı görülmüştür. BVY ve aile bireyinin akıl sağlığının birbirini karşılıklı olarak etkilediği belirtilmiştir. Hasta ya da hasta yakınının demografik bulgularının BVY ya da psikolojik bulgular açısından etkili olmadığı bildirilmiştir. Hastanın nöropsikiyatrik bulguları açısından en çok halüsinasyonlar, anksiyete, apati ve disinhibisyonun varlığı bakım veren yükünü artırmaktadır, ancak bunların sıklığı ya

da şiddeti açısından anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bakım verenin kişilik özellikleri göz önüne alındığında sadece yüksek nevrotizm ve düşük uyumluluğun BVY üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür.

Nevrotizmin depresyon ve BVY riskini arttırdığı, dışa dönüklüğün ise azalttığını destekleyen bir başka çalışma Kim ve arkadaşları (2017: 227) tarafından yapılmıştır. Çalışmada bu iki boyutun bakım verenin yaşam kalitesinin psikolojik boyutunu direkt olarak, beden sağlığı boyutunu ise dolaylı olarak etkilediği bildirilmiştir. Bu durum, depresif bulguların artmasının, bakım verenlerin kendi sağlıkları ile ilgili riskli davranışlara yönelmesi ve bu nedenle fiziksel iyilik hallerinin kötüleşmesi ile açıklanmıştır. Bunlara ek olarak, demans hastalarının kendilerine bakan aile üyelerinin duygudurumu konusunda belirgin bir farkındalığa sahip olduğu ve özellikle nevrotizmi yüksek bakım verenlerin duyguları iniş çıkışlarının hastanın bilişsel bulgularının bozulmasını hızlandırdığı açıklanmıştır. Bu durumun da bakım verenin BVY'sini daha hızlı bir şekilde arttırdığı bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışmada kişilik özelliklerinin, bakım verenin terapötik destekten yararlanmasını etkilediği gösterilmiştir. Nevrotik özelliklerin fazlalığı terapi sürecinde depresyon bulgularının azalma hızını yavaşlatırken, yeniliğe açıklık ve uyumluluk özelliklerinin fazla olması psikoterapiden sağlanan faydayı olumlu yönde etkilemektedir. Fang ve arkadaşlarının (2020: 386) iki yıl süren uzun süreli çalışmasına göre ise, bakım verenin kişilik özellikleri içinde nevrotizm boyutundaki yüksekliğin, hastaya bakım sürecinde ihmal, fiziksel ve psikolojik şiddet içeren davranışlar açısından riski arttırdığı belirlenmiştir. Aynı zamanda, algılanan BVY'nin azalması, bu davranışların tekrarlanma olasılığını azaltmaktadır.

Baharudin ve arkadaşlarının (2019: 9) Malezya'da demanslı aile bireylerine bakan ve düşük gelir seviyesine sahip kişilerle yaptığı araştırmaya göre, hastanın nöropsikolojik bulgularının BVY'nin artmasına neden olarak, şiddet ve ihmale maruz kalma riskini arttırdığı görülmüştür. Bu risk, bulguların sıklığı ya da şiddetinden çok, bulguların tipi ile artmaktadır. Özellikle hezeyanlar, ajitasyon, iritabilite, gece davranışları, depresyon, apati ve disinhibisyon BVY'yi olumsuz etkilemektedir. Araştırmaya göre, hasta yakınlarının yaklaşık %80'i yüksek stres, %50'si depresyon ve anksiyete yaşadıklarını ifade etmektedir. BFK modeline göre sadece sorumluluk boyutunun BVY üzerinde anlamlı ve azaltıcı bir etkisi vardır. Yazarlar, bu durumu sorumluluk boyutundaki yüksek skorların bakım verenin

zorlayıcı durumlar karşısında daha fazla özyeterlilik algısına katkıda bulunması ile açıklamıştır.

1.5.2. Demanslı Yakınlarının Bakımını Üstlenen Aile Bireylerinin Kullandığı Başa Çıkma Stratejileri

Lloyd ve arkadaşlarının (2018: 2) çalışmasında Lazarus ve Folkman'ın (1984) stres modelindeki emosyonel ve problem odaklı başa çıkma stratejileri ile Coolidge, Segal, Hook ve Stewart'ın (2000) eklediği disfonksiyonel stratejiler açıklanmıştır. Emosyonel başa çıkma stratejileri, bir stres kaynağı ile karşılaşıldığında hissedilen duygusal sıkıntıyı azaltma amacıyla kullanılan yöntemlerdir ve bunlara örnek olarak kabullenme, duygusal destek alma, mizah, olumlu yeniden çerçeveleme ve dini inançlar sayılabilir. Problem odaklı stratejiler, içinde bulunulan durumu daha iyi hale getirmek için kullanılan yöntemlerdir, alternatif çözümler bulma, planlama ve harekete geçme gibi yöntemleri içerir. Disfonksiyonel stratejiler ise sorunu reddetme, dikkati dağıtma, kendini suçlama, madde kullanımı ve sürekli yakınma gibi yöntemlerdir, bunlar genelde olumsuz sonuçlar doğurur. Roche, MacCann ve Croot'a (2016: 80) göre, bakım veren aile bireyinin başa çıkma stratejilerini güvenilir bir şekilde yordayabilmek çok önemlidir, çünkü cinsiyet ya da yaş gibi unsurlardan farklı olarak, bunlar değiştirilebilir ve geliştirilebilir özelliğe sahiptir. Li ve arkadaşları (2012: 9), farklı başa çıkma stratejilerinin bakım verendeki anksiyete ve depresyon bulguları ile ilişkisini araştıran bir literatür taraması ve meta analiz çalışması yapmışlardır. Bu çalışmada değerlendirilen 35 makalenin incelenmesi sonucunda, daha fazla disfonksiyonel ve daha az duygusal destek ve kabullenme stratejilerinin tercih edilmesi ile demans bakım verenlerinin anksiyete ve depresyon bulguları arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yazarların farklı başa çıkma stratejilerini, bunların alt boyutlarını ve örneklemelerini sınıflandırdıkları tabloya aşağıda yer verilmiştir (Li, v.d. 2012: 3):

Tablo 4. Başa Çıkma Stratejileri Ve Bu Stratejilerin Alt Boyutları (Li, v.d., 2012)

Problem odaklı	Duygusal destek ve kabullenme odaklı	Disfonksiyonel
Aktif başa çıkma: Çabaları içinde bulunulan durumu iyileştirmeye odaklama Planlı problem çözme: Yapılması gerekeni bilme ve çabaları o yöne yoğunlaştırma Mantıklı analiz: Sorunla başa çıkmak için farklı seçenekleri değerlendirme Aktif davranma: Bir plan yapma ve takip etme	Duygusal destek arama: Başkalarından duygusal destek alma Olumlu yeniden değerlendirme: Güçlükleri kendini geliştirme imkanı olarak değerlendirme Duygu düzenleme: Durumun olumlu yanlarını görmeye çabalama Aktif bilişsel: Rehberlik ve güç için spiritüel/dini inançlara başvurma	Reddetme: Durumu kabul etmeme Sorumluluk üstlenme: Durumla ilgili kendini suçlama ve eleştirme Kaçınma: Başkaları ile bir araya gelmekten kaçınma Duygu boşalım: Duygularla başa çıkmak için şikayet etme, maddeyi kötüye kullanma gibi işlevsel olmayan davranışlara başvurma

Melo, Maroco ve De Mendoça'nın (2011: 1280) çalışması, bakım verenlerin kişilik özellikleri, bu kişilerin hangi başa çıkma stratejisini seçmeye eğilimli olduklarını ortaya koymuştur. Buna göre, nevrotizm boyutunda düşük, dışa dönüklük boyutunda yüksek skora sahip olan bireyler, karşılaşılan stresli durumlarda hem emosyonel hem de problem odaklı stratejileri seçmektedir. Uyumluluk düzeyi daha yüksek olanlar ise, emosyonel stratejilere daha az başvurmakla birlikte, sosyal destek alma davranışını daha sık seçmektedir. Baharudin ve arkadaşları (2019: 9) ise özellikle ajitasyon, agresyon, iritabilite, labilite ve disinhibisyon gibi bulguların BVY'yi arttırdığı, demanslı yaşlıların şiddet ve ihmale maruz kalma riskini arttırdığını bildirmişlerdir. Yazarlar, bakım verenin kişilik özelliklerinde sorumluluk boyutunun yüksekliğiyle problem odaklı başa çıkma stratejileri arasında anlamlı bir ilişki bulmuş, özellikle zorlayıcı nöropsikiyatrik bulgularla karşılaşıldığında bu stratejilerin bakım veren yükünü azaltıcı bir etkisi olduğunu göstermişlerdir. Yazarlara göre, bakım verenin duygudurumu hangi stratejilere yöneldiklerini belirlemektedir. Araştırma, nöropsikolojik bulgularla karşılaşıldığında en işlevsel yöntemlerin, bakım verenin kendi dikkatini başka tarafa yönlendirebilmesi, aktif başa çıkma, planlama ve kabullenme olduğunu ortaya koymuştur. Cooper ve Livingston (2014:842) ise demanslı bireylerin şiddete maruz kalma risklerinin yüksek olduğunu, çünkü hastalığın getirdiği yeti kayıplarının, bu kişilerin şiddetten kaçınma, engelleme ya da bildirmesini güçleştirdiğini rapor etmişlerdir. Özellikle nöropsikiyatrik bulguların bakım verenin BVY'sini, anksiyete ve depresyonunu arttırdığını ortaya koymuşlardır. Yazarlara göre, bu durum bakım verenlerin disfonksiyonel başa çıkma mekanizmalarına yönelme eğilimini arttırmaktadır. Yaşlı ebeveynlerine bakmakla sorumlu olan ve maddi açıdan ebeveynlerine bağımlı olan erişkin çocukların %44'ü bakımla ilgili stresle başa çıkmak için alkol ya da madde kullanmaktadır. Bakım verme rolü ile ilişkili anksiyete ve depresyon bulguları, aile bireylerinin özyeterlilik algısını zayıflatmakta, stresli

durumlarla karşılaştıklarında çaresizlik duygularını arttırmakta ve şiddet içeren davranışların ortaya çıkmasına neden olmaktadır.

Melo ve arkadaşları (2017: 65), demans tanılı yakınlarının bakımını üstlenen aile bireyleri ile yaptıkları çalışmada, bakım verenin nöropsikiyatrik bulgular karşısında seçtikleri yöntemleri ve bu seçimde bakım verenin kişiliğinin etkisini araştırmak üzere bir çalışma yapmışlardır. İncelenen yöntemler; hastanın olumsuz davranışlarını görmezden gelme ya da geri adım atma yoluyla çatışmadan kaçınmak, hastanın hatalı düşünce ve davranışlarını düzelterek yüzleşmek, sarılma ya da rahatlatıcı sözler söyleme şeklinde güven vermek, tekrar tekrar anlatarak ya da kanıt göstererek gerçekliğe yönlendirmek, cezalandırma ya da tehdit etme yoluyla zora başvurarak yanıt vermek, dikkatini dağıtmak veya başka yöne çekmek, hastanın hezeyanlarına iştirak etmek, psikotrop ilaçlara başvurmak ve hastanın hareketini kısıtlamaktır. Çalışmada toplanan veriler, bakım verenlerin nöropsikolojik davranışlarla karşılaştıklarında, davranışın doğasına ya da kendilerinin o anki duygudurumuna göre farklı yöntemleri seçtiklerini göstermiştir. Tüm kişilik boyutları içinde sadece dışa dönüklükte yüzleştirme yönteminin fazla kullanılmadığı ortaya çıkmıştır. Yazarlar bu durumu dışa dönük kişilik özellikleri yüksek olan bireylerin stres karşısında tepkiselliğinin az olması, farklı durumlara daha kolaylıkla uyum sağlayabilme ve uygun yanıt verebilme, daha neşeli olabilme ve olumlu düşünme becerileri ile açıklamıştır.

Chappell ve Dujela (2009: 229) bakım verenlerde başa çıkma stratejilerini dört grupta toplamışlardır. Bunlar problem çözme odaklı stratejiler, negatif emosyonel başa çıkma, pozitif emosyonel başa çıkma ve sosyal destek aramadır. Yazarlar, emosyonel başa çıkmada negatif tutumları mesafelenme, kontrol ve kaçma/kaçınma, pozitif tutumları ise sorumluluğu kabul etme ve problemleri yeniden çerçeveleme olarak tarif etmişlerdir. Bu çalışmaya göre, bakım verenler aynı anda birden fazla başa çıkma stratejisini kullanmaktadır. Demans hastasının işlevselliğinin azalması, bakım verenlerin kişilik özelliklerinden bağımsız olarak negatif emosyonel tutumlara eğilimi arttırmaktadır. Hastanın bakımıyla geçirilen zamanın az olması ve sosyal destek arama arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bakım verenlerde nevrozizmin yüksekliği negatif emosyonel stratejileri seçme eğilimini artırırken, problem odaklı tutumları ve sosyal destek arayışını azaltmaktadır. Yeniliğe açıklık ise, kişilerin

problem odaklı stratejilere yönelmesi ile ilişkilendirilmiştir. Bu çalışmada, diğer kişilik boyutları ile başa çıkma stratejileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Butt ve arkadaşları (2002: 472), ATD tanılı eşlerinin bakımı sürecinde bireylerin seçtiği emosyonel başa çıkma stratejilerini ve bakım verenin olumsuz duygulanımını araştıran bir çalışma yapmışlardır. Araştırmacılar, Pruchno ve Resch'in (1989: 454) çalışmasını temel alarak emosyonel stratejileri üç ana başlık altında toplamışlardır. Bunlardan ilki dileksel başa çıkmadır ve var olan durumun değişmesiyle ilgili arzu, umut ve dileklerin ön plana çıkması olarak tarif edilir. İkincisi intrapsişik başa çıkmadır ve bakım verenlerin stresli durumla karşılaştıklarında içlerinde yarattıkları fantazi dünyasına ve hayallere sığınmaları olarak açıklanır. Üçüncüsü ise kabullenici başa çıkıştır. Araştırmaya katılan bakım verenlerden toplanan veriler, nevrozizm boyutundaki yükseklikle, bireylerin problem odaklı ya da kabullenici emosyonel stratejiler yerine dileksel ve intrapsişik emosyonel stratejileri seçme eğilimi arasında anlamlı bir pozitif ilişki ortaya koymuştur. Buna ek olarak, durumsal stres kaynaklarının negatif duygulanımı tetiklediği görülmüştür. Duygudurumdaki kötüleşme ise dileksel ve intrapsişik stratejilere eğilimi arttırmakta ve bu birbirini etkileyen döngüsel bir sürece dönüşmektedir. Aynı modeli kullanarak yapılan başka bir çalışmada (McClendon, Smyth ve Neundorfer, 2004: 516), dileksel ve intrapsişik stratejilerin kullanımının bakım verende anksiyete ve depresyon bulgularının artması üzerinde etkili olduğu, kabullenici ve problem odaklı stratejilerin ise bakım verenin psikiyatrik bulgular geliştirmesi açısından koruyucu bir unsur olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, çalışmanın verilerine göre, bakım verenin dileksel ve intrapsişik stratejilere başvurma eğiliminin yüksek olduğu olgularda, bakılan demans hastasının yaşam süresinin de kısaldığı görülmüştür. Gilhooly ve arkadaşlarının (2016: 6) meta analitik çalışması da bakım verenin depresyon bulguları ve genel psikolojik iyilik hali açısından problem odaklı, kabullenici ve sosyal destek arama stratejilerinin faydalı olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmaya göre, dileksel stratejiler ve hastalığı reddetme ve kaçınma içeren tutumlar, bakım veren için olumsuz sonuçlara neden olmaktadır.

Çin'de 57 hasta yakınının katıldığı bir çalışmada, demansla birlikte ortaya çıkan farklı bulgularla karşılaşan aile bireylerinin hangi başa çıkma stratejilerini tercih ettiği araştırılmıştır. Toplanan verilere göre, hastanın depresyon bulguları ve davranış sorunları

karşısında bakım verenler daha sıklıkla kaçınmacı bir tutum sergilerken, sadece depresyon karşısında dileksel stratejiye başvurmışlardır. Bu iki strateji de emosyonel stratejiler çerçevesi altında yer almaktadır. Araştırmada problem odaklı stratejilerle belirgin demasiyel bulgular arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. BVY açısından ise, her iki emosyonel tutumun da duruma uyum sağlamayı güçleştirdiği ve algılanan yükü hafifletmeye katkısı olmadığı görülmüştür (Huang, v.d., 2015: 697). FTD tanılı yakınının bakımını üstlenmiş olan aile bireyleriyle yapılmış olan bir çalışma ise, seçilen başa çıkma stratejilerinin bakım veren üzerindeki psikolojik etkilerini araştırmak amacı ile yapılmıştır. Bu araştırmaya göre, bireyin bakım verme süreci ile ilgili rol güçlüğü nasıl algıladığı BVY'yi etkilemektedir. Yazarlar rol güçlüğü, hasta bakımına bağlı olarak, bakım verenin hayatının mesleki, maddi, bedensel, ailevi ve sosyal alanlarının etkilenmesi olarak açıklamışlardır. Buna göre, FTD tanılı bireyin ihtiyaç duyduğu bakım desteğinin düzeyi ile bakım veren depresyonu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, ancak bakım ihtiyacının artmasının bakım verenin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz bir etkisi olduğu görülmüştür. Rol güçlüğü bakım veren tarafından olumsuz algılanmasının depresyon bulgularını arttırdığı ve yaşam kalitesini düşürdüğü ortaya çıkmıştır. Disfonksiyonel stratejilerin özellikle maddi güçlükler de eklendiğinde rol güçlüğü arttırdığı saptanmıştır. Problem odaklı stratejilerin daha genç yaştaki bakım verenlerde rol güçlüğü yaşam kalitesi üstündeki olumsuz etkiyi azaltırken, kadın bakım verenlerde disfonksiyonel stratejilerin depresyon bulgularını arttırdığı bildirilmiştir (Roche, v.d., 2015: 224).

1.5.3. Demanslı Yakınının Bakımını Üstlenen Aile Bireyleri İle İlgili Diğer Unsurlar

Lloyd ve arkadaşlarının (2018: 8) demans tanılı yakınının bakımını üstlenmiş olan 73 katılımcıyla yaptığı çalışmada, stresle başa çıkma stratejilerine ek olarak kendine şefkat gösterme becerileri de araştırılmıştır. Çalışmaya göre, kendine şefkat gösterme, zor dönemlerde kişinin kendi problemlerine karşı eleştirel ve yargılayıcı olmak yerine nazik ve anlayışlı olabilmesi olarak açıklanan bir kavramdır. Bu kavram, her biri kendi içinde ikiye ayrılan üç bileşenden oluşur. Bunlardan ilki, kendine eleştirel olmak yerine nazik olmak; ikincisi kendi eksikliklerini ve başarısızlıklarını izole edici olarak değil, insani bir deneyim olarak kabul etmek; üçüncüsü ise acı veren duygu ve düşünceleri reddetme ya da bunlara fazlaca sarılma yerine farkına varmak ve kabul etmek olarak açıklanmıştır. Çalışmanın ortaya

koyduğu verilere göre, kendine şefkat gösterme becerileri yüksek olan katılımcıların algıladığı bakım veren yükünün diğerlerine göre belirgin bir düzeyde daha az olduğu görülmüştür. Ayrıca, kendisine daha fazla şefkat gösterme becerisine sahip olan kişilerin disfonksiyonel stratejiler yerine emosyonel stratejileri tercih ettiği ortaya çıkmıştır.

O'Rourke ve arkadaşları (2010: 984), psikolojik dayanıklılık düzeyinin ATD tanılı eşlerinin bakımıyla ilgilenen kişilerin bir yıllık süreçte depresyon üzerinde etkisi olup olmadığını anlamayı amaçlayan bir çalışma yapmışlardır. Yazarlar, bu kavramı, güçlükler, tehditler ve stresli durumlarla karşılaşıldığında yaşanan adaptasyon süreci olarak tarif etmişlerdir. Dayanıklı olmak zorluklar karşısında bireyin güçlük çekmesi değil, stres altında da işlevselliğini sürdürebileceğine dair güçlü bir inanca sahip olmasıdır. Bu bir kişilik özelliği olarak değil, yaşam sürecinde oluşan ve perçinlenen davranış, düşünce ve tepkiler örüntüsüdür. Çalışmaya göre, bu kavramın iç içe geçmiş üç temadan oluştuğu düşünülmektedir. Bunlardan ilki, her tür durumda gündelik aktivitelerini tümüyle sürdürmek gibi davranışları içeren yaşama bağlılıktır. İkincisi, mücadeleden hoşlanmaktır. Bu özelliğe sahip kişiler yaşamda stabilitenin değil, değişikliğin normal olduğuna inanır ve bu tür durumları kendi bilgi ve becerilerini geliştirmek için bir fırsat olarak görürler. Üçüncüsü ise kontrole sahip olma algısıdır. Bu tür bireyler hayat olaylarının yönünü değiştirebilecek bir yetiye ve kişisel otonomiye sahip olduklarına inanırlar. Çalışmada elde edilen veriler, bir yıllık süreçte kontrol algısı ve mücadeleden hoşlanma boyutlarının depresyondan koruyucu bir etkisi olduğunu ortaya koyarken, yaşama bağlılık ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulamamıştır. Buna ek olarak, zaman içerisinde mücadeleden hoşlanma düzeyinin artabildiği ve bu durumun da depresif bulguların azalmasına etki ettiği bildirilmiştir. Bu durum psikolojik dayanıklılığın statik olmadığını ve zamanla gelişebildiğini düşündürmektedir.

Demans bakımında dayanıklılığı araştıran bir başka çalışma Chappel ve Dujela'ya (2009: 225) aittir. Yazarlar, bu kavramı dayanıklılık ve dirençlilik adı altında iki başlıkta incelemiştir. Bu çalışmaya göre dayanıklılık; kişisel kontrol algısı, kişilere ve görevlere bağlılık ile değişikliği hoş giden bir mücadele olarak görme şeklinde açıklanmıştır. Dirençlilik ise, krizlere ve güçlüklerle tahammül edebilme, bunları atlatabilme, zor deneyimleri olgunlaşma fırsatına çevirebilme olarak tarif edilmiştir. Dirençliliğin yüksek

düzeyde özgüven, özkontrol ve iyimserlikten oluştuğu belirtilmiştir. Yazarların yaptığı literatür incelemesinde, her iki kavram da problem odaklı başa çıkma stratejileri ve sosyal destek arayışı ile ilişkilendirilmiştir. Dayanıklılık düzeyi ile dileksel ve kaçınmacı başa çıkma stratejileri arasında negatif bir ilişki vardır. Düşük direnç düzeyine sahip olan bireylerin ise daha yüksek BVY ve psikiyatrik bulgu geliştirme riski olduğu bildirilmiştir.

Mausbach ve arkadaşları (2012: 28) ise demans bakımında ortaya çıkan birincil ve ikincil stres unsurlarının, bireylerin başa çıkma becerilerinin etkinliğinde değişikliklere neden olabileceğini ve depresif bulguların düzeyini etkileyebileceğini ileri sürmüşlerdir. Yazarlar, birincil stres unsurlarını, hastanın davranış problemleri gibi demanstan kaynaklanan stres belirteçleri, ikincil unsurları ise bakım verenin çok yönlü sorumlulukların altında ezilmesi gibi rolle ilgili belirteçler şeklinde tanımlamıştır. Çalışmanın hipotezine göre, süreçte ortaya çıkan bu unsurlar bakım verende içsel psikolojik gerilime neden olmakta ve bu içsel gerilim, stres unsurları ve depresyon arasında etkin bir rol oynamaktadır. Araştırmacılar, içsel gerilimi oluşturan dört değişken belirlemişlerdir. Bunlardan ilki olan kişisel hakimiyet, bireyin hayat olaylarının kendi kontrolünde olduğuna dair inancı olarak açıklanmıştır. İkinci değişken, kişinin istenen sonuca ulaşmak için gereken davranışları gerçekleştirebileceğine dair becerisi konusunda kendine güvenmesi şeklinde tanımlanan özyeterliliklerdir. Diğer iki unsur, başka çalışmalarda emosyonel başa çıkma stratejilerinin parçası olarak işlenmiş olan aktivite kısıtlaması ve kaçma/kaçınma stratejileridir. Yazarlara göre, bireyin psikolojik iyilik halini korunmak için ihtiyaç duyduğu sosyal aktivitelerden uzaklaşması, depresif bulguların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Anlık rahatlama sağlayan bilişsel ve davranışsal kaçınma davranışlarının ise uzun vadede olumsuz psikolojik sonuçlara neden olduğu bildirilmiştir. Araştırmacıların ATD tanılı eşlerine bakan bireylerle yaptığı çalışmanın verileri, bakım verenin kişisel hakimiyet ve özyeterlilik algısının azalmasının kaçınma davranışını belirgin düzeyde arttırdığını ve bunun sonucunda depresif bulguların ortaya çıktığını göstermiştir. Buna ek olarak, özellikle hastanın davranış problemleri ile bakım verenin sosyal aktivitelerini azaltması ile depresif bulguların oluşması arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Elde edilen veriler, bakım verme ile ilgili stres unsurlarının kişisel hakimiyet ve özyeterlilik algısını azalttığını, disfonksiyonel stratejilerin kullanımını arttırdığını ve depresyona yol açtığını ortaya koymuştur.

Demans bakımında stresli durumlarla başa çıkmada etkisi incelenmiş olan bir başka unsur da kaynakları değerlendirebilmektir. Zauszniewski ve Bekhet (2011: 1), yapmış oldukları çalışmada kaynakları değerlendirebilmenin öğrenilen bir beceri olduğunu ve zorluklarla karşılaşıldığında duruma daha kolay uyum sağlamaya ve daha yapıcı bir yaklaşıma sahip olmaya katkıda bulunduğunu ifade etmiştir. Bu beceri aynı zamanda depresyon ve anksiyete bulgularının azalması ve yaşam kalitesinin artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Bu kavram kişisel ve sosyal başlıkları altında ikiye ayrılmıştır. Kaynakları değerlendirmede kişisel beceriler kendine yardım edebilme ile ilgilidir. Bu alan, bilişsel yeniden çerçeveleme, olumlu düşünme, problem çözme, öncelik belirleme ve ileriye planlama becerilerini içerir. Sosyal kaynak değerlendirme ise, tek başına altından kalkılamayan durumlarda dışarıdan yardım alabilme becerisidir. Zauszniewski, Lekhak ve Musil (2018: 385), demans bakımında kaynakları değerlendirebilme ve spiritüel uygulamalara başvurmanın bakım verenin psikolojik iyilik hali üzerindeki etkisini araştıran bir çalışma yapmışlardır. Toplanan veriler, stres faktörleri içinde bakım veren aile bireyi üzerindeki en fazla etkinin demanslı bireyin depresif duygulanımı ile ilgili olduğunu göstermiştir. Bu durumda, araştırılan her iki konunun da bakım verenin depresyon bulgularını arttıran bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Hastanın davranış problemlerindeki artış ve bakım verenin depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi belirleyici etken ise sadece kaynakları değerlendirmedir. Hastanın hafıza ile ilgili sorunları ile bakım verenin psikolojik sağlığı arasında ise her iki alanın da anlamlı bir etkisi olmadığı görülmüştür.

1.6. Bakım Veren Yaşadığı Güçlükleri Azaltmaya Yönelik Yaklaşımlar

Demans sadece demans tanılı bireyi değil, aynı zamanda bu kişinin yakınları ve toplumun genelini bedensel sağlık, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden etkilemektedir. Küresel yaşlanmanın sonucu olarak bu sorunun ilerleyen yıllarda ülkemizde ve tüm dünyada daha da yaygınlaşacağı öngörülmektedir (TÜİK, 2020: 1). Bu gerçeklikte, demansı önleyici, tanı ve tedaviyi kolaylaştırıcı, hasta ve yakınlarının bedensel ve psikolojik sağlığını koruyucu önlemlerin alınması önemlidir. Aynı zamanda, bakım verme rolü ile ilgili depresyon ya da anksiyete gibi psikiyatrik bulgular geliştirmiş ya da geliştirme riski yüksek aile fertleri için ihtiyaca yönelik, eğitim, terapötik, medikal, maddi, hukukî ve diğer destek hizmetlerinin oluşturulması, yaygınlaştırılması ve bunların kolay ulaşılabilir olması bir gerekliliktir. Aile

ve Sosyal Politikalar Bakanlığının yayımlamış olduğu demans bakım modelinde, ülkemizde bu tür hizmetlerin yaygınlaştırılmasının önemli olduğu, bu konuda kamu ve özel kuruluşların adımlar attığı, ancak bu tür hizmetlerin henüz yeterli kapasitede olmadığı bildirilmiştir (Özbabalık ve Hussein, 2017: 29).

Tekin, Dişçigil ve Altunbaş'ın (2011: 38) çalışması, toplum genelinde demansla ilgili bilginin yetersiz olduğu, toplumsal farkındalığın arttırılmasına yönelik sosyal etkinliklerin ve halk eğitimlerinin sivil toplum kuruluşları tarafından sürdürülmeye çalışıldığı görüşünü ortaya koymuştur. Çalışmada, katılımcıların bu alanla ilgili bilgiyi genellikle hekimlerden ve yazılı kaynaklardan edinmeyi tercih ettikleri ve yazılı medyadan faydalandıkları bildirilmiştir. Yazarlar, bu alanda farkındalığı arttırmak için daha yaygın halk eğitim toplantıları düzenlenmesini ve özellikle hekimler tarafından yazılmış bilgilerin medyada daha sık yer almasını önermişlerdir. Çalışmada ayrıca, aile hekimlerinin daha kolay ulaşılabilir olmaları ve hastaları uzun süre takip edebilecekleri bir konumda olmalarının demansla mücadelede özellikle önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu nedenle, halkın bilgilendirilmesi, risk unsurlarının azaltılması, erken tanı ve tedavi için aile hekimlerinin geriatri, nöroloji ve psikiyatri gibi alanda çalışan diğer uzmanlarla işbirliğinin arttırılmasının önemi vurgulanmıştır. Resciniti ve arkadaşları (2020: 397), hemşireler ve hekimler gibi alanda çalışan kişilere yönelik eğitim programlarının, hasta ve hasta yakınlarına yaklaşım, iletişim becerileri, gerçekleştirilen görevle ilgili özgüven ve bakım becerisine etkili olduğunu bildirmişlerdir.

Yener ve Emek (2012: 36), demanslı bireylerin ilk başvurdukları kişilerin aile hekimleri olduğunu, nörolog ve psikiyatristlere başvurma oranlarının %39 olduğunu bildirmiştir. ATD'de bulguların ilk 3-4 senede bellekte, vizyospasyal becerilerde, hesaplama, zaman oryantasyonunda hafif bozukluklarla ortaya çıktığı erken evrede saptanmasının güç olduğunu bildiren yazarlar, aile hekimlerinin göz önünde bulundurması gereken unsurları açıklamışlardır. Söz konusu unsurlar arasında ileri yaş, düşük eğitim seviyesi, kadın cinsiyeti, ailede ATD öyküsü gibi risk faktörleri, eşlik eden diğer sağlık sorunları, görme ve işitmede bozulma, aile hekimine ziyaretlerin artması, hızlı kilo kaybı, yürüyüş bozuklukları, güç kaybı, psikomotor hızda azalma, normalde katıldığı etkinliklerden uzaklaşma sayılmıştır. Yazarlar ayrıca, aile hekimlerinin hasta yakınlarından hastanın

işlevsellik düzeyi ve davranış değişiklikleri konusunda bilgi almalarının ve uygulanacak basit testlerle hastanın işlevselliğinin sorgulanmasının önemini vurgulamışlardır.

DSÖ, 2017 yılında gerçekleştirdiği sağlık oturumunda 2025 yılını hedefleyen bir küresel eylem planı oluşturmuştur. Bu planın hedefleri arasında demans, demans riskini azaltma, bu hastalıkla mücadele eden kişiler ve aileleri için eğitici ve destekleyici hizmetlerin oluşturulması, sağlık ve sosyal hizmet alanında çalışan profesyonellerin eğitilmesi, araştırmaların desteklenmesi ve bunlara ağırlık verilmesi, yeni teknolojilerden yararlanmanın sağlanması ve sunulan hizmetlerin yakından denetlenerek ihtiyaçları karşılayacak şekilde geliştirilmesi ve iyileştirilmesi vardır (DSÖ, 2017: 8).

Ülkemizde, 1997’de kurulmuş olan ve kar amacı gütmeyen bir sivil toplum kuruluşu olan Türkiye Alzheimer Derneği (TAD), nöropsikiyatri alanında çalışan uzmanların katılımına yönelik kongre, eğitim programları, toplumu demans ve ilgili konularda bilgilendiren makalelerin sunulduğu internet sayfası, halka açık bilgilendirme toplantıları, yatağa bağımlı hastaların ihtiyaçlarının karşılanması için evde bakım hizmetlerinin düzenlenmesi, Darülaceze ve belediyelerle işbirliği içinde gerçekleştirilen yaşlı ve Alzheimer hasta bakımı personel eğitimleri gibi çok sayıda hizmet sunmaktadır. Dernek, ülke çapında 14 merkeze ek olarak dört gündüz bakım evi ve iki bakım evi işletmektedir (TAD, 2020 :1).

1.6.1. Demans Bakımında Bilgilendirme

DSÖ’nün küresel eylem planında, genel toplumda demans konusunda farkındalığın artırılmasına yönelik çabaların önemi vurgulanmıştır. Bu konudaki bilgi eksikliğinin korkuya, damgalamaya ve ayrımcılığa neden olduğu bildirilmiştir. Toplumun daha yaşlı ve demans dostu bir hale evrilebilmesini sağlayabilmek için, kamu ve özel sektörle işbirliği içinde seferberlikler düzenlenmesinin önemine değinilmiştir. Medya ve yerel yönetimler aracılığıyla halkın bilgilendirilmesi önerilmiştir. Bu tür uygulamalarla demansı önlemenin, erken evrelerde fark edilmesini sağlamanın, hastaların daha az izole olmasının ve bağımsızlıklarını daha uzun sürdürebilmelerinin, bakım verenlerin ihtiyaç duydukları destekleyici hizmetlere ulaşmalarının kolaylaştırılması hedeflenmiştir (DSÖ, 2017: 14).

Toplumda, bunamanın yaşlılıkla oluşan, doğal ve kaçınılmaz bir durum olduğuna dair yanlış bir genel kanı vardır. Bu nedenle, yaşlılar ve yaşlı yakınları, fark ettikleri

unutkanlıklar, kafa karışıklıkları ya da diğer bulguları normal kabul etmekte ve hastalığı yavaşlatıcı tedavilere ve önlemlere başvurmayı sıklıkla geciktirmekte ya da ihmal etmektedir. Bilimsel veriler, yaşlanmanın demansiyel bozukluk riskini arttırdığını, ancak hayat tarzı ile ilgili seçimlerin bu riski arttırabileceğini ya da azaltabileceğini göstermektedir. Kontrol edilebilir risk faktörleri arasında sedanter yaşam, obezite, dengesiz beslenme, tütün kullanımı, alkolün kötüye kullanımı, diyabet, sosyal izolasyon, düşük eğitim düzeyi, zihinsel egzersizlere zaman ayırmama ve özellikle orta yaşta başlayan hipertansiyon ve depresyon sayılabilir. Dengeli beslenme, bedensel ve zihinsel egzersiz, daha aktif ve sosyal olmak, eğitim ve öğrenimi sürdürmek, tütün ve alkol kullanımından uzaklaşmak gibi yaşam tarzı değişiklikleri demans riskini azaltmaktadır. Bu nedenle, toplumun bu konuda bilgilendirilmesi ve teşvik edilmesi hastalığı önlemede önem taşımaktadır (DSÖ, 2017: 18).

Ülkemizde Türkiye Alzheimer Derneği, İstanbul'da ayda dört kere halka açık bilgilendirme toplantıları düzenlemektedir. Bu toplantılarda Alzheimer ve diğer demansiyel bozuklukların nedeni ve tedavileri konusunda bilgi verilmektedir. Ayrıca, bakım sürecinde oluşan beslenme, davranışsal sorunlar, güvenlik, eşlik eden sağlık sorunları gibi konuların çözümüne yönelik bilgiler paylaşılmaktadır. Demanslı bireylerle evde yapılabilecek aktiviteler, moral ve motivasyonun korunması gibi konulara da değinilmektedir. Derneğin internet sitesinde demans ve ilgili konular hakkında makaleler yayımlanmaktadır. Bunlara ek olarak, hasta yakınları ve uzman psikologları buluşturan sohbet ve danışma toplantıları düzenlenmektedir (TAD, 2020: 1).

DSÖ'nün küresel eylem planında, demansla mücadelede yeni teknolojilerin kullanılmasının önemi vurgulanmıştır (DSÖ, 2017: 8). Jeong, Kim ve Chon'un (2018: 11) Güney Kore'de bakım verenlerin demansla başa çıkma ile ilgili internet kullanımının bağlamını sorguladıkları araştırmaya göre, duygusal ve fiziksel alanda başa çıkmak için bilgi arama davranışının, bilgi paylaşma davranışına kıyasla daha çok kullanıldığı ortaya çıkmıştır. Ayrıca, bilgi arama daha çok problem odaklı başa çıkma stratejileriyle, bilgi paylaşma ise emosyonel başa çıkma stratejileriyle ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte, bilgi arama davranışının daha çok demans hastası ile ilgili sorunlarla başa çıkma amacıyla kullanıldığı görülmüştür. Bilgi paylaşma davranışı ise, bakım verenlerin bu teknolojiyi ağırlıklı olarak kendi psikolojik güçlükleriyle ilgili sosyal destek arayışını içermektedir. Araştırma, özellikle

bilgi arama yoluyla kullanılan problem odaklı stratejilerin, bakım verme sürecinde hastalıkla ilgili yaşanan güçlüklerle baş etmede faydalı olduğunu göstermiştir. Bunlara ek olarak, çalışmada bakım verenlerin demans tanısının erken dönemlerinde internet kullanımına yönelik davranışlarının daha yüksek olduğu ve ilerleyen evdelerde bu davranışta azalma saptandığı; 45 yaş ve altı bakım verenlerin bu teknolojiyi kullanma eğilimlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

1.6.2. Demans Tanılı Bireye Yönelik Yaklaşımlar

Alanda yapılmış olan çok sayıdaki çalışmaya göre, demansla ilgili unsurlardan BVY'nin ve bakım verenlerdeki diğer psikiyatrik sıkıntıların oluşmasında en büyük etken hastanın nöropsikiyatrik bulgularıdır (Baharudin v.d.,2019: 9; Conde-Sala v.d.,2013:91; Romero-Moreno v.d., 2012: 1321; Işık v.d., 2018: 1329; Koca v.d., 2017: 5; Liu v.d., 2017: 6; Lou v.d., 2015: 2672; Özel-Kızıl v.d., 2014: 258; Torrisi v.d., 2016: 105; Cheng, 2017: 4). Farmakoterapi, hastanın davranışsal sorunlarının azaltılmasında kullanılan yöntemlerden biridir (Özer, 2010: 34).

Cheng, Lam ve Kwok'un (2013: 1034) çalışması, AHD'de oluşan davranış, duygulanım ve psikoz sorunlarının BVY'ye, ajite ve saldırgan davranışların ise hasta yakınlarının bildirdiği depresif bulgulara olumsuz yönde etki ettiğini ortaya koymuştur. Çalışmacılar, hastada görülen nöropsikiyatrik bulguların farmakolojik ve farmakolojik olmayan yöntemlerle kontrol altına alınmasının, aile üyelerinin deneyimlediği stresi azaltmada faydalı olacağını bildirmişlerdir. Buna ek olarak araştırmacılar, davranışsal sorunların genelde duygulanım ve psikoz bulgularının bir sonucu olarak ortaya çıktığını, bu nedenle bu bulguları ortadan kaldıracak ilaç tedavisinin aynı zamanda davranış problemlerini de gidereceğini savunmuşlardır.

Gündüz bakım evleri, demanslı bireyleri bilişsel, psikolojik ve sosyal olarak desteklemeyi, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili işlevselliklerini korumayı ve geliştirmeyi hedefleyen aktivilerin sunulduğu merkezlerdir. TAD'ın Alzheimer hastaları için oluşturduğu gündüz bakım evlerinde, gündelik yaşamla ilgili yemek yapma, gazete okuma, dans, bulmaca ve kutu oyunları gibi aktiviteler yer almaktadır. Ayrıca bilişsel becerilerin korunmasını hedefleyen lego, hafıza kartları, kelime türetme, hikaye anlatma, psikomotor becerilerle ilgili

boncuk dizme, boyama, düğme dikme gibi etkinlikler sunulmaktadır. Güç, denge, koordinasyon ve solunum egzersileri ile bowling, basketbol, yürüyüş gibi spor faaliyetleri; ebru, drama, ahşap boyama gibi sanatsal aktiviteler ile nefes, ritim ve koro çalışmaları gibi müziksel etkinlikler, yakın çevrede geziler ve özel gün kutlamaları da gündüz bakım evlerinde gerçekleştirilen çalışmalardır. Tüm bu etkinlikler, hastanın iyilik halini korumasına ve evde demansla ilgili daha az sorunla karşılaşılmasına katkıda bulunmakla birlikte, bakım verenlerin kendilerine zaman ayırabilmelerine ve kendilerine iyi gelen uğraşlara katılabilmelerine fırsat vermektedir (TAD, 2020: 1).

Serda i Ferrer ve del Valle'nin (2014: 192) hafif ve orta seviyede ATD tanılı hastalarla 12 ay boyunca haftada iki defa olmak üzere yapmış oldukları aerobik fiziksel direnç ve denge egzersizlerini içeren rehabilitasyon çalışmasının sonuçları, bilişsel yönden bir fayda sağlamamış olsa da, özellikle bedensel zindeliğin korunması ve iyileşmesinde belirgin düzeyde etkili bulunmuştur. Bununla birlikte, hem bedensel zindelik hem de sosyalleşmeyle ilgili olarak bu rehabilitasyon çalışmalarının hastaların genel yaşam kalitesini arttırdığı da ortaya çıkmıştır.

1.6.3. Bakım Verenlere Yönelik Yaklaşımlar

Joling ve arkadaşlarına (2012b: 7) göre, demansiyel bozukluğu olan kişilere bakan eşlerin, diğer kronik hastalıklarla karşılaştırıldığında dört kat daha yüksek depresyon riski vardır. Yazarlar, demans tanılı yakınlarına bakan aile üyelerinin yaklaşık yarısının bir sene içerisinde depresyon tanısı aldığını bildirmişlerdir. Bakım verenlerde klinik düzeyde depresyon ve anksiyete geliştiğinde, tedavisi zor ya da imkansız olabilir. Bu nedenle bu çalışmada, psikiyatrik bulgular oluşmadan önce önlemeye yönelik adımlar atılmasının önemi vurgulanmıştır. Ayrıca, kişinin ihtiyacına yönelik çoklu stres alanlarını kapsayan ve daha sık ve yoğun uygulanan psikoeğitim ve psikoterapi seanslarının daha etkili olduğunu belirtmişlerdir. Tülek ve arkadaşları (2020: 8), sağlık çalışanlarının, sadece demanslı bireylerin değil, onların bakımı ile ilgilenen kişilerin ihtiyaçları konusundaki farkındalıklarının da çok önemli olduğunu vurgulamıştır. Yazarlar, bakım verenlerin ileri yaşta ve kadın cinsiyetinde olmasının, hasta ile aynı evde yaşamanın, hastanın bilişsel işlevselliğinin azalmasının ve çoklu ilaç kullanımı olmasının BVY açısından önemli risk

unsurları olduğunu bildirmişlerdir. Hasta bakımında dışarıdan destek almanın, hasta sorumluluğunun kısa süreli bile olsa başkaları tarafından karşılanmasının önemli olduğunun da altını çizmişlerdir.

Demanslı hastanın bakım sorumluluğunu üstlenmiş olan kişilerin BVY'sini azaltmak ve yaşam kalitesini arttırmak için çok yönlü müdahalelerin kişinin ihtiyaçlarına uygun olarak devreye sokulması önerilmektedir. Bunların içinde depresyon, anksiyete ve uyku sorunları gibi bulgular için farmakoterapi, bireysel ya da grup şeklinde psikoterapi, psikoeğitim ve destek grupları sayılabilir. Ayrıca gündüz bakım evleri, demanslı bireyin sosyalleşmesine, farklı uğraşlarla ilgilenmesine ve psikolojik olarak daha iyi hissetmesine ek olarak, bakım verenlere de kendilerine ayıracak zaman bulma konusunda faydalı bir öneri olarak sunulmuştur (Özer, 2010: 34).

Türkiye'de 44 ATD yakını ile yapılan bir çalışmada (Yılmaz, Turan ve Gündoğar, 2009: 16), klinisyenlerin demanslı bireyin aile fertlerinde tükenmişliğin neden ve sonuçları ile ilgili farkındalıklarını arttırmak amaçlanmıştır. Çalışmaya katılan bakım verenlerin çoğunluğu hastanın kız evladı ya da eşi olan kadınlar olarak belirlenmiş, yaş ortalaması ise 50 olarak hesaplanmıştır. Tükenmişlik puanları incelendiğinde, bakım verenin cinsiyetinin önemli bir rol oynamadığı görülmüştür. Ortaya çıkan sonuçlar, hastanın işlevsellik düzeyinin azalmasının ve bakım verenin kaygısında ve kaderci yaklaşımındaki artışın, bakım verendeki tükenmişlik bulgularını arttırdığını göstermektedir. Kadercilik kavramı, problemleri kötü şansla ilişkilendirme ve içinde bulunulan olumsuz şartları değiştirme konusunda herhangi bir etkiye sahip olunmadığına inanma olarak açıklanmıştır ve psikoterapide ele alınabilecek bir başa çıkma stratejisi olarak belirlenmiştir. Bakım verenin düşük eğitim seviyesi ile kaderci yaklaşımın birlikteliğinin tükenmişlik bulgularını özellikle arttırdığı görülmüştür. Ayrıca çalışmada, bakım verenin depresyon düzeyi ile tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Elde edilen sonuçlardan bir diğeri, hastanın depresyon bulgularının artması ile bakım verenin depersonalizasyon düzeyinin yükselmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuş olmasıdır, ancak bu iki unsurdan hangisinin diğerini etkilediğinin bilinmediği ifade edilmiştir. Çalışmaya göre, bakım verenin tükenmişlik düzeyinin yükselmesi, ailenin hastayı bir huzurevine yerleştirme eğilimini arttırmaktadır.

Alanda yapılmış olan çalışmalar, psikoeğitim gruplarının ve diğer yaklaşımların, bakım verme rolündeki olumlu yönleri odaklanmada ve bu rolde anlam ve amaç bulma becerisini geliştirmede faydalı olduğunu bildirmektedir. Bu çalışmalara göre, bakım vermenin olumlu yönlerini fark etmek, bakım verenlerde depresyon ve BVY bulgularını azaltmakta, yaşam kalitesini, yaşam memnuniyetini ve özyeterlilik algısını arttırmaktadır. Bakım verme rolünde anlam ve amaç bulma becerisinin artması ise algılanan stresin azalmasına, zorluklara adapte olma ve çözüm bulma becerisinin gelişmesine katkı sağlamaktadır. Ayrıca söz konusu becerisi yüksek olan bakım verenler stresli durumlar karşısında fizyolojik ve emosyonel tepkilerini düzenlemede, kendilerine iyi gelen etkinliklere daha fazla zaman ayırmada, kendi sağlıklarını korumada daha başarılı olmaktadır. Bu durum aynı zamanda, demanslı bireyin nöropsikolojik bulgularının daha az ortaya çıkmasına, kurumlarda bakılma ihtimalinin de azalmasına katkıda bulunmaktadır (Quinn ve Toms, 2019: 584; Polenick, v.d., 2019: 424).

Frias ve arkadaşları (2020: 787), psikoeğitim çalışmalarının bakım verenin deneyimlediği güçlükler üzerinde etkisini araştırdıkları bir literatür taraması çalışması yapmıştır. Bu çalışmaya göre psikoeğitim programlarının, bakım verenlerin hastalıkla ilgili bilgi edinmeleri, problem çözme becerileri kazanmaları ve ihtiyaç duydukları sosyal desteğe ulaşmaları konusunda belirgin düzeyde faydalı olduğunu göstermiştir. İncelenen çalışmalar arasında, yeni teknolojiler kullanılarak sunulan psikoeğitim hizmetlerinin algılanan BVY'yi, grup çalışmalarının ise aile üyelerinde anksiyete, depresyon ve uykusuzluk gibi sorunları azalttığı ortaya çıkmıştır. Grup çalışmalarının, bakım verenlerde yaşam kalitesinin artmasına ve özyeterlilik algılarının gelişmesine katkı sunduğu da bildirilmiştir. Son yıllarda hastalığı tanımaya, bu sorumlulukla başa çıkmanın işlevsel yolunu öğrenmeye, sosyal desteğe ulaşmaya, bakım verenlerin kendi sağlık ve iyilik hallerinin önemini anlamaya yönelik internet üzerinden sunulan programlar hazırlanmaktadır. Kolaylıkla ulaşılabilir olan bu programlar sayesinde, bakım verenlerin bu rolle ilgili ihtiyaçlarının daha kolay karşılanacağı düşünülmektedir (Poole, Davis ve Robinson, 2020: 171; Griffiths, v.d., 2018: 269).

Cheng, Fung, Chan ve Lam (2016: 740), erken ve orta evre ATD yakınları ile yaptıkları çalışmada, bilgilendirme ve psikoeğitim programlarıyla amaç bulmaya yönelik yaklaşımın yararlarını araştırmışlardır. Çalışmanın sonucuna göre, amaç bulma çalışmaları

ve bilgilendirme programları karşılaştırıldığında amaç bulma; bakım verenlerin depresyon düzeyi, algıladıkları BVY, rol karmaşası ve genel iyilik halleri üzerinde belirgin düzeyde daha etkilidir. Psikoeğitim programları ile karşılaştırıldığında ise amaç bulma yaklaşımının, depresyon bulguları ve BVY'ye etkisinin belirgin düzeyde daha fazla olduğu görülmüştür.

Gilhooley ve arkadaşlarının (2016: 6) meta analitik çalışması, bakım verenlerin psikolojik sağlıklarını, tercih ettikleri başa çıkma stratejileri ile ilişkilendirmiştir. Problem odaklı, kabullenmeye dayanan, sosyal-emosyonel destek arayışı içeren stratejilerin depresyon ve diğer sorunları azalttığını; reddetme ve kaçınma gibi stratejilerin ise arttırdığını bildirmişlerdir. Yazarlar, destek grupları gibi psiko-eğitimsel ve psikososyal çalışmalarda, işlevsel ve işlevsel olmayan stratejilere odaklanılmasının faydalı sonuçlar doğurduğunu vurgulamışlardır.

Romero-Moreno ve arkadaşları (2012: 1841) da, bakım verenlerle psikoterapide, başa çıkma stratejilerinin ele alınmasının faydalı olduğunu bildirmişlerdir. Yazarlar, bakım verenlerin kendi duygu ve düşüncelerini fark etmekten kaçınma ve ruminasyon eğiliminin anksiyete bulgularını arttırdığını bildirmiştir. Terapide bu stratejileri gözden geçirip değiştirmenin faydalı olacağı önerilmiştir. Ayrıca, bakım verenlerin kendileri için önemli olan ve zevk aldıkları aktivitelere teşvik edilmesinin, bu davranışları arttırmalarının öğretilmesinin hem anksiyete hem de depresyon bulgularını azaltmada faydalı olduğu açıklanmıştır. Araştırmacılar, bakım verenlerle çalışırken kabul ve adanmışlık terapisinin (KAT) kullanılmasını önermişlerdir.

Losada ve arkadaşları (2015: 765), demanslı yakınlarına bakan aile fertlerinin depresyon bulguları üzerinde bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve KAT'ın faydalarını araştırdıkları bir klinik çalışma yapmışlardır. 94 bakım verenle tamamlanan bu çalışmada, BDT ve KAT prensipleri ve teknikleri konularında eğitilmiş altı klinik psikolog, randomize bir şekilde gruplara ayrılan bakım verenlerle haftada bir olmak üzere sekiz kez görüşmüştür. Her bir seans yaklaşık 90 dakika sürmüştür. Kontrol grubunda katılımcılarla bir defa buluşulmuştur. Bu buluşma iki saat sürmüştür ve demansla ilgili 2 saatlik bir psikoeğitim toplantısı şeklinde gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, bu gruptaki aile fertlerine demans hakkında eğitici bir kitapçık verilmiştir. BDT seanslarında, daha işlevsel başa çıkma yöntemleri geliştirebilmeleri amacıyla aile fertlerinin işlevsel olmayan inançlarını fark etmelerini,

gözden geçirmelerini ve değiştirmelerini hedefleyen bilişsel yeniden yapılandırma çalışması yapılmıştır. Ayrıca, katılımcıların yardım isteme becerileri üzerinde çalışılmış, rahatlama egzersizleri öğretilmiştir. Bakım verenler, yaşamlarındaki hoş giden faaliyetleri artırma yönünde teşvik edilmiştir. KAT seanslarında ise katılımcılarla, kendilerine stres yaratan durumları ve bu durumların kendi iç dünyalarında yarattığı sonuçları fark etmeye ve kabullenmeye yönelik çalışılmıştır. Akabinde, çalışmacıların anlamlı ve kendi değer yargıları ile uyumlu çözümler bulması ve bu konularda adımlar atması desteklenmiştir. Çalışma sonlandığında yapılan değerlendirmede, her iki yaklaşımın da bakım verenlerin depresyon ve anksiyete bulguları üzerinde kontrol grubuna kıyasla daha belirgin bir olumlu etkisi olduğu görülmüştür. Çalışma sonrası ilk değerlendirmeye göre, BDT'nin depresyon bulguları üzerinde daha olumlu bir etkisi gözlemlenirken, anksiyete bulguları açısından KAT daha belirgin bir düzelme sağlamıştır. Katılımcıların depresyon ve anksiyete bulguları 6 ay sonra tekrar değerlendirildiğinde, BDT grubundakilerin iyilik hallerini sürdürdüğü, KAT grubundakilerin terapiden edindikleri faydanın ise zamanla azaldığı ortaya çıkmıştır.

Arango-Lasprilla ve arkadaşları (2014: 548), Kolombiya'da BDT grup terapilerinin demanslı bireylere bakan yakınlarına faydasını ölçtükleri bir çalışma yapmışlardır. Çalışmaya katılan 69 kişi randomize bir şekilde BDT ve psikoeğitim kontrol gruplarına ayrılmıştır. Her iki program da sekiz hafta sürmüştür. Çalışmanın sonunda BDT grubunun, kontrol grubuna kıyasla, yaşam memnuniyeti, depresyon ve BVT açısından belirgin düzeyde daha olumlu etkilendiği ortaya çıkmıştır. Çalışmanın sonlanmasından üç ay sonra yapılan değerlendirme, BDT'den elde edilen kazanımlarının devam ettiğini göstermiştir.

Cheng ve arkadaşları (2019: 7), yakın dönemde demans bakım verenleri ile yapılan kanıta dayalı terapi çalışmalarını incelemiştir. Yazarlara göre, bu grupla çalışırken en yaygın kullanılan yaklaşım BDT olmuştur. BDT temeli üzerine kurulmuş olan anlam bulma ve farklı şekilde düşünmeye yönelik diğer yaklaşımların ve KAT'ın da faydalı yöntemler olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, BDT tekniklerinin psikoeğitim programlarıyla harmanlanmasının yaygınlaştığı ve bu tür programların telefon ve internet teknolojileri kullanılarak da gerçekleştirilebildiği bildirilmiştir. Yazarlar, bu yeni çalışma şeklinin daha ucuz ve ulaşılabilir olması nedeniyle daha fazla araştırılmasını aynı zamanda geliştirilmesini önermişlerdir.

Smagula ve arkadaşlarının (2019: 6) çalışmasına göre, akşamları daha geç yatmayı, sabahları daha geç uyanmayı ve uyandıktan sonra daha uzun süre yatakta kalmayı tercih eden demanslı hastaların bakımından sorumlu aile üyelerinin, erkenci ve sabah daha aktif olan hasta yakınlarına kıyasla depresif bulgular geliştirme ve yaşam kalitelerinde bozulma riskleri daha fazladır. Araştırmacılara göre, uyku saatlerinde yapılabilecek değişiklikler, hasta yakınlarının depresif bulgularının azalması ya da majör depresyon geliştirmemeleri için üzerinde çalışılabilecek bir konudur. Bu nedenle, bu çalışmada BDT teknikleri kullanılarak, sabah saatlerinde daha aktif, olumlu ve ödüllendirici davranışların sıklığını arttırmak depresyonu engelleyici veya azaltıcı bir çözüm önerisi olarak sunulmuştur.

BÖLÜM 2: MATERYAL VE YÖNTEM

Bu bölümde, çalışmada kullanılan yöntem hakkında bilgi verilecektir. Bu amaçla, çalışmanın modeli, katılımcılar, veri toplama araçları ve verilerin istatistiksel analizi konusunda açıklamalara yer verilecektir.

2.1. Araştırma Modeli

Bu çalışma, demans tanısıyla takip edilen hastaların bakımını üstlenmiş olan aile bireylerinin, algıladıkları bakım veren yükü ile ilgili depresyon ve anksiyete düzeylerinin, bakım verenlerin kişilik özellikleri ile anlamlı bir ilişkisi olup olmadığını belirlemek üzere tasarlanmıştır. Bu bağlamda, hasta ve hasta yakınlarının demografik bilgileri, hastaların günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili işlevsellik düzeyleri, bakım verenlerin algıladıkları bakım yükü, depresyon ve anksiyete bulguları, bakım verenlerin kişilik özellikleri arasındaki ilişki incelenmiştir.

2.2. Katılımcılar

Bu çalışmaya verilen ölçekleri doldurarak katkıda bulunan katılımcılar, Bodrum Amerikan Hastanesi'nde Nöroloji polikliniğine başvurmuş ve demans tanısı almış olan hastaların onlara bakmakla sorumlu olan aile üyeleridir. Hastalar, Mini Mental Test ve/veya Nöropsikolojik Test Bataryası, Geriyatrik Depresyon Ölçeği, EEG ve Kranial MR tetkikleri ile tanı almış olan orta ve ileri evre demans hastalarıdır.

G-power istatistik yazılımı (versiyon 3.1.9.7) kullanılarak minimum örneklem büyüklüğü belirlenmiştir. Kişilik ölçeği skorları ile depresyon, anksiyete ve bakım veren yükü ölçek skorları arasında orta düzeyde ($r = 0.40$) doğrusal bir korelasyon varlığının 2-uçlu test yöntemiyle %5 anlamlılık düzeyinde (alfa hatası = 0.05) ve %90 istatistiksel güçle (beta hatası = 0.90) test edilmesi için çalışmaya dahil edilmesi gereken minimum katılımcı sayısı 62 ($n=62$) olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların başlangıçta gönüllü onam vermelerine rağmen, çalışmaya katılmaktan vaz geçmeleri, değerlendirme ölçeklerini gördükten sonra uygulamak istememeleri ya da ölçek sorularını eksik yanıtlama olasılıkları dikkate alınarak, hesaplanmış olan örneklem büyüklüğünden %20 daha fazla katılımcı dahil edilmesine karar verilmiştir. Bu nedenle örneklem büyüklüğü 75 ($n=75$) katılımcı olarak belirlenmiştir. Etik

kurulu onayından sonra kriterlere uygun hastaların yakınlarına gönüllülük esasına uygun bir şekilde hazırlanmış olan ölçekler verilmiştir. Toplamda 101 hasta yakınına ölçekler verilmiştir, bunlarda 75 tanesi soruları tamamlamıştır. 75 sayısına ulaşıldığında ölçek dağıtımı sonlandırılmıştır. Katılımcılardan 4'ü, 5 ya da daha fazla soruyu eksik bıraktıkları için araştırmadan çıkarılmışlardır. Bu şekilde, toplamda 71 hasta yakını araştırmaya dahil edilmiştir.

Katılımcıların, demans tanısı ile talip edilen hastaların evlilik ya da kan bağı ile yakınlıklarının olması kararlaştırılmıştır. Hastaların bakımını üstlenen bireylerin sorumluluklarının içeriği, süresi ve diğer unsurlar yoğun bir şekilde mevcut olsa bile; profesyonel bakıcı, arkadaş, komşu gibi ilişkilerde olanlar çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya dahil olan katılımcıların, hastanın eşi, çocuğu, kardeşi ya da torun, gelin, damat gibi diğer ailevi bağlarının olmasına dikkat edilmiştir. Bu sorumluluğu üstlenen hasta yakınları çok gençten çok yaşlıya kadar geniş bir yelpazeyi kapsadığı için yaş aralığının 18-85 olmasına karar verilmiştir. Çalışmaya katılan kişilerde, kadın ya da erkek cinsiyeti dışlanmamıştır.

2.3. Veri Toplama Araçları

Katılımcılara verilen anket içerisinde “Bilgilendirilmiş Onam Formu”, araştırmacı tarafından hazırlanmış olan “Demografik Bilgiler Formu”, “Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği”, “Zarit Bakım Yüğü Ölçeği”, “HADS – Hastane Aksiyete ve Depresyon Ölçeği” ve “PBQ – SF - Kişilik İnancı Ölçeği Kısa Formu” yer almıştır. Sorular dileyen katılımcılara Google Forms programı kullanılarak dijital olarak iletilmiştir. Bu teknolojiye erişimi olmayan ya da kullanmayı tercih etmeyen hasta yakınları için onam formu ve ölçekler kağıda basılı olarak verilmiştir. Kağıt üzerinde doldurulan ölçekler Bodrum Amerikan Hastanesi’nde Nöroloji polikliniğinde kilitli bir dolapta anonim olarak biriktirilmiş ve yeterli sayıya ulaşıldığında araştırmacı tarafından Google Forms programına girilmiştir.

2.3.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Çalışmanın ismi, kısaca neyi araştırdığı, kim tarafından ve kimin danışmanlığında yürütüldüğü konusundaki bilgileri içeren onam formu EK-1’de sunulmuştur. Bu formda,

katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı, yanıtların kesinlikle gizli tutulacağı, sadece bu araştırma kapsamında kullanılacağı ve anketi yanıtlamanın yaklaşık 15-20 dakika süreceği bilgisi verilmiştir.

2.3.2. Demografik Bilgiler Formu

Çalışmacı tarafından hazırlanmış olan form (EK-2), demans tanısıyla takip edilen birey, ona bakma sorumluluğunu üstlenmiş olan yakını ve bakım süreci ile ilgili 13 soruyu içermektedir. Katılımcı ile ilgili sorular, cinsiyeti, yaşı, eğitim düzeyi ve hastaya yakınlığı ile ilgilidir. Bakmakla yükümlü olduğu hasta ile ilgili sorular arasında, cinsiyet, yaş ve tam tanı bulunmaktadır. Bakım süreci ile ilgili sorular ise, katılımcının hastaya ne kadar süredir baktığı, bu sorumluluğu başka birisiyle paylaşıp paylaşmadığı, hastayla aynı evde yaşayıp yaşamadığı, haftada ortalama kaç saatini hastanın bakımı ile geçirdiği, bakım masraflarının kim tarafından karşılandığı, ve demans ya da demaslı hastaların bakımı ile ilgili herhangi bir bilgilendirme ya da eğitim alıp almadığı ile ilgilidir.

2.3.3. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Ölçek, yaşlı hastaların gündelik hayat aktiviteleri ile ilgili bağımlılık durumlarını objektif bir şekilde ölçebilmek amacı ile Katz ve arkadaşları (1963 :914) tarafından geliştirilmiştir. Katz, Downs, Cash ve Grotz (1970: 20)'un çalışmasıyla son halini almıştır. Pehlivanoğlu ve arkadaşları (2018: 219) tarafından Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (EK-3). Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında, Cornbach Alpha katsayısı 0.739 (%73.9) olarak bulunmuş ve ülkemizde kullanılması uygun görülmüştür. Ölçek, yaşlılarla ilgilenen sağlık çalışanları tarafından, hastaların durumunu hızlı, pratik ve güvenilir bir şekilde değerlendirme imkanı sunduğu için yaygın bir şekilde kullanılmaktadır.

Ölçek, kendi başına banyo yapabilme, giyinme, tuvaleti kullanabilme, bir yerden bir yere yardımsız gidebilme, mesane ve bağırsak kontinansı, kendi başına yemeğini yiyebilme konularını değerlendiren 6 alandan oluşmaktadır. Her bir alan için hastanın durumunda bağımsızlık söz konusu olduğunda (1) puan, bağımlılıkta ise (0) puan verilmektedir. Bu

şekilde 6 puan hastanın tam bağımsızlığına, 0 puan ise tam bağımlılığına işaret etmektedir (EK-3).

2.3.4. ZBYÖ - Zarit Bakım Yüğü Ölçeğı

Ölçek; Zarit, Reeve ve Bach-Peterson (1980: 649) tarafından, yaşlı ve bakıma muhtaç kişilerin bakımı ile ilgilenen bireylerin, bu rolün sonucu olarak algıladıkları öznel ve nesnel stresi değerlendirmek amacı ile geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye ilk uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, İnci ve Erdem (2008: 85) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin bu tez araştırmasında kullanılan versiyonunun geçelik ve güvenilirlik çalışması ise; Özlü, Yıldız ve Aker (2009: 38) tarafından tamamlanmıştır. Bu versiyona göre ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cornbach Alpha katsayısı 0.83 (%83) olarak bulunmuştur. Ülkemizde kullanılmasının, geçerlik ve güvenilirlik açısından uygun olduğuna karar verilmiştir. Orjinal formunda 22 ifadeden oluşan ölçeğin 1, 4 ve 16'ncı maddelerinin faktör yükü 0.50'in altında kaldığı için bu versiyonda bu ifadeler çıkartılmıştır.

Bu tezde kullanılan bu 19 madde, bakım verenin hasta bakımı ile ilgili nasıl hissettiğini yansıtan ifadelerden oluşmaktadır (EK-4). Bu maddeler, Likert tipine göre; Asla = 1, Nadiren = 2, Arasına = 3, Oldukça sık = 4, ve Neredeyse her zaman = 5 şeklinde değerlendirilmektedir. Alınan puanın yükselmesi bu sorumlulukla ilgili yaşanan sıkıntının yüksek olduğuna işaret etmektedir.

2.3.5. HADS - Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğı

HADS ölçeğı, Zigmond ve Snaith (1983: 361) tarafından bedensel hastalığı olan kişilerin, depresyon ve anksiyete bulgularını değerlendirme amacıyla geliştirilmiştir. Toplam 14 maddeden oluşan ölçekte, maddelerin 7 tanesi depresyon, 7 tanesi anksiyete belirtilerini araştırmak için tasarlanmıştır. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Aydemir ve arkadaşları (1997: 280) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmaya göre Cornbach Alpha katsayısı depresyon alt ölçeğı için 0.7784 (%77.84), anksiyete alt ölçeğı için ise 0.8525 (%85.25) olarak bulunmuştur.

Ölçekte, anksiyete ve depresyon bulgularını ortaya koyan 7'şer ifade dörtlü Likert ölçeğı şeklinde değerlendirilmiştir (EK- 6). Her madde için birbirinden farklı şekilde ifade

edilen yanıtlar, 0-3 puan arasında hesaplanmıştır. Buna göre hem anksiyete hem de depresyon alt ölçekleri için 0-7 puan arası normal, 8-10 puan arası sınırda güçlük, 11-21 puan arası belirgin güçlük olarak belirlenmiştir.

2.3.6. PBQ-SF – Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formu

PBQ-SF; Butler, Cohen ve Beck (2007: 357) tarafından geliştirilmiştir. Bilişsel davranışçı modele göre, her bir kişilik bozukluğunun kendine özel, işlevsel olmayan inançlarla değerlendirilebileceği savı üstüne kurulmuştur. Bu ölçek, Beck ve Beck'in 1991'de geliştirmiş oldukları 126 soruluk kişilik inanç ölçeği kısaltılarak ve 65 maddeye indirgenerek hazırlanmıştır. PBQ-SF'un Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Taymur ve arkadaşları (2011: 199) tarafından yapılmıştır. Testin bütününe Cornbach Alpha değeri 0.92 (%92) olarak bulunmuştur. Bu sonuç, ölçeğin inançlar değerlendirilerek kişiliğin belirlenmesinde güvenle kullanılabileceğini göstermiştir.

Ölçek, Likert tipine göre (4 = Tümüyle inanıyorum, 3 = Çok fazla inanıyorum, 2 = Orta derecede inanıyorum, 1 = Biraz inanıyorum, 0 = Hiç inanmıyorum) şeklinde değerlendirilen 65 ifadeden oluşmaktadır. Beş ifade birden fazla kişilik için kullanılmıştır. Bu şekilde 7'şer madde ile DSM-IV'te yer alan 10 kişilik bozukluğunun varlığı ve şiddeti ölçülmektedir. Her bir alt ölçeğe dair puanın yükselmesi, o alt ölçekte değerlendirilen kişilik özelliklerine ait inançların arttığına işaret etmektedir (EK-7).

2.3.7. İstatistiksel Analiz

Veriler IBM SPSS Statistic 26 paket programında analiz edilip, yorumlanmıştır. Demografik bulguların analizinde iki alt ölçeğe sahip verilerin analizinde bağımsız örneklem t-testi, ikiden fazla alt ölçeği olan verilerin analizinde ANOVA analizi yapılmıştır. ANOVA analizinde varyansların homojen dağıldığı verilerin analizinde TUKEY BSD ölçütü, varyansların homojen dağılmadığı verilerin analizinde Games-Howell ölçütü kullanılmıştır. Yapılan korelasyon analizinde Spearman ve Pearson ölçütleri kullanılarak $p=0.01$ ve $p=0.05$ anlam düzeyleri baz alınarak yorumlamalar yapılmıştır.

BÖLÜM 3: BULGULAR

Bu bölümde katılımcıların doldurduğu ölçeklerden elde edilen veriler incelenecektir. Demanslı bireyler ve onların bakım sorumluluğunu almış aile bireylerinin demografik özellikleri, bakım süreci ile ilgili veriler ve algılanan BVY ile anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilgili tanımlayıcı istatistiksel tablolar ve bunların açıklamaları sunulacaktır. Tez çalışmasında elde edilmiş olan bu temel verilerin birbiriyle ilişkisini ve elde edilen sonuçların anlamlılığını ve güvenilirliğini ortaya koyan betimleyici tablolar, çoklu karşılaştırma, homojenlik, anlamlılık ve korelasyon tabloları paylaşılacaktır.

3.1. Temel Demografik Bulgular

Çalışmada elde edilen veriler doğrultusunda yapılan analizde, dahil edilen örneklem büyüklüğü 71 kişidir. Bakım verenlerle ilgili veriler incelendiğinde, bunlardan %78.9'u kadın, %21.1'i erkek katılımcıdır. Bakım veren katılımcıların yaş aralıkları ise 25-40 yaş arası toplam örneklem %8.5'ini, 41-65 yaş arası örneklem %57.7'sini, 66-85 yaş aralığı ise örneklem %33.8'ini oluşturmaktadır. Eğitim düzeyleri incelendiğinde, bakım veren kişilerin %1.4'ünün hiç formal eğitim almadığı görülmüştür. Katılımcıların %7'si ilköğretim, %1.4'ü ortaokul, %31'i lise, %46.5'i üniversite mezunuyken, %12.7'si lisansüstü eğitim düzeyindedir.

Tablo 5. Bakım Verenlerin Demografik Özellikleri

DEĞİŞKEN	KATEGORİ	N	%
CİNSİYET	Kadın	56	78,9
	Erkek	15	21,1
YAŞ	25-40 yaş	6	8,5
	41-65 yaş	41	57,7
	66-85 yaş	24	33,8
EĞİTİM DÜZEYİ	Hiç okula gitmemiş	1	1,4
	İlkokul mezunu	5	7,0
	Ortaokul mezunu	1	1,4
	Lise mezunu	22	31,0
	Üniversite mezunu	33	46,5
	Yüksek lisans ve üstü	9	12,7

Analizde dahil edilen 71 kişi içerisinde, bakım alan demans tanılı aile bireylerinin %60.6'sı kadın, %39.4'ü ise erkektir. Bakım alan katılımcıların yaş aralık dağılımı ise

incelendiğinde, hastaların %4.2'sinin 51-65 yaş aralığında, %45.1'inin 66-80 yaş aralığında olduğu görülmektedir. 80 yaş ve üstü olan bakım alan hastaların oranı ise %50.7'dir.

Tablo 6. Bakım Alanların Demografik Özellikleri

DEĞİŞKEN	KATEGORİ	N	%
CİNSİYET	Kadın	43	60,6
	Erkek	28	39,4
YAŞ	51-65 yaş	3	4,2
	66-80 yaş	32	45,1
	81 ve üstü	36	50,7
KLİNİK TANII	ATD	33	46,5
	PHD	7	9,9
	FTD	4	5,6
	VaD	3	4,2
	DLB	1	1,4
	Mikst	1	1,4
	Bilinmeyen	22	31,0

Analize dahil edilen katılımcıların hasta ile olan yakınlık derecesi dağılımı incelendiğinde, bakım verenlerin %29.6'unun hastanın eşi, %53.5'unun hastanın kadın ya da erkek evladı, %1.4'ünün kardeşi olduğu bulunmuştur. Katılımcıların %15.5'inin ise hasta ile gelin, damat, yeğen, torun gibi diğer yakınlıkları olduğu bildirilmiştir. Hastaların tanı dağılımları sırasıyla; %46.5 Alzheimer tipi demans, %9.9 Parkinson demansı, %5.6 frontotemporal demans, %4.2 vasküler demans, %1.4 Lewy cisimcikleri ile olan demans, %1.4 ise mikst demanstır. %31 katılımcı bakımlarını üstlendikleri yakınlarının hangi tip demans tanısı ile takip edildiğini bilmediğini ifade etmiştir.

Katılımcıların demans tanılı yakınlarına ne kadar süredir baktığı ile ilgili yanıtları incelendiğinde; %46.5'i hastasına 1 yıldan daha az süredir baktığını ifade etmiştir. %31 katılımcı bakım süresini 1 ile 3 yıl arası, %22.5'i ise 3 yıldan uzun olarak bildirmiştir. Çalışmaya katılan bakım verenlerin %63.4'ü hasta ile birlikte yaşadığını, %36.6'sı ise ayrı bir evde yaşadığını ifade etmiştir. Analize dahil edilen katılımcıların hastanın bakım sorumluluğunu başka biri ile paylaşıp paylaşmadıklarına dair sorunun yanıtlarına göre; %26.8 hasta yakını demanslı bireyin bakımı ile sadece kendisi ilgilenmektedir. %52.1 katılımcı bakım sorumluluğunu aileden başka biri ile paylaşıırken, %11.3'ü profesyonel bir bakıcıdan destek almaktadır. %9.9 katılımcı ise hastanın bakımını hem aileden başka birinin yardımıyla hem de profesyonel destekle sürdürmektedir.

Katılımcılara haftada kaç saatlerini hasta bakımı ile ilgili sorumluluklara ayırdıkları sorulmuştur. Toplanan verilere göre, %49.3 katılımcının hastanın bakımına ayırdığı süre haftada 10 saatten az iken, bu oran haftada 10 ila 20 saat arası bakım süresi için %18.3, 20 ila 40 saat bakım süresi için %14.1, 40 saatten fazla olan bakım süresi için ise %18.3'dür. Analize dahil edilen bakım verenlerin %53.5'i hastanın bakımı ile ilgili masrafların tümünün, hastanın kendi imkanları ile karşılandığını bildirmiştir. %5.6 katılımcı, hasta bakımı ile ilgili masrafların sadece kendisinin üstlendiğini ifade etmiştir. % 31 katılımcı bu soruyu masrafların çoğunun hastanın kendisi tarafından karşılandığı, kendisinin ise bu masraflara maddi olarak katkıda bulunduğu, %9.9'u ise demanslı kişinin maddi açıdan kısıtlı düzeyde katkısı olduğu fakat masrafların ağırlıklı olarak kendisi tarafından karşılandığı şeklinde cevaplamıştır. Demans ve demans bakımı ile ilgili eğitim alıp almadığı sorusuna ise %91.5 katılımcı olumsuz, %8.5 ise olumlu yanıt vermiştir.

Tablo 7. Hastaların Ve Bakım Verenlerin Temel Karakteristik Özellikleri

DEĞİŞKEN	KATEGORİ	N	%
HASTAYLA YAKINLIK DERECEŚİ	Eş	21	29,6
	Ebeveyn	38	53,5
	Kardeş	1	1,4
	Diğer	11	15,5
HASTA BAKIMINDAN SORUMLU OLUNAN SÜRE	1 yıldan daha az	33	46,5
	1-3 yıl	22	31,0
	3 yıldan daha fazla	16	22,5
SORUMLULUK PAYLAŞIMI	Sadece bakım veren	19	26,8
	Bakım veren ve aile bireyi	37	52,1
	Bakım veren ve bakıcı	8	11,3
	Bakım veren, aile ve bakıcı	7	9,9
HAFTALIK TAHMİNİ BAKIM SÜRESİ	10 saatten az	35	49,3
	10 ila 20 saat	13	18,3
	20 ila 40 saat	10	14,1
	40 saatten fazla	13	18,3
MALİ SORUMLULUK	Hastanın kendisi	38	53,5
	Sadece bakım veren	4	5,6
	Ağırlıklı olarak hasta	22	31,0
	Ağırlıklı olarak bakım veren	7	9,9
BAKIM VERENLE BİRLİKTE YAŞAMA DURUMU	Birlikte	45	63,4
	Ayrı	26	36,6
DEMANS EĞİTİMİ ALMIŞ OLMA DURUMU	Eğitim almış	6	8,5
	Eğitim almamış	65	91,5

Tablo 8. Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeğine Göre Hastaların Bağımlılık Durumu Dağılımı

DEMANS HASTALARININ BAĞIMLILIK DÜZEYİ	N	%
Tam bağımsız	38	53.5
Hafif düzeyde bağımlı	14	19.7
Orta düzeyde bağımlı	7	9.9
Tam bağımlı	12	16.9
TOPLAM	71	100.0

Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeğinde 0-1 puan tam bağımlı, 2-3 puan orta düzeyde bağımlı, 4-5 puan hafif düzeyde bağımlı, 6 puan tam bağımsız olarak ele alınmıştır. Katılımcılardan toplanan veriler incelendiğinde, bakmakla yükümlü oldukları demans tanılı yakınlarının %53.5'inin tam bağımsız, %19.7'sinin hafif düzeyde bağımlı, %9.9'unun orta düzeyde bağımlı, %16.9'unun ise tam bağımlı olduğu bulunmuştur. Buna göre, çalışmaya katılan bakım verenlerin demans tanılı aile bireylerinin yarısından fazlasının tam bağımsızdır. Orta düzeyde ve tam bağımlı olan hastalar ise tüm örneklemin yaklaşık dörtte birini oluşturmaktadır.

3.2. Algılanan Bakım Yüğü İle Anksiyete Ve Depresyon Düzeylerine Dair Bulgular

Çalışmada toplanan ZBYÖ skorları incelendiğinde, %36.6 oranında katılımcının bakım veren yüğü algılamadığı, %46.5'inin algıladığı BVY'nin hafif düzeyde, %14.1'inin orta düzeyde ve sadece %2.8'inin belirgin düzeyde olduğu görülmüştür.

Tablo 9. Zarit Bakım Yüğü Ölçeğine Göre Algılanan BVY İstatistiksel Tablosu

ALGILANAN BAKIM VEREN YÜKÜ DÜZEYİ	N	%
Bakım yüğü yok	26	36.6
Hafif düzeyde bakım yüğü	33	46.5
Orta düzeyde bakım yüğü	10	14.1
Ağır düzeyde bakım yüğü	2	2.8
TOPLAM	71	100.0

HADS anksiyete alt ölçeği (HADS-A) ile ilgili veriler, katılımcıların %46.5'inin anksiyete bulgusu ifade etmediğini ortaya koymuştur. %25.4 katılımcı sınır düzeyde anksiyete, %28.2 katılımcı ise yüksek düzeyde anksiyete bildirmiştir.

Tablo 10. Katılımcıların Anksiyete Düzeyine İlişkin İstatistik Tablosu

BAKIM VERENLERİN ANKSİYETE DÜZEYİ	N	%
Normal	33	46.5
Sınır düzeyde anksiyete	18	25,4
Yüksek düzeyde anksiyete	20	28.2
TOPLAM	71	100.0

HADS depresyon alt ölçeğine (HADS-D) göre ise %57.7 katılımcıdan toplanan yanıtlar depresyon bulgusuna işaret etmemektedir. Sınır düzeyde depresyon bildiren katılımcıların oranı %23.9, yüksek düzeyde depresyon bildirenlerin oranı ise %18.3'tür.

Tablo 11. Katılımcıların Depresyon Düzeyine İlişkin İstatistik Tablosu

BAKIM VERENLERİN DEPRESYON DÜZEYİ	N	%
Normal	41	57.7
Sınır düzeyde depresyon	17	23.9
Yüksek düzeyde depresyon	13	18.3
TOPLAM	71	100.0

Çalışmada elde edilen verilere göre ZBYÖ, HADS-A ve HADS-D arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir. Yapılan analiz sonucuna göre ZBYÖ ile HADS-A ve HADS-D arasında pozitif yönde çok güçlü bir ilişki görülmüştür ($p=0.01$). Bu durum BVY arttığında depresyon ve anksiyete düzeyinde de artış olduğuna işaret etmektedir.

Tablo 12. ZBYÖ, HADS-A Ve HADS-D Korelasyon Tablosu - **Sig=0.01 (2-Tailed).

		ZBYÖ RHO	HADS-A RHO	HADS-D RHO
ZBYÖ RHO	Pearson korelasyon	1	.641**	.585**
	Sig (2-tailed)		.000	.000
HADS-A RHO	Pearson korelasyon	.641**	1	.709**
	Sig (2-tailed)	.000		.000
HADS-D RHO	Pearson korelasyon	.585**	.709**	1
	Sig (2-tailed)	.000	.000	

3.3. Bakım Vereninin Demografik Özellikleri İle ZBYÖ, HADS Depresyon Ve HADS Anksiyete Alt Ölçeklerinin İstatistiksel Analizi

Araştırmanın ilk hipotezine göre bakım verenle ilgili cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyini içeren demografik özellikler algılanan BVY, anksiyete ve depresyon düzeylerini istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkisi olduğunu yordamaktadır. Bu öngörüyü analiz etmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi ve tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. İki alt ölçekli

değişkenlerin analizi için t-testi, ikiden fazla alt ölçeğe sahip değişkenlerin analizinde One Way ANOVA (tek yönlü varyans) analizi seçilmiştir.

Yapılan t-testi sonuçlarına göre, bakım veren kişilerin HADS- A, HADS-D ve ZBYÖ skorları, kişilerin cinsiyetlerine göre analiz edildiğinde HADS-A, HADS-D ve ZBYÖ’de varyanslar homojen olarak dağılmıştır. Bu varsayım altında yapılan t-testi sonuçlarına göre, HADS-A ile bakım veren cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür (Kadın: $\bar{x}$ =8.9445, erkek: $\bar{x}$ = 6.4793) Buna göre, kadınların erkeklere kıyasla daha fazla anksiyete bulgusu yaşadığı söylenebilir. HADS-D ile bakım veren cinsiyetleri arasında ise anlamlı bir farklılık ortaya çıkmamıştır (p= 0.05). ZBYÖ ile bakım veren cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür (Kadın: $\bar{x}$ =26.0357, erkek: $\bar{x}$ =17.6667). Bu sonuçlar, kadınların erkeklere göre belirgin düzeyde daha fazla bakım yükü algıladıklarını göstermektedir.

Tablo 13. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Cinsiyeti Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

	BAKIM VEREN CİNSİYETİ	N	$\bar{x}$
HADS-A	Kadın	56	8.9445
	Erkek	15	6.4793
HADS-D	Kadın	56	6.8820
	Erkek	15	5.7933
ZBYÖ	Kadın	56	26.0357
	Erkek	15	17.6667

Tablo 14. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Cinsiyeti Bağımsız Örneklem T-Test Tablosu

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
	F	Sig	T	Sig(2-tailed)
HADS-A	0.330	0.568	2.103	0.039
HADS-D	0.395	0.532	0.910	0.366
ZBYÖ	3.337	0.071	2.284	0.025

Bakım veren yaş grupları ile HADS-A, HADS-D ve ZBYÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığını test etmek için One Way ANOVA analizi yapılmıştır. Bunun sonucuna göre tüm değişkenlerde varyanslar normal dağılım gösterdiği için ANOVA analizinde, Post Hoc ölçütü olarak Tukey kullanılmıştır. Bu analizler sonucunda bakım veren yaş grupları ile HADS-A, HADS-D ve ZBYÖ arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0.05).

Tablo 15. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Yaşı Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

	YAŞ ARALIĞI	N	$\bar{x}$	Ss	Se
ZBYÖ	25-40 yaş	6	23.8333	15.53598	6.34254
	41-65 yaş	41	24.1707	13.90666	2.17186
	66-85 yaş	24	24.5417	11.11200	2.17186
	TOPLAM	71	24.2676	12.97576	1.53994
HADS-A	25-40 yaş	6	8.1667	4.26224	1.74005
	41-65 yaş	41	8.1854	4.15428	.64879
	66-85 yaş	24	8.8950	4.19527	.85635
	TOPLAM	71	8.4237	4.13006	.49015
HADS-D	25-40 yaş	6	4.5000	2.73861	1.11803
	41-65 yaş	41	6.4422	4.27048	.66694
	66-85 yaş	24	7.5483	3.99798	.81608
	TOPLAM	71	6.6520	4.11180	.48798

Tablo 16. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Yaşı Homojenlik Tablosu

		LEVENE STATISTIC	Df1	Df2	Sig
ZBYÖ	Based on mean	.283	2	68	.754
HADS-A	Based on mean	.110	2	68	.896
HADS-D	Based on mean	.781	2	68	.462

Tablo 17. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Yaşı ANOVA Anlamlılık Tablosu

		SUM OF SQUARES	F	Sig
ZBYÖ	Between groups	3.319	.010	.990
HADS-A	Between groups	8.056	.231	.794
HADS-D	Between groups	48.873	1.465	.238

Bakım verenlerin demografik özelliklerinde, eğitim durumu ile ilgili farklılıkların, algılanan BVY, depresyon ve anksiyete düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı test edilmiştir. İlkokul öncesi ve ortaokul mezunu bakım veren eğitim düzeyi gruplarının ikisinde de kişi sayısı (n=1) birer kişidir. Bu nedenle, bu iki grup analize dahil edilmemiştir. Diğer eğitim durumu grupları kendi aralarında bağımsız örneklem t-testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analizler sonucunda ZBYÖ ve HADS-A ölçekleri ile bakım veren eğitim düzeylerinden ilkokul ve lise seviyesinde öğrenim görmüş olan katılımcılar karşılaştırıldığında, varyansların homojen dağıldığı sonucu çıkmıştır. HADS-D ölçeği ile bakım veren eğitim durumu arasında aynı gruplar incelendiğinde varyansların homojen dağılmadığı görülmüştür. Bu varsayım altında bakım veren kişilerde lise mezunları ile ilkokul mezunları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç ortaya çıkmıştır. Lise mezunu olan kişilerin, ilkokul mezunu olanlara kıyasla, yaklaşık olarak iki kat daha fazla

bakım veren yükü algıladıkları görülmüştür (ilkokul: $\bar{x}=14.6000$, lise: $\bar{x}=28.0909$). Bakım veren lise mezunu ve ilkokul mezunu olan kişiler arasında, HADS-A ölçeği ile istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç ortaya çıkmıştır($p=0.05$). Lise mezunu olan kişilerin HADS-A skorlarının ortalaması, ilkokul mezunlarına kıyasla yüksektir (ilkokul: $\bar{x}= 6.2000$, lise: $\bar{x}= 9.8855$). Bakım verenlerin lise ve ilkokul mezuniyet durumları ile HADS-D arasında ilişkiye bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkmıştır($p=0.005$). Analizin sonucuna göre lise mezunu olan bakım verenlerin depresyon bulguları ilkokul mezunu olanlara kıyasla belirgin düzeyde daha fazladır (ilkokul: $\bar{x}= 3.4260$, lise: $\bar{x}= 7.9150$).

Tablo 18. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Eğitim Düzeyi İstatistik Tablosu (İlkokul Ve Lise)

	BAKIM VEREN EĞİTİM DURUMU	N	$\bar{x}$
ZBYÖ	İlkokul	5	14.6000
	Lise	22	28.0909
HADS-A	İlkokul	5	6.2000
	Lise	22	9.8855
HADS-D	İlkokul	5	3.4260
	Lise	22	7.9150

Tablo19. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Eğitim Düzeyi Bağımsız Örneklem T-Test Tablosu (İlkokul Ve Lise)

	Levene's Test for Equality of Variances		T-test for Equality of Means	
	F	Sig	t	Sig(2-tailed)
ZBYÖ	.016	.899	-2.186	.038
HADS-A	1.050	.315	-2.052	.050
HADS-D	5.984	.022	-4.589	.001

Benzer bir analiz, lise ve üniversite düzeyi eğitim alan bakım verenler arasında yapılmıştır. Buna göre tüm ölçeklerde, bu gruplar ile ZBYÖ, HADS-A ve HADS-D ölçekleri arasında varyanslar homojen dağılmıştır. Bu varsayım altında yapılan t-testi sonuçlarına göre, bu eğitim grupları ile ZBYÖ ve HADS-A arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülürken, HADS-D ile anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0.05$). Analiz sonuçlarına göre, lise mezunu bakım verenler, üniversite mezunlarına kıyasla daha fazla BVY algılamaktadırlar (lise: $\bar{x}= 28.0909$, üniversite: $\bar{x}= 21.2424$). HADS-A ile bu eğitim grupları incelendiğinde, lise mezunlarının üniversite mezunlarına kıyasla anksiyete bulgularının daha yüksek olduğu söylenebilir (lise: $\bar{x}= 9.8855$, üniversite: $\bar{x}= 7.6848$).

Tablo 20. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Eğitim Düzeyi İstatistik Tablosu (Lise Ve Üniversite)

	BAKIM VEREN EĞİTİM DURUMU	N	$\bar{x}$
ZBYÖ	Lise	22	28.0909
	Üniversite	33	21.2424
HADS-A	Lise	22	9.8855
	Üniversite	33	7.6848
HADS-D	Lise	22	7.9150
	Üniversite	33	6.2433

Tablo 21. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Eğitim Düzeyi Bağımsız Örneklem T-Test Tablosu (Lise Ve Üniversite)

	Levene's Test for Equality of Variances		T-test for Equality of Means	
	F	Sig	t	Sig(2-tailed)
ZBYÖ	.197	.659	2.203	.032
HADS-A	.119	.731	2.111	.040
HADS-D	1.132	.292	1.582	.120

Tablo 22. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Eğitim Düzeyi İstatistik Tablosu (Üniversite ve Lisansüstü)

	BAKIM VEREN EĞİTİM DURUMU	N	$\bar{x}$
ZBYÖ	Üniversite	33	21.2424
	Lisansüstü	9	27.5556
HADS-A	Üniversite	33	7.6848
	Lisansüstü	9	8.5556
HADS-D	Üniversite	33	6.2433
	Lisansüstü	9	6.7778

Tablo 23. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Veren Eğitim Düzeyi Bağımsız Örneklem T-Test Tablosu (Üniversite Lisansüstü)

	Levene's Test for Equality of Variances		T-test for Equality of Means	
	F	Sig	t	Sig(2-tailed)
ZBYÖ	1.034	.314	-1.499	.142
HADS-A	5.218	.280	-0.402	.696
HADS-D	2.309	.136	-0.346	.732

Üniverstite mezunları ve daha yüksek düzeyde eğitim almış olan katılımcıların BVY, depresyon ve anksiyete bulguları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir ($p=0.05$).

3.4. Demanslı Bireyin Demografik Özellikleri İle ZBYÖ, HADS Depresyon Ve HADS Anksiyete Alt Ölçeklerinin İstatistiksel Analizi

Araştırmanın ikinci hipotezine göre, demanslı bireylerin demografik özellikleri, bakım verenin algıladığı BVY, anksiyete ve depresyon düzeylerini istatistiksel açıdan anlamlı olarak yordamaktadır. Bu demografik özellikler arasında hastanın cinsiyeti, yaşı, klinik tanısı ve Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ile değerlendirilen işlevsellik düzeyi sayılabilir. Demanslı bireylerin demografik özellikleri ile bakım verenin algıladığı BVY, depresyon ve anksiyete düzeyleri incelendiğinde, yapılan t-testi sonucuna göre hastanın cinsiyeti ile ZBYÖ, HADS-A ve HADS-D arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p=0.05$).

Hastaların yaş grupları ile ZBYÖ, HADS-A, HADS-D skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı One Way ANOVA analizi ile test edilmiştir. Bunun sonucunda, hastanın yaş grupları ile, bakım verenin algıladığı BVY, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0.05$).

Demansın tipi ile bakım verenin ZBYÖ, HADS-A ve HADS-D skorları arasında yapılan, One Way ANOVA analizi sonucunda anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0.005$). Bu durum, 22 hasta yakınının tam tanımı bilmemesi, DLB ve mikst demans tanılı sadece birer hasta olması ile açıklanabilir.

Araştırmaya dahil edilen bakım verenlerin algıladıkları BVY, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile baktıkları demanslı yakınlarının işlevsellik düzeyi karşılaştırılmıştır. Bu amaçla öncelikle Katz işlevsellik düzeyi ile ZBYÖ arasında bir ilişkinin olup olmadığını, var ise ne yönde olduğunu görmek amacıyla Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan bu analiz sonucunda algılanan BVY ile hastanın işlevsellik düzeyindeki artış arasında ters yönde, orta seviyede bir ilişkinin olduğu görülmüştür ($p=0.01$).

Tablo 24. ZBYÖ İle Katz İşlevsellik Düzeyi Korelasyon Tablosu – **Sig=0.01 (2-tailed)

		KATZ RHO	ZBYÖ RHO
KATZ RHO	Pearson korelasyon	1	-.348**
	Sig (2-tailed)		.003
ZBYÖ RHO	Pearson korelasyon	-.348**	1
	Sig (2-tailed)	.003	

Benzer bir korelasyon analizi, hastanın işlevsellik düzeyi ile bakım verenin HADS-A ve HADS-D skor ortalamaları arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılmıştır. Hastanın işlevsellik düzeyindeki artış ile bakım verenin depresyon düzeyi arasında ters yönde, orta seviyede bir ilişki bulunmuştur ($p=0.01$). Benzer bir şekilde, hastanın işlevsellik düzeyindeki yükselme ile bakım verenin anksiyete düzeyi arasında ters yönde, orta derecede bir ilişki görülmüştür ($p=0.05$).

Tablo 25. HADS-A, HADS-D Ve Katz İşlevsellik Düzeyi Korelasyon Tablosu – **Sig=0.01 (2-tailed), *Sig=0.05 (2-tailed)

		KATZ RHO	HADS-D RHO	HADS-A RHO
KATZ RHO	Pearson korelasyon	1	-.324**	-.299*
	Sig (2-tailed)		.006	.011
HADS-D RHO	Pearson korelasyon	-.324**	1	.709**
	Sig (2-tailed)	.006		.000
HADS-A RHO	Pearson korelasyon	-.299*	.709**	1
	Sig (2-tailed)	.011	.000	

Alt ölçekler arasındaki ilişki örüntülerini araştırmak için ZBYÖ, HADS-A ve HADS-D ile Katz skorları, önce Levene's test istatistiğiyle incelenmiştir. Varyansların homojen dağıldığı görülmüştür. Ardından yapılan One Way ANOVA analizinde hastanın işlevsellik düzeyi ile bakım verenlerin ZBYÖ, HADS-A ve HADS-D skorlarının anlamlılık düzeyine bakıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür($p=0.05$).

ZBYÖ ile Katz ölçeği skorları incelendiğinde, hastanın günlük yaşam aktiviteleri ve ilgili işlevsellik düzeyi düştükçe, bakım verenin algıladığı ortalama BVY'nin arttığı gözlemlenmiştir (tam bağımsız: $\bar{x}=19.9211$, hafif düzeyde bağımlı: $\bar{x}=26.2857$, orta düzeyde bağımlı: $\bar{x}=31.4286$, tam bağımlı: $\bar{x}=31.5000$). Yapılan One Way ANOVA Tukey ölçütü Post Hoc sonuçlarına göre, Katz skorları alt gruplarından tam bağımsız ile tam bağımlı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür ($p=0.05$).

HADS-A ile Katz ölçeği skorları incelendiğinde, tam bağımlı olan hastaların bakım verenlerinin anksiyete düzeylerinin, tam bağımsız olanlara kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür (tam bağımsız: $\bar{x}=7.8021$, tam bağımlı: $\bar{x}=11.3333$). Hafif düzeyde bağımlı hastaların bakım verenlerinin ortalama anksiyete skoru 7.6143, orta düzeyde bağımlı hastaların bakım verenlerinin ortalama anksiyete skorları ise 8.4286 olarak hesaplanmıştır.

Bu alt gruplar arasında tam bağımsız ile tam bağımlı hastaların yakınlarının anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür ($p=0.05$).

HADS-D ile Katz ölçeği skorları incelendiğinde ise, hastanın işlevsellik düzeyi tam bağımsız ve tam bağımlı olan kişilerin bakım verenlerinin ortalama depresyon düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür ($p=0.05$). Aynı şekilde orta düzeyde bağımlı ve tam bağımlı hastaların yakınlarının, ortalama depresyon düzeyleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.05$). Bakım alanların işlevsellik düzeyi, alt gruplarından tam bağımsız olanların bakım verenlerinin, tam bağımlılarınkine kıyasla ortalama depresyon düzeylerinin, daha düşük olduğu söylenebilir. Aynı zamanda orta düzeyde bağımlı hastaların yakınlarının, tam bağımlı hastaların yakınlarına kıyasla daha az depresif bulgular ifade ettiği görülmüştür (tam bağımsız: $\bar{x}=5.8226$, hafif düzeyde bağımlı: $\bar{x}=6.5643$, orta düzeyde bağımlı: $\bar{x}=5.3043$, tam bağımlı: $\bar{x}=10.1667$).

Tablo 26. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Günlük Yaşam Aktiviteleri İşlevsellik Düzeyi Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

	BAĞIMLILIK DÜZEYİ	N	$\bar{x}$	Ss	Se
ZBYÖ	Tam bağımsız	38	19.9211	10.30450	1.67161
	Hafif düzeyde bağımlı	14	26.2857	14.60995	3.90467
	Orta düzeyde bağımlı	7	31.4286	17.91514	6.77129
	Tam bağımlı	12	31.5000	11.26136	3.25087
	TOPLAM	71	24.2676	12.97576	1.53994
HADS-A	Tam bağımsız	38	7.8021	4.19634	.68074
	Hafif düzeyde bağımlı	14	7.6143	4.04445	1.08092
	Orta düzeyde bağımlı	7	8.4286	2.57275	.97241
	Tam bağımlı	12	11.3333	3.86907	1.11690
	TOPLAM	71	8.4237	4.13006	.49015
HADS-D	Tam bağımsız	38	5.8226	3.58057	.58085
	Hafif düzeyde bağımlı	14	6.5643	4.49916	1.20245
	Orta düzeyde bağımlı	7	5.3043	2.34907	.88786
	Tam bağımlı	12	10.1667	4.52937	1.30752
	TOPLAM	71	6.6520	4.11180	.48798

Tablo 27. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Günlük Yaşam Aktiviteleri İşlevsellik Düzeyi Homojenlik Tablosu

		LEVENE STATISTIC	Sig
ZBYÖ	Based on mean	.879	.456
HADS-A	Based on mean	.556	.646
HADS-D	Based on mean	.588	.625

Tablo 28. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Günlük Yaşam Aktiviteleri İşlevsellik Düzeyi ANOVA Anlamlılık Tablosu

		SUM OF SQUARES	F	Sig
ZBYÖ	Between groups	1761.581	3.925	.012
HADS-A	Between groups	125.446	2.622	.050
HADS-D	Between groups	187.195	4.196	.009

Tablo 29. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İşlevsellik Düzeyi ANOVA Post Hoc Tukey Çoklu Karşılaştırma Tablosu - *Sig=0.05

BAĞIMLI DEĞİŞKEN	(I) KATZ SKORU	(J) KATZ SKORU	ORTALAMALAR ARASINDAKİ FARK (I-J)	Se	Sig
ZBYÖ	Tam bağımsız	Hafif düzeydebağımlı	-6.36466	3.82416	.350
		Orta düzeyde bağımlı	-11.50752	5.03102	.111
		Tam bağımlı	-11.57895*	4.05035	.028
	Hafif düzeyde bağımlı	Tam bağımsız	6.36466	3.82416	.350
		Orta düzeyde bağımlı	-5.14286	5.66222	.800
		Tam bağımlı	-5.21429	4.81196	.701
	Orta düzeyde bağımlı	Tam bağımsız	11.50752	5.03102	.111
		Hafif düzeyde bağımlı	5.14286	5.66222	.800
		Tam bağımlı	-.07143	5.81738	1.000
	Tam bağımlı	Tam bağımsız	11.57895*	4.05035	.028
		Hafif düzeyde bağımlı	5.21429	4.81196	.701
		Orta düzeyde bağımlı	.07143	5.817380	1.000
HADS-A	Tam bağımsız	Hafif düzeyde bağımlı	.18782	1.24856	.999
		Orta düzeyde bağımlı	-.62647	1.64259	.981
		Tam bağımlı	-3.53123*	1.32241	.046
	Hafif düzeyde bağımlı	Tam bağımsız	-.18782	1.24856	.999
		Orta düzeyde bağımlı	-.81429	1.84868	.971
		Tam bağımlı	-3.71905	1.57107	.093
	Orta düzeyde bağımlı	Tam bağımsız	.62647	1.64259	.981
		Hafif düzeyde bağımlı	.81429	1.84868	.971
		Tam bağımlı	-2.90476	1.89934	.426
	Tam bağımlı	Tam bağımsız	3.53123*	1.32241	.046
		Hafif düzeyde bağımlı	3.71905	1.57107	.093
		Orta düzeyde bağımlı	2.90476	1.89934	.426
HADS-D	Tam bağımsız	Hafif düzeyde bağımlı	-.74165	1.20559	.927
		Orta düzeyde bağımlı	.51835	1.58606	.988
		Tam bağımlı	-4.34404*	1.27690	.006
	Hafif düzeyde bağımlı	Tam bağımsız	.74165	1.20559	.927
		Orta düzeyde bağımlı	1.26000	1.78505	.894
		Tam bağımlı	-3.60238	1.51700	.092
	Orta düzeyde bağımlı	Tam bağımsız	-.51835	1.58606	.988
		Hafif düzeyde bağımlı	-1.26000	1.78505	.894
		Tam bağımlı	-4.86238*	1.83397	.048
	Tam bağımlı	Tam bağımsız	4.34404*	1.27690	.006
		Hafif düzeyde bağımlı	3.60238	1.51700	.092
		Orta düzeyde bağımlı	4.86238*	1.83397	.048

3.5. Demans Bakımı Süreci İle ZBYÖ, HADS Depresyon Ve HADS Anksiyete Alt Ölçeklerinin İstatistiksel Analizi

Araştırmanın üçüncü hipotezi, hastalıkla ilgili unsurların bakım verenin algıladığı, BVY ile depresyon ve anksiyete bulgularını istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yordadığı yönündedir. Bu unsurlar, hasta ve bakım verenin yakınlık derecesi, bakım verenin ne kadar süredir ve haftada kaç saat bakım verdiği, sorumluluğu başka biriyle paylaşıp paylaşmadığı, hastayla birlikte yaşayıp yaşamadığı, mali sorumlulukları kimin üstlendiği ve bakım verenin demans ve ya demans bakımı ile ilgili eğitim almış olup olmadığıdır.

Demanslı birey ve ona bakan aile bireyinin yakınlık derecesi, bakım verenin algıladığı BVY ile depresyon ve anksiyete bulguları One Way ANOVA analizi ile incelenmiştir. Bu analizin sonucunda gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0.05$).

Bakım verenin, demanslı yakınına ne kadar uzun süredir bakığı ile algıladığı BVY, depresyon ve anksiyete bulguları incelendiğinde, gruplar arasında anlamlı bir fark olup olmadığı One Way ANOVA analizi ile test edilmiştir. Varyanslar homojen olarak dağıldığı için Post Hoc testlerinden Tukey ölçütü ile değerlendirilmiştir. ZBYÖ ile bakım süresine bakıldığında, 3 yıldan uzun süren bakım sürecinde, 1 yıldan az olan bakım sürecine göre BVY'nün belirgin düzeyde arttığı söylenebilir (1 yıldan az: $\bar{x}= 20.0303$, 3 yıldan fazla: $\bar{x}= 34.7500$). 1-3 yıl ile 3 yıldan uzun bakım süresi incelendiğinde, uzayan bakım sürecinde BVY belirgin düzeyde artmaktadır (1-3 yıl: $\bar{x}= 23.000$, 3 yıldan fazla: $\bar{x}= 34.7500$). Öte yandan, bakım sürecinin 1 yıldan az olması ile 1-3 yıl arasında olması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p=0.05$).

HADS-A ile bakım veren süresi de benzer bir şekilde One Way ANOVA ile test edilmiştir. HADS-A skorları ile, 1 yıldan az ve 3 yıldan fazla bakım süreci karşılaştırıldığında, 3 yıldan uzun bakım sürecinde bildirilen anksiyete düzeylerinin, 1 yıldan az bakım sürecine kıyasla belirgin düzeyde daha fazla olduğu görülmektedir (1 yıldan az: $\bar{x}= 7.3009$, 3 yıldan fazla: $\bar{x}= 11.2475$). 1-3 yıllık ve 3 yıldan uzun bakım süreci incelendiğinde, aynı şekilde 3 yıldan uzun süren demans bakımının HADS-A skorları, 1-3 yıla kıyasla daha yüksektir (1-3 yıl: $\bar{x}= 8.0541$, 3 yıldan fazla: $\bar{x}= 11.2475$). Anksiyete bulguları ve bakım

süreci ile ilgili veriler, 1 yıldan kısa bakım süresi ile 1-3 yıl arası bakım süresi ortalamaları arasında anlamlı bir fark ortaya koymamaktadır ($p=0.05$).

HADS-D ile bakım veren süresi analizine göre, tüm gruplar içinde sadece 1 yıldan az ve 3 yıldan fazla bakım süresi ortalamaları arasında anlamlı bir fark görülmüştür. Buna göre, 3 yıldan uzun bakım sürecinde HADS-D skorları, 1 yıldan az bakım süresi ortalamasına kıyasla daha yüksektir (1 yıldan az: $\bar{x}= 5.5533$, 3 yıldan fazla: $\bar{x}= 8.5644$). Diğer bakım süreleri ve depresif bulgular ele alındığında, gruplar arasında ortalama olarak anlamlı bir fark görülmemektedir ($p=0.05$).

Tablo 30. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Verme Süresi Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

	BAKIM SÜRESİ	N	$\bar{x}$	Ss	Se
ZBYÖ	1 yıldan az	33	20.0303	10.45372	1.81976
	1-3 yıl	22	23.0000	11.22073	2.39227
	3 yıldan fazla	16	34.7500	14.73997	3.68499
	TOPLAM	71	24.2676	12.97576	1.53994
HADS-A	1 yıldan az	33	7.3009	3.73696	.65052
	1-3 yıl	22	8.0541	4.18792	.89287
	3 yıldan fazla	16	11.2475	3.71161	.92790
	TOPLAM	71	8.4237	4.13006	.49015
HADS-D	1 yıldan az	33	5.5533	3.19868	.55682
	1-3 yıl	22	6.9091	4.58682	.97791
	3 yıldan fazla	16	8.5644	4.57858	1.14464
	TOPLAM	71	6.6520	4.11180	.48798

Tablo 31. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Verme Süresi Homojenlik Tablosu

		LEvene STATISTIC	Df1	Df2	Sig
ZBYÖ	Based on mean	1.127	2	68	.330
HADS-A	Based on mean	.440	2	68	.646
HADS-D	Based on mean	.870	2	68	.424

Tablo 32. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Bakım Verme Süresi ANOVA Post Hoc Tukey Çoklu Karşılaştırma Tablosu - *Sig=0.05

BAĞIMLI DEĞİŞKEN	(I) BAKIM SÜRESİ	(J) BAKIM SÜRESİ	ORTALAMALAR ARASINDAKİ FARK(I-J)	Se	Sig
ZBYÖ	1 yıldan az	1-3 yıl	-2.96970	3.23610	.631
		3 yıldan fazla	-14.71970*	3.58171	.000
	1-3 yıl	1 yıldan az	2.96970	3.23610	.631
		3 yıldan fazla	-11.75000*	3.86304	.009
	3 yıldan fazla	1 yıldan az	14.71970*	3.58171	.000
		1-3 yıl	11.75000*	3.86304	.009
HADS-A	1 yıldan az	1-3 yıl	-.75318	1.06696	.761
		3 yıldan fazla	-3.94659*	1.18091	.004
	1-3 yıl	1 yıldan az	.75318	1.06696	.764
		3 yıldan fazla	-3.19341*	1.27366	.038
	3 yıldan fazla	1 yıldan az	3.94659*	1.18091	.004
		1-3 yıl	3.19341*	1.27366	.038
HADS-D	1 yıldan az	1-3 yıl	-1.35576	1.09878	.438
		3 yıldan fazla	-3.01104*	1.21612	.041
	1-3 yıl	1 yıldan az	1.35576	1.09878	.438
		3 yıldan fazla	-1.65528	1.31164	.421
	3 yıldan fazla	1 yıldan az	3.01104*	1.21612	0.41
		1-3 yıl	1.65528	1.31164	.421

Katılımcıların demanslı yakınlarının bakımına haftada ortalama kaç saat ayırdıkları ile algıladıkları ortalama BVY ile, anksiyete ve depresyon düzeylerine, One Way ANOVA analiziyle bakıldığında, varyanslar homojen dağıldığı için, veriler Tukey ölçeği ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda, haftalık ortalama bakım saati arttığında sadece bakım verenlerin HADS-D skorlarında, haftalık 10 saatten az ve 20-40 saat arası bakım süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p=0.05$).

Katılımcıların bakım sorumluluğunu başkalarıyla paylaşıp paylaşmaması ile ilgili algıladıkları ortalama BVY ile, anksiyete ve depresyon düzeylerini incelemek için, bakım sorumluluğu 4 alt gruba ayrılmıştır. Bunlar tek başına bakım veren, bakım veren ve aileden başka biri, bakım veren ve profesyonel bir bakıcı, bakım veren ile birlikte aileden biri ve profesyonel bir bakıcıdır. Verilmiş olan ölçeklerin sonuçlarına göre, elde edilen verilere One Way ANOVA analiziyle bakıldığında, hiçbir grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p=0.05$).

Tablo 33. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Haftalık Ortalama Bakım Süresi Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

	HAFTALIK BAKIM SÜRESİ	N	$\bar{x}$	Ss	Se
ZBYÖ	10 saatten az	35	20.5714	10.60046	1.79180
	10 ile 20 saat	13	22.1538	11.09689	3.07772
	20-40 saat	10	31.6000	14.02537	4.43521
	40 saatten fazla	13	30.6923	16.09029	4.46264
	TOPLAM	71	24.2676	12.97576	1.53994
HADS-A	10 saatten az	35	7.1260	3.39385	.57367
	10 ile 20 saat	13	8.6300	5.01844	1.39186
	20-40 saat	10	10.4000	2.83627	.89691
	40 saatten fazla	13	10.1908	4.904440	1.36023
	TOPLAM	71	8.4237	4.13006	.49015
HADS-D	10 saatten az	35	5.4894	4.04523	.68377
	10 ile 20 saat	13	6.5385	3.40625	.94472
	20-40 saat	10	9.5000	3.62859	1.14746
	40 saatten fazla	13	7.7046	4.34348	1.20466
	TOPLAM	71	6.6520	4.11180	.48798

Tablo 34. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Haftalık Ortalama Bakım Süresi Homojenlik Tablosu

		LEVENE STATISTIC	Sig
ZBYÖ	Based on mean	.515	.673
HADS-A	Based on mean	2.167	.100
HADS-D	Based on mean	.435	.729

Tablo 35. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Haftalık Ortalama Bakım Süresi ANOVA Anlamlılık Tablosu

		SUM OF SQUARES	F	Sig
ZBYÖ	Between groups	1610.483	3.535	.019
HADS-A	Between groups	139.145	2.946	.039
HADS-D	Between groups	142.988	3.069	.034

Tablo 36. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Haftalık Ortalama Bakım Süresi Çoklu Karşılaştırma Tablosu

	(I) BAKIM SAATİ	(J) BAKIM SAATİ	ORTALAMALAR ARASINDAKİ FARK (I-J)	Se	Sig
ZBYÖ	10 saatten az	10 ila 20 saat	-1.58242	4.00271	.979
		20 ila 40 saat	-11.02857	4.41887	.070
		40 saatten fazla	-10.12088	4.00271	.065
	10 ila 20 saat	10 saatten az	1.58242	4.00271	.979
		20 ila 40 saat	-9.44615	5.18360	.272
		40 saatten fazla	-8.53846	4.83373	.298
	20 ila 40 saat	10 saatten az	11.02857	4.41887	.070
		10 ila 20 saat	9.44615	5.18360	.272
		40 saatten fazla	.90769	5.18360	.998
	40 saatten fazla	10 saatten az	10.12088	4.00271	.065
		10 ila 20 saat	8.53846	4.83373	.298
		20 ila 40 saat	-.90769	5.18360	.998
HADS-A	10 saatten az	10 ila 20 saat	-1.50400	1.28878	.650
		20 ila 40 saat	-3.27400	1.42277	.108
		40 saatten fazla	-3.06477	1.28878	.091
	10 ila 20 saat	10 saatten az	1.50400	1.28878	.650
		20 ila 40 saat	-1.77000	1.66899	.715
		40 saatten fazla	-1.56077	1.55635	.748
	20 ila 40 saat	10 saatten az	3.27400	1.42277	.108
		10 ila 20 saat	1.77000	1.66899	.715
		40 saatten fazla	.20923	1.66899	.999
	40 saatten fazla	10 saatten az	3.06477	1.28878	.091
		10 ila 20 saat	1.56077	1.55635	.748
		20 ila 40 saat	-.20923	1.66899	.999
HADS-D	10 saatten az	10 ila 20 saat	-1.04903	1.27996	.845
		20 ila 40 saat	-4.01057*	1.41304	.030
		40 saatten fazla	-2.21519	1.27996	.316
	10 ila 20 saat	10 saatten az	1.04903	1.278996	.845
		20 ila 40 saat	-2.96154	1.65758	.289
		40 saatten fazla	-1.16615	1.54570	.874
	20 ila 40 saat	10 saatten az	4.01057*	1.41304	.030
		10 ila 20 saat	2.96154	1.65758	.289
		40 saatten fazla	1.79538	1.65758	.701
	40 saatten fazla	10 saatten az	2.21519	1.27996	.316
		10 ila 20 saat	1.16615	1.54570	.847
		20 ila 40 saat	-1.79538	1.65758	.701

Mali sorumluluğu kimin üstelendiği ile ilgili verilerle, bakım verenlerin algıladığı ortalama, BVY ile anksiyete ve depresyon düzeylerine bakmak için yanıtlar 4 alt gruba ayrılmıştır. Bunlar tüm masraflar hastanın kendi imkanlarıyla karşılanması, masrafların çoğunlukla hastanın imkanları ve biraz da bakım verenin katkısıyla karşılanması, masrafların hastanın bir miktar katkısıyla ancak çoğunlukla bakım veren tarafından karşılanması ve

tamamen bakım veren tarafından karşılanması şeklindedir. Gruplar arasında anlamlı bir fark olup olmadığını görmek için, ölçeklerden elde edilmiş olan verilere One Way ANOVA analizi ile bakılmıştır. Hangi gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğunu görmek için ise Tukey ölçütü kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda, alt ölçeklerde sadece ZBYÖ ölçeği ile, bakım masraflarını hepsinin hasta tarafından karşılandığı, azının hasta ve çoğunun bakım veren tarafından karşılandığı gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür ($p=0.05$). Ortalama BVY, masrafların tamamen hastanın kendisi tarafından karşılandığı durumlarda, çoğunlukla hastanın karşılamasına kıyasla daha az bulunmuştur (Hep hasta: $\bar{x}=21.1842$, bakım verenin katkısıyla çoğunlukla hasta $\bar{x}=32.2727$).

Tablo 37. ZBYÖ İle Mali Sorumluluk Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

	MALİ SORUMLULUK	N	$\bar{x}$	Ss	Se
ZBYÖ	Hep hasta	38	21.1842	12.41589	2.01412
	Az hasta/çok bakım veren	4	16.2500	10.96586	5.48293
	Çok hasta/ az bakım veren	22	32.2727	12.79204	2.72727
	Hep bakım veren	7	20.4286	5.06153	1.91308
	TOPLAM	71	24.2676	12.97576	1.53994

Tablo 38. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Mali Sorumluluk Homojenlik Tablosu

		LEVENE STATISTIC	Sig
ZBYÖ	Based on mean	1.707	.174
HADS-A	Based on mean	.284	.837
HADS-D	Based on mean	.838	.478

Tablo 39. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Mali Sorumluluk ANOVA Anlamlılık Tablosu

		SUM OF SQUARES	F	Sig
ZBYÖ	Between groups	2131.377	4.930	.004
HADS-A	Between groups	92.186	1.869	.143
HADS-D	Between groups	76.207	1.537	.213

Tablo 40. ZBYÖ İle Mali Sorumluluk Çoklu Karşılaştırma Tablosu

	(I) MALİ SORUMLULUK	(J) MALİ SORUMLULUK	ORTALAMALAR ARASINDAKİ FARK (I-J)	Se	Sig
ZBYÖ	Hep hasta	Çok hasta/az bakım veren	4.93421	6.31003	.862
		Az hasta/çok bakım veren	-11.08852*	3.21589	.005
		Hep bakım veren	.75564	4.93735	.999
	Çok hasta/az bakım veren	Hep hasta	-4.93421	6.31003	.862
		Az hasta/çok bakım veren	-16.02273	6.52490	.077
		Hep bakım veren	-4.17857	7.52395	.945
	Az hasta/çok bakım veren	Hep hasta	11.08852*	3.21589	.005
		Çok hasta/az bakım veren	16.02273	6.52490	.077
		Hep bakım veren	11.84416	5.20915	.115
	Hep bakım veren	Hep hasta	-.75564	4.93735	.999
		Çok hasta/az bakım veren	4.17857	7.52395	.945
		Az hasta/çok bakım veren	-11.84416	5.20915	.115

Demans tanılı birey ile onun bakımıyla ilgilenen yakınının, birlikte yaşayıp yaşamamasının algılanan ortalama BVY ile, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı, bağımsız örneklem t-testi ile analiz edilmiştir. Ortaya çıkan tablo, birlikte oturmanın her üç alanda da olumsuz etkisi olduğunu göstermekle birlikte, istatistiksel olarak sadece HADS-A ile birlikte oturma arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p=0.05$).

Tablo 41. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Birlikte Oturma Durumu Grup İstatistikleri Tablosu

	BİRLİKTE OTURMA DURUMU	N	$\bar{X}$
ZBYÖ	Hayır	26	21.4231
	Evet	45	25.9111
HADS-A	Hayır	26	7.0615
	Evet	45	9.2107
HADS-D	Hayır	26	5.8462
	Evet	45	7.1176

Tablo 42. HADS-A, HADS-D, ZBYÖ İle Birlikte Oturma Durumu Bağımsız T-Test Tablosu

	LEVENE'S TEST FOR EQUALITY OF VARIANCES		T-TEST FOR EQUALITY OF MEANS	
	F	Sig	t	Sig (2-tailed)
ZBYÖ	3.100	.083	-1.414	.162
HADS-A	1.173	.283	-2.167	.034
HADS-D	.215	.644	-1.260	.212

Bakım verenlerin demans ve demans bakımı ile ilgili eğitim almış olmasının, algılanan ortalama BVY ile anksiyete ve depresyon düzeyleri, bağımsız örneklem t-testi ile analiz edilmiştir. Elde edilen sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç ortaya koymamıştır ($p=0.05$). Bu durum 71 katılımcıdan sadece 6'sının eğitim almış, 65'inin ise herhangi bir eğitim almamış olması ile ilgili olabilir.

3.6. Bakım Vereninin Kişilik Özellikleri İle ZBYÖ, HADS-A VE HADS-D Bulgularının İstatistiksel Analizi

Araştırmanın dördüncü hipotezi, demanslı hastalara bakan aile bireylerinin, kişilik örgütlenmesinde patoloji aramamakla birlikte, farklı kişilik yapılanmalarına ait özelliklerin bakım verenin algıladığı BVY ile anlamlı bir ilişkisi olduğu yönündedir. Bu çalışmada katılımcıların kişilik özellikleri Kişilik İnanç Ölçeği Kısa Formu (PBQ-SF) ile ölçülmüştür. Bu ölçek Butler, Cohen ve Beck (2007: 357) tarafından geliştirilmiştir. DSM-IV-TR'de yer alan 10 kişilik örüntüsünü, BDT modelini temel alarak her bir kişilikle ilişkilendirilmiş, işlevsel olmayan inançlara göre incelemektedir. Kişilik örüntülerinden her birini temsil eden alt ölçeklerden alınan puanın yükselmesi, o kişiliğe ait inançların arttığına işaret etmektedir. Tüm kişilik alt ölçekleri, dört alt gruba ayrılmıştır. Bunlar kişilik özelliklerinde yükselme yok (0-6 puan), kişilik özelliklerinde hafif düzeyde yükselme var (7-13 puan), kişilik özelliklerinde orta düzeyde yükselme var (14-20 puan) ve kişilik özelliklerinde belirgin düzeyde yükselme var (21-28 puan) olarak belirlenmiştir.

Kişilik alt ölçeklerindeki alt gruplar, tanımlayıcı istatistik tabloları ve ANOVA tablolarında pratik olması için numaralandırılmıştır. Buna göre kişilik özelliklerinde hiç yükselme olmayan alt grup 1 numara, hafif düzeyde yükselme olan grup 2 numara, orta düzeyde yükselme olan grup 3 numara, belirgin düzeyde yükselme olan grup ise 4 numara olarak belirlenmiştir.

Tablo 43. PBQ-SF Alt Ölçekleri ve Alt Grupları İle ZBYÖ Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

PBQ-SF ALT ÖLÇEKLERİNİN ALT GRUPLARI	N	$\bar{x}$	Ss	Se
ÇKB-1	11	17.5455	8.02949	2.42098
ÇKB-2	36	21.0278	10.155448	1.69241
ÇKB-3	17	30.2941	11.96226	2.90127
ÇKB-4	7	36.8571	20.97958	7.92954
BLKB-1	31	20.9677	9.81999	1.76372
BLKB-2	31	24.0000	12.81145	2.30100
BLKB-3	6	31.3333	14.17980	5.78888
BLKB-4	3	47.0000	19.67232	11.35782
HKB-1	51	22.1765	10.82905	1.51637
HKB-2	12	24.0833	13.72760	3.96282
HKB-3	8	37.8750	17.50459	6.18881
HKB-4	0	-	-	-
OKKB-1	11	19.1818	8.53016	2.57194
OKKB-2	27	22.8148	10.57223	2.03463
OKKB-3	27	26.2963	15.92244	3.06428
OKKB-4	6	31.0000	12.93058	5.27889
PAKB-1	21	18.9048	8.44929	1.84379
PAKB-2	26	23.9615	11.88774	2.33138
PAKB-3	23	29.7826	15.78249	3.29088
PAKB-4	1	18.0000	-	-
ASKB-1	34	21.3824	10.07251	1.72742
ASKB-2	0	-	-	-
ASKB-3	13	29.1538	17.11649	4.74726
ASKB-4	24	25.7083	13.63971	2.78419
BKB-1	37	21.4054	9.91480	1.62998
BKB-2	20	25.6500	15.80231	3.53351
BKB-3	10	29.8000	15.44740	4.88490
BKB-4	4	30.0000	13.85641	6.92820
SKB-1	5	13.2000	9.41807	4.21189
SKB-2	28	24.0000	11.56303	2.18521
SKB-3	31	24.9032	11.43490	2.05377
SKB-4	7	30.4286	22.38197	8.45959
NKB-1	31	21.1935	9.25354	1.66198
NKB-2	28	25.0357	14.71830	2.78150
NKB-3	12	30.4167	15.38865	4.44232
NKB-4	0	-	-	-
PKB-1	30	21.8000	10.99028	2.00654
PKB-2	24	25.9167	15.36206	3.13577
PKB-3	13	24.8462	12.46894	3.45826
PKB-4	4	31.0000	13.61372	6.80686

Bakım verenlerin PBQ-SF'ye vermiş olduğu yanıtların ortalama değerleri ile ZBYÖ ölçeği ortalama skorları arasında yapılan Pearson korelasyon analizine göre, tüm kişilik alt ölçekleri ile algılanan BVY arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür. Algılanan BVY ile sırasıyla çekingen, borderline, histriyonik ve obsesif kompulsif kişilik alt ölçekleri arasında pozitif yönde ve orta derecede bir ilişki bulunmuştur ($p=0.01$). ZBYÖ ortalama skorları ile sırasıyla pasif agresif, antisosyal, bağımlı, şizoid, narsisistik ve paranoid kişilik alt ölçekleri arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki görülmüştür ($p=0.05$).

Tablo 44. ZBYÖ ve PBQ-SF Alt Ölçekleri Korelasyon Tablosu – **Sig=0.01 (2-tailed), *Sig=0.05 (2-tailed)

	ZBYÖ RHO	ÇKB RHO	BKB RHO	PAKB RHO	OKKB RHO	ASKB RHO	NKB RHO	HKB RHO	SKB RHO	PKB RHO	BLKB RHO
Pearson Korelasyon	1	.402**	.270*	.286*	.296*	.276*	.245*	.338**	.251*	.240*	.363**
Sig (2-tailed)		.001	.023	.016	.012	.020	.039	.004	.035	.044	.002

Kişilik alt ölçekleri için oluşturulan alt grupların ZBYÖ, HADS-A ve HADS-D skorlarının, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ortaya koyup koymadığını sınamak amacıyla One Way ANOVA analizleri yapılmıştır. Bu analizlerde, varyansların homojen dağıldığı varsayımı altında, Post Hoc ölçütü olarak Tukey, varyansların homojen dağılmadığı varsayımı altında ise Games-Howell ölçütü tercih edilmiştir.

Yapılan One Way ANOVA analizlerinin sonucuna göre, incelenen 10 kişilik alt ölçek içinde sadece 3 tanesinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür ($p=0.05$). Bunlar çekingen, borderline ve histriyonik kişilik alt ölçekleridir. Alt ölçeklerin alt grupları incelendiğinde, çekingen kişilik özelliklerinde, hiç yükselme olmayanların algıladığı BVY'nin, orta düzeyde yükselme olanlara kıyasla daha az olduğu görülmüştür ($\bar{x}_1=17.5455$, $\bar{x}_3=30.2941$). Benzer bir şekilde, çekingen kişilik özelliklerinde hafif düzeyde yükselme olanların, orta düzeyde yükselme olanlara kıyasla daha az BVY algıladıkları görülmüştür ($\bar{x}_2=21.0278$, $\bar{x}_3=30.2941$). Borderline kişilik alt gruplarına bakıldığında, kişilik özelliklerinde herhangi bir yükselme olmayanlar ve hafif düzeyde yükselme olanların algıladığı BVY, alt grupta belirgin düzeyde yükselme olanlara kıyasla daha az görülmüştür ($\bar{x}_1=20.9677$, $\bar{x}_2=24.0000$, $\bar{x}_4=47.0000$). Histriyonik kişilik alt gruplarında ise kişilik özelliklerinde hiç yükselme olmayanlar ve hafif düzeyde yükselme olan gruplarda algılanan

ortalama BVY, orta düzeyde yükselme olan gruba kıyasla daha düşüktür ($\bar{x}_1=22.1765$, $\bar{x}_2=24.0833$, $\bar{x}_3=37.8750$).

Tablo 45. PBQ-SF İle ZBYÖ ANOVA Tablosu

PBQ-SF	VARYANSLARIN HOMOJENLİĞİ (Based on mean)		ANOVA	ÇOKLU KARŞILAŞTIRMA	
KİŞİLİK ALT ÖLÇEKLERİ	LEVENE STATISTIC	Sig	Sig	Arasında anlamlılık bulunan gruplar (Mean Difference)	Sig
ÇKB	6.1110	.001	.001	1-3 (-12.74866) 2-3 (-9.26634)	.012 .047
BLKB	1.594	.199	.003	1-4 (-26.03226) 2-4 (-23.00000)	.003 .012
HKB	2.804	.068	.005	1-3 (-15.69853) 2-3 (-13.79167)	.003 .041
OKKB	2.070	.112	.233	-	-
PAKB	2.758	.071	.042	-	-
ASKB	1.666	.197	.148	-	-
BKB	2.804	.046	.202	-	-
SKB	3.304	.025	.150	-	-
NKB	1.863	.163	.103	-	-
PKB	.449	.719	.470	-	-

Bakım verenlerden toplanan verilere göre HADS-A ile kişilik alt ölçekleri ve alt grupları ile ilgili tanımlayıcı istatistik tablosu aşağıda sunulmuştur:

Tablo 46. PBQ-SF Alt Ölçekleri ve Alt Grupları İle HADS-A Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

PBQ-SF ALT ÖLÇEKLERİNİN ALT GRUPLARI	N	$\bar{x}$	Ss	Se
ÇKB-1	11	4.8355	2.86737	.86455
ÇKB-2	36	7.8169	3.75366	.62561
ÇKB-3	17	11.3224	3.63476	.88156
ÇKB-4	7	10.1429	3.8483	1.45453
BLKB-1	31	6.7613	3.91648	.70342
BLKB-2	31	9.5316	4.18453	.75156
BLKB-3	6	9.6667	2.87518	1.17379
BLKB-4	3	11.6667	1.15470	.66667
HKB-1	51	7.7386	4.13019	.57834
HKB-2	12	9.7842	4.39169	1.26777
HKB-3	8	10.7500	2.37547	.83986
HKB-4	0	-	-	-
OKKB-1	11	6.1818	5.15399	1.55399
OKKB-2	27	8.0370	3.61068	.69488
OKKB-3	27	9.1333	3.91276	.75301
OKKB-4	6	11.0800	3.90159	1.59282
PAKB-1	21	5.6281	3.55831	.77649
PAKB-2	26	9.3419	3.80298	.74583
PAKB-3	23	9.9565	3.92519	.81846
PAKB-4	1	8.0000	-	-
ASKB-1	34	7.1668	4.00046	.68607
ASKB-2	0	-	-	-
ASKB-3	13	9.2308	3.81125	1.05705
ASKB-4	24	9.7671	4.09715	.83633
BKB-1	37	6.7730	3.70819	.60962
BKB-2	20	10.3000	4.26861	.95449
BKB-3	10	10.2480	3.62852	1.14744
BKB-4	4	9.7500	2.75379	1.37689
SKB-1	5	2.8380	2.00903	.89847
SKB-2	28	7.9457	4.36717	.82532
SKB-3	31	9.4494	3.32609	.59738
SKB-4	7	9.7829	4.52954	1.71200
NKB-1	31	7.1997	4.10089	.73654
NKB-2	28	9.4604	4.17520	.78904
NKB-3	12	9.1667	3.51188	1.01379
NKB-4	0	-	-	-
PKB-1	30	6.9557	4.31520	.78784
PKB-2	24	9.0388	3.92931	.80207
PKB-3	13	9.7692	3.51553	.97503
PKB-4	4	11.3700	2.49017	1.24508

Bakım verenlerin PBQ-SF yanıtlarının ortalama skorları ile HADS-A ölçeğinden elde edilen ortalama skorlar arasında Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre sırasıyla, çekingen, pasif agresif, borderline, paranoid, bağımlı, obsesif kompulsif ve şizoid kişilik alt ölçekleri ile ortalama anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde orta derecede güçlü bir ilişki görülmüştür ($p=0.01$). Antisosyal ve histriyonik kişilik alt ölçeklerinin ortalamaları ile ortalama anksiyete düzeyleri arasında, pozitif yönde zayıf bir ilişki görülmüştür ($p=0.05$). Öte yandan narsisistik kişilik alt ölçeği ortalama puanı ile ortalama anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0.05$).

Tablo 47. HADS-A ve PBQ-SF Alt Ölçekleri Korelasyon Tablosu – **Sig=0.01 (2-tailed), *Sig=0.05 (2-tailed)

	HADS-A RHO	ÇKB RHO	BKB RHO	PAKB RHO	OKKB RHO	ASKB RHO	NKB RHO	HKB RHO	SKB RHO	PKB RHO	BLKB RHO
Pearson Korelasyon	1	.489**	.352**	.433**	.337**	.256*	.229	.237*	.334**	.388**	.404**
Sig (2-tailed)		.000	.003	.000	.004	.031	.054	.004	.046	.004	.000

Çalışmada elde edilen HADS-A verileri ile PBQ-SF alt ölçeklerinin alt grupları arasında yapılan One Way ANOVA analizi sonuçlarına göre, 5 alt ölçeğin alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($p=0.05$). Çekingen kişilik alt ölçeğinin, alt gruplarında hiç çekingen kişilik özelliği göstermeyen ile orta düzeyde özellik gösteren, hiç özellik göstermeyen ile yüksek düzeyde özellik gösteren ve ya hafif düzeyde ve orta düzeyde özellik gösteren gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($\bar{x}_1=4.8355$, $\bar{x}_2=7.8169$, $\bar{x}_3=11.3224$, $\bar{x}_4=10.1429$). Bağımlı kişilik alt ölçeği alt gruplarından, kişilik özelliği göstermeyen ve hafif düzeyde özellik gösteren gruplar arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür ($\bar{x}_1=6.7613$, $\bar{x}_2=9.5316$). Antisosyal kişilik alt ölçeği alt gruplarında, hiç özellik göstermeyen ve belirgin düzeyde özellik gösteren gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($\bar{x}_1=7.1668$, $\bar{x}_4=9.7671$). Borderline kişilik alt ölçeğine bakıldığında, hiç özellik göstermeyen alt grupta, hafif düzeyde özellik gösteren alt grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($\bar{x}_1=6.7730$, $\bar{x}_2=10.3000$). Şizoid kişilik alt ölçeğinde ise hiç kişilik özelliği göstermeyen alt grupta, diğer tüm gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($\bar{x}_1=2.8380$, $\bar{x}_2=7.9457$, $\bar{x}_3=9.4494$, $\bar{x}_4=9.7829$).

Tablo 48. PBQ-SF İle HADS-A ANOVA Tablosu

PBQ-SF	VARYANSLARIN HOMOJENLİĞİ (Based on mean)		ANOVA	ÇOKLU KARŞILAŞTIRMA	
KİŞİLİK ALT ÖLÇEKLERİ	LEVENE STATISTIC	Sig	Sig	Arasında anlamlılık bulunan gruplar (Mean Difference)	Sig
ÇKB	.192	.901	.000	1-3 1-4 2-3	.000 .018 .008
BLKB	1.277	.290	.019	1-2	.034
HKB	1.274	.286	.071	-	-
OKKB	.440	.725	.077	-	-
PAKB	.004	.996	.002	-	-
ASKB	.395	.675	.043	1-4	.045
BKB	.445	.722	.004	1-2	.008
SKB	1.049	.377	.005	1-2 1-3 1-4	.038 .004 .015
NKB	1.343	.268	.086	-	-
PKB	.904	.444	.048	-	-

Bakım verenlerden toplanan verilere göre HADS-D ile kişilik alt ölçekleri ve alt grupları ile ilgili tanımlayıcı istatistik tablosu aşağıda sunulmuştur:

Tablo 49. PBQ-SF Alt Ölçekleri ve Alt Grupları İle HADS-D Tanımlayıcı İstatistik Tablosu

PBQ-SF ALT ÖLÇEKLERİNİN ALT GRUPLARI	N	$\bar{x}$	Ss	Se
ÇKB-1	11	4.4455	3.66097	1.10383
ÇKB-2	36	6.1147	4.16455	.69409
ÇKB-3	17	7.6624	2.46951	.59894
ÇKB-4	7	10.4286	5.22357	1.97432
BLKB-1	31	5.7752	4.33797	.77912
BLKB-2	31	6.6213	3.33461	.59891
BLKB-3	6	8.5000	4.80625	1.96214
BLKB-4	3	12.3333	3.78594	2.18581
HKB-1	51	5.9665	3.94361	.55222
HKB-2	12	7.1667	3.27062	.94415
HKB-3	8	10.2500	4.74342	1.67705
HKB-4	0	-	-	-
OKKB-1	11	3.8182	3.86829	1.16633
OKKB-2	27	6.8530	3.30770	.63657
OKKB-3	27	6.7085	4.39818	.84643
OKKB-4	6	10.6883	3.44018	1.40445
PAKB-1	21	4.9000	3.68239	.80356
PAKB-2	26	6.5435	3.33093	.65325
PAKB-3	23	8.4026	4.76362	.99328
PAKB-4	1	6.0000	-	-
ASKB-1	34	5.7950	4.44726	.76270
ASKB-2	0	-	-	-
ASKB-3	13	7.1638	4.02997	1.11771
ASKB-4	24	7.5888	3.52934	.72040
BKB-1	37	5.5954	3.25768	.53556
BKB-2	20	7.5565	5.36089	1.19873
BKB-3	10	7.3130	2.76520	.87443
BKB-4	4	10.2500	4.92443	2.46221
SKB-1	5	3.8000	3.56371	1.59374
SKB-2	28	5.5761	3.51728	.66470
SKB-3	31	7.5535	3.88924	.69853
SKB-4	7	9.0000	5.88784	2.22539
NKB-1	31	5.9323	3.93051	.70594
NKB-2	28	7.4736	4.76389	.90029
NKB-3	12	6.5942	2.56303	.73988
NKB-4	0	-	-	-
PKB-1	30	5.7677	4.41973	.80693
PKB-2	24	7.1667	3.88605	.79324
PKB-3	13	6.3177	2.91812	.80934
PKB-4	4	11.2825	4.10031	2.05016

Bakım verenlerin PBQ-SF ortalama skorları ile HADS-D ortalama skorları, Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre çekingen, obsesif kompulsif, borderline, şizoid, pasif agresif, histriyonik ($p=0.01$) ve bağımlı kişilik ($p=0.05$) alt ölçekleri ile HADS-D ortalama skorları arasında pozitif yönde ve orta düzeyde bir ilişki vardır. Paranoid kişilik alt ölçeği ve ortalama depresyon skoru arasında pozitif yönde, zayıf bir ilişki vardır ($p=0.05$). Öte yandan narsisistik ve antisosyal kişilik alt ölçekleri ile HADS-D ortalama skorları arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir.

Tablo 50. HADS-D ve PBQ-SF Alt Ölçekleri Korelasyon Tablosu – **Sig=0.01 (2-tailed), *Sig=0.05 (2-tailed)

	HADS-D RHO	ÇKB RHO	BKB RHO	PAKB RHO	OKKB RHO	ASKB RHO	NKB RHO	HKB RHO	SKB RHO	PKB RHO	BLKB RHO
Pearson Korelasyon	1	.453**	.303*	.341**	.375**	.176	.114	.328**	.352**	.286*	.370**
Sig (2-tailed)		.000	.010	.004	.001	.142	.343	.005	.003	.016	.002

One Way ANOVA analizi sonuçlarına göre, çekingen kişilik alt ölçeğinin alt gruplarından, hiç özellik göstermeyen grup ve hafif düzeyde özellik gösteren grup ile belirgin düzeyde özellik gösteren grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür ($\bar{x}_1=4.4455$, $\bar{x}_2=6.1147$, $\bar{x}_4=10.4286$). Bordeline kişilik alt ölçeğinde sadece, hiç özellik göstermeyen grup ile belirgin düzeyde özellik gösteren grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($\bar{x}_1=5.7752$, $\bar{x}_4=12.3333$). Histriyonik kişilik alt ölçeğinde sadece, hiç özellik göstermeyen alt grup ile orta düzeyde özellik gösteren arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlenmiştir ($\bar{x}_1=5.9665$, $\bar{x}_3=10.2500$). Obsesif kompulsif kişilik alt ölçeğinde ise istatistiksel olarak anlamlı farklılık sadece, hiç özellik göstermeyen ve belirgin düzeyde özellik gösteren alt grupları arasında mevcuttur ($\bar{x}_1=3.8188$, $\bar{x}_4=10.6883$).

Tablo 51. PBQ-SF İle HADS-D ANOVA Tablosu

PBQ-SF	VARYANSLARIN HOMOJENLİĞİ (Based on mean)		ANOVA	ÇOKLU KARŞILAŞTIRMA	
KİŞİLİK ALT ÖLÇEKLERİ	LEVENE STATISTIC	Sig	Sig	Arasında anlamlılık bulunan gruplar (Mean Difference)	Sig
ÇKB	2.597	.060	.011	1-4 2-4	.011 .043
BLKB	.096	.962	.036	1-4	.037
HKB	1.116	.334	.019	1-3	.015
OKKB	.103	.958	.009	1-4	.004
PAKB	.574	.566	.042	-	-
ASKB	.571	.567	.234	-	-
BKB	3.191	.029	.078	-	-
SKB	.730	.538	.040	-	-
NKB	1.667	.197	.360	-	-
PKB	.510	.677	.071	-	-

One Way ANOVA analizlerinden elde edilen veriler incelendiğinde, alt ölçeklerin alt grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunan farklılıklar, HADS-D ölçeğinde, HADS-A ve ZBYÖ'ye kıyasla daha keskindir. Bu durum, demans bakımında depresyon düzeyinde anlamlı bir etki görebilmek için, kişilik özelliklerinde belirgin düzeyde bir yükselme gerektiğini, ancak algılanan BVY ile anksiyete düzeylerinin ise kişilik özelliklerinde daha ufak yükselmelerden de etkilendiğini göstermektedir.

Pearson korelasyon analileri incelendiğinde, ortaya çıkan tabloya göre çekingen, bağımlı, pasif agresif, obsesif kompulsif, paranoid ve borderline kişilik özelliklerinde artış veya azalma durumunda, bakılan üç alan içerisinde en yüksek duyarlılık gösteren anksiyete düzeyidir. Bunu sırasıyla depresyon düzeyi ve algılanan BVY düzeyi takip etmektedir. Sadece histeriyonik kişilikte, bunun tam tersi bir örüntü bulunmuş, en yüksek duyarlılık sırasıyla algılanan BVY, depresyon ve anksiyete düzeylerinde görülmüştür.

BÖLÜM 4: TARTIŞMA

Bu bölümde katılımcıların araştırma ölçeklerine verdikleri yanıtlar doğrultusunda demanslı aile bireyinin bakımında algılanan BVY, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile bakım verenlerin kişilik özelliklerinin demografik değişkenlerle ve birbirleriyle olan ilişkilerine yönelik analiz sonuçları incelenecektir. Çalışmada elde edilmiş veriler daha önceki literatür bulguları göz önünde bulundurularak tartışılacaktır.

Demografik veriler incelendiğinde, çalışmaya katılan bakım verenlerin %78.9'unun kadın olduğu görülmüştür. Bu oran Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının 2017'de yayımlamış olduğu raporda %80.50 olarak bildirilmiştir (Özbabalık ve Hussein, 2017: 23). Bu durum çalışmaya katılan kadın bakım verenlerin oranının erkeklere kıyasla belirgin düzeyde fazla olduğunu göstermektedir. Aynı raporda ATD tanılı yakınlarına evde bakım veren kişilerin %48.60'ının 25-50 yaş arasında, %51.40'ının ise 50 yaşın üstünde olduğu bildirilmiştir (Özbabalık ve Hussein, 2017: 23). Bu çalışmada ise bakım verenlerin yaş dağılımı %8.5'le 25-40 yaş arası, %57.7'le 41-65 yaş arası, %33.8'le 66-85 yaş arası olarak bulunmuştur. Buna göre çalışmaya katılan bakım verenlerin yarısından fazlası orta yaş, üçte biri ise yaşlı nüfus grubuna dahildir.

Eğitim durumlarına bakıldığında, çalışmaya katılan bakım verenlerin %1.4'ü hiç okula gitmemiştir. İlkokul mezunu olanlarını oranı %7.0, ortaokul mezunu oranı %1.4, lise mezunu oranı %31.0, üniversite mezunu oranı ise %46.5'tir. Katılımcıların %12.7'si ise lisans üstü eğitim almışlardır. TÜİK'in 6 Mayıs 2021 tarihinde yayımlamış olduğu verilere göre, bu 2020 yılı eğitim durumu Türkiye genelinde 25 yaş ve üstü için, okuryazar olmayan ya da bir öğrenim kurumundan mezun olmayan kişilerin oranı %8.5, ilköğretimi tamamlamış %34.5, ortaokul ve dengi meslek okulunu bitirmiş %13.0, lise ve dengi eğitim almış %21.4, üniversite mezunu %19.0, yüksek lisans ve doktora düzeyinde eğitim almışların ise %2.6'dır (TÜİK, 2021: 1). Bu durum bu çalışmaya katılmış olan bakım verenlerin eğitim düzeyinin Türkiye ortalamasının oldukça üstünde olduğunu göstermektedir.

Hastaların klinik tanılarına bakıldığında, analize dahil edilen bakım veren 71 kişinin 22'si hastalarının tam tanısını bilmediklerini ifade etmişlerdir. Kesin tanı söyleyebilen 49 katılımcıdan 33'ü yakınlarının ATD tanısı ile takip edildiğini bildirmişlerdir. Buna göre,

kesin tanısı bilinen hastaların %67.5'inin ATD için tedavi gördüğü söylenebilir. Bu durum Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığının raporu ile uyumludur. Söz konusu raporda ülkemizde farklı bilişsel bozukluklarla ilgili sağlık merkezlerine başvuran kişilerin %67.6'sının ATD tanısı aldığı bildirilmiştir. Yine aynı raporda bu hastaların %57.7'sinin kadın olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışmaya dahil edilen bakım alanların ise %60.6'sı kadındır (Özbabalık ve Hussein, 2017: 23). Hastaların yaş gruplarına bakıldığında, çalışmaya dahil edilen bakım verenlerin demanslı aile üyelerinin %4.2'sinin 51-65 yaş arasında, %45.1'inin 66-80 yaş arasında, %50.7'sinin ise 81 yaş ve üstünde olduğu görülmüştür. Küçükgüçlü ve arkadaşlarının (2017: 1) çalışmasına göre, Türkiye'de demans prevalansı %8.4'tür ve bu oran 55-59 yaş aralığında %2.2, 75 yaş ve üstünde ise %30.4'tür.

Dünya genelinde demanslı bireylerin yaklaşık %90'ının bakım ihtiyaçları aile bireyleri tarafından karşılanmaktadır ve bu sorumluluk sıklıkla hastanın eşi ya da çocukları tarafından üstlenilmektedir (Adelman, v.d., 2017: 1). Türkiye'de de benzer bir tablo olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada toplanan verilere göre ise bakım verenlerin %29.6'sı hastanın eşi, %53.5'ı hastanın kız ya da erkek evladı, %1.4'ü ise kardeşidir. %15.5 katılımcı ise yakınlık derecesini gelin, damat, yeğen, torun gibi başka bir tipte ailevi bağı olarak bildirmiştir. Ülkemizde, demanslı bireyin bakımı ile ilgilenen aile bireylerinin hasta ile aynı evde yaşama oranı %82.24 olarak ifade edilmiştir (Özbabalık ve Hussein, 2017: 23). Bu çalışmaya dahil edilen bakım verenlerde ise bu oran daha düşüktür. Katılımcıların yaklaşık üçte ikisi hasta ile aynı evde yaşadıklarını, üçte biri ise ayrı evlerde ikamet ettiklerini bildirmişlerdir. Bu kişilerin yaklaşık dörtte biri bu sorumluluğu kimse ile paylaşmadıklarını, dörtte üçü ise aileden başka birilerinden ya da profesyonel bir bakıcıdan destek aldıklarını bildirmişlerdir.

Bu çalışmaya katılan bakım verenlerin yarısına yakını demanslı aile bireylerine bir yıldan daha az süredir bakmakta olduklarını bildirmişlerdir. Yaklaşık üçte bir bakım veren ise bu sorumluluğu 1- 3 sene süresince taşıyor olduklarını ifade etmişlerdir. Bakım süresi 3 yıldan uzun olanların ise oranı sadece %22.5'tir. Yapılmış olan çalışmalar 60-69 yaş aralığında demans tanısı almış olan kişilerin ortalama yaşam süresini 6.7 yıl, 90 yaş üstü tanı alan kişilerin ortalama yaşam süresini ise 1.9 yıl olarak bildirmiştir (Rait, v.d., 2010: 337).

Bu durum bu çalışmaya katılmış olan kişilerin bu rolü sürdürdükleri sürecin ortalama demans bakım süresinden daha kısa olduğunu göstermektedir.

Türkiye’de yapılmış olan çalışmalar hasta bakımına ayrılan süreyi günlük ortalama 15.4 saat olarak bildirmiştir. Bakım verenlerin yaklaşık yarısı ise günde en az 20 saatini hasta bakımına ayırmaktadır (Özbabalık ve Hussein, 2017:20). Bu çalışmada ise, bakım verenlerin yaklaşık yarısı bu göreve haftada 10 saatten az zaman ayırdıklarını ifade etmişlerdir. 10-20 saat arası bakım süresi %18.3, 20-40 saat arası ise %14.1 olarak hesaplanmıştır. Hasta bakımına ayırdıkları süreyi haftada 40 saatten fazla olarak bildiren aile bireylerinin oranı ise sadece %18.3’tür. Bu durum, bu çalışmaya katılan bireylerin ortalama haftalık tahmini bakım süresinin Türkiye ortalamasının oldukça altında olduğuna işaret etmektedir.

Bakım süreci ile ilgili ekonomik stres unsurları da bu katılımcı grubu için oldukça düşüktür. Bakım verenlerin %53.5’i hastanın bakımı ile ilgili mali sorumlulukların hastanın kendi imkanları ile karşıladığını, %31.0’i ise masrafların ağırlıklı olarak hasta tarafından karşılandığını, ancak kendilerinin de bir miktar maddi destek sağladıklarını bildirmiştir. Katılımcıların sadece %9.9’u masrafları hastanın da katkısı ile ağırlıklı olarak kendisinin karşıladığını, %5.6 ise tüm mali sorumluluğun kendisinde olduğunu ifade etmiştir.

BVY’yi etkileyen en önemli unsurlardan biri olan işlevsellik düzeyi Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Toplanan veriler bu araştırmanın katılımcılarının bakmakla yükümlü oldukları demanslı yakınlarının yarısından fazlasının (%53.5) tam bağımsız olduğunu göstermektedir. Hastaların %19.7’si hafif düzeyde, %9.9’u orta düzeyde, %16.9’u ise tamamen bağımlıdır. Çalışmaya katılan bakım verenlerin %46.5’inin bir yıldan daha az süredir, %31.0’ının ise 1 ila 3 yıl arasında bu sorumluluğu üstlenmiş olduklarına yönelik ifadeleri göz önünde bulundurulduğunda, bakmakla yükümlü oldukları demanslı yakınlarının çoğunlukla kısa süre önce tanı aldığı düşünülebilir. Bu durum, hastaların bağımsızlık düzeylerindeki bozulmanın çok fazla olmamasının nedenlerinden biri olarak yorumlanabilir.

Yakın zamanda yapılmış olan meta-analiz çalışmaları demanslı kişilere bakan aile üyelerinin ortalama anksiyete prevalansını %32.1, depresyon prevalansını ise %31.2 olarak

bildirmiştir (Kaddour ve Kishita, 2019: 8; Collins ve Kishita, 2020: 2335). Bu tez çalışmasında toplanan veriler incelendiğinde katılımcıların %18.3'ünün belirgin düzeyde depresyon, %28.2'sinin belirgin düzeyde anksiyete bulguları sergilediği görülmüştür. Çalışmaya katılan bireylerin depresyon bulgularının literatürle karşılaştırıldığında belirgin düzeyde düşük olması, katılımcıların ortalama eğitim düzeyinin yüksek olması, hastaların bağımlılık oranının düşük olması, hastaya bakma sürelerinin görece kısa olması, haftada hasta bakımına ayırdıkları sürenin ortalamadan az olması, bakım verme sorumluluğunu başkalarıyla paylaşma oranının yüksek olması gibi süreci kolaylaştırıcı unsurların etkisi olarak yorumlanabilir. Buna kıyasla anksiyete düzeyinin depresyon düzeyinden yüksek ve önceki çalışmalarda bildirilen orana yakın olması ise demans tanısının yeni konmuş olması, hasta yakınlarının %91.5 demans ya da demans bakımı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıklarına dair düşüncelerinden ve bunlardan kaynaklı belirsizlik duygularıyla ilgili olabilir.

Bu araştırmanın ilk hipotezinde bakım verenin demografik özellikleri algılanan BVY ile anksiyete ve depresyon bulgularını yordayıcı unsurlar olarak belirlemiştir. Daha önceki çalışmalarda bakım verenin demografik özellikleri ile ilgili risk unsurları çokça ele alınmıştır. Literatürde bakım verenin kadın olması sıklıkla yüksek BVY ile ilişkilendirilmiştir. Bu durum geçmiş çalışmalarda kadın bakım verenlerin hastanın kişisel bakımı ile ilgili görevleri daha fazla üstlenme eğiliminde olmaları ve hasta bakımı haricindeki ev işleri ile ilgili sorumluluklarının daha fazla olmasıyla açıklanmıştır. (Riffin, v.d., 2019: 281; Chiao, v.d., 2015: 347; van den Kiemboom, v.d. 2020: 6; Adelman, v.d., 2014: 1053; & Connors, v.d., 2019: 7). Schaffler-Schaden ve arkadaşlarının (2021: 1511) çalışması da kadın bakım verenlerin erkeklere kıyasla daha fazla BVY algıladıklarını göstermektedir. Yazarlar bu durumu maddi ve ailevi problemler gibi ikincil stress unsurları ile açıklamıştır. Makalede ayrıca erkek bakım verenlerin zayıf olarak algılanma kaygısıyla algıladıkları BVY'yi olduğundan daha az gösterme eğiliminde olabilecekleri öne sürülmüştür. Bu çalışmada elde edilen veriler de benzer bir tabloya işaret etmektedir. Kadın katılımcıların algıladıkları ortalama bakım veren yükü ($\bar{x}$ =26.0357) erkek bakım verenlerin ortalamasına kıyasla ($\bar{x}$ =17.6667) belirgin düzeyde daha fazladır.

Demanslı bireyin bakımından sorumlu aile bireylerinin depresyon ve anksiyete düzeylerinin yükselmesi ile ilgili çalışmalar incelendiğinde de, bakım verenin kadın olması pek çok çalışmada bir risk faktörü olarak sunulmuştur. Cheng, Lam ve Kwok (2013: 1035), bakım verende kadın cinsiyetinin ve demanslı bireyin nöropsikiyatrik bulgularının artmasının depresyon riskini arttırdığını bildirmişlerdir. Bin Sallim ve arkadaşları ise (2015: 1040), ATD hastaları ve bakım verenleri ile yaptıkları çalışmada, bakım veren kişinin kadın, bakım alanının ise erkek olmasının psikiyatrik bulguların oluşmasında ve artmasında belirleyici olduğunu bulmuşlardır. Yazarlar ayrıca kadın bakım verenlerin depresyon riskinin erkek bakım verenlere kıyasla 1.53 kat, anksiyete riskinin ise 3.39 kat daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Çalışma ayrıca demans bakım sürecinin erken dönemlerinde kadın bakım verenlerin daha çok anksiyete yaşadıklarını, ilerleyen dönemlerde ise major depresyon geliştirdiklerini öne sürmüşlerdir. Gültekin, Kurt-Gök ve Ekinci (2020: 40) ise PHD bakım verenlerinin kadın olmasıyla artmış anksiyete ve ağrı şikayetleri arasında anlamlı bir ilişki bulmuştur. Pillemer, Davis ve Tremont'un (2018: 1159) çalışması da kadın bakım verenlerde depresyon riskinin daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Yazarlara göre kadınlarda depresyon bulguları sıklıkla negatif duygulanım, başarısızlık algısı, yalnızlık, üzümlük, iştahsızlık, düşük aktivite düzeyi, uyku bozuklukları ile görevleri başlatma ve sürdürmede zorluk olarak kendini göstermektedir.

Bu tez çalışmasında elde edilen veriler incelendiğinde, kadın bakım verenlerin ortalama HADS-A skorlarının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu görülmüştür (kadın: $\bar{x}=8.9445$, erkek: $\bar{x}=6.4793$). HADS-D skorları incelendiğinde ise cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu durum, bu çalışmadaki kadın katılımcıların erkeklere kıyasla daha fazla anksiyete yaşadığını, fakat depresyon düzeyinin bakım veren cinsiyetinden bağımsız olduğunu göstermektedir.

Bakım verenin demografik özelliklerinden BVY ve psikiyatrik bulgularla ilişkilendirilmiş olan bir diğer unsur yaştır. Van den Kieboom ve arkadaşlarının (2020: 6) meta-analiz çalışmasına göre bakım veren eşlerin 50-70 yaş aralığında olması BVY'nü arttırmaktadır. 70 yaş sonrasında ise bu risk azalmaktadır. Aynı çalışma ebeveynlerinin bakımını üstelenen bireylerde artan yaşın BVY açısından riski fazlalaştırdığını bildirmektedir. Ayrıca farklı çalışmalarda ilerleyen yaşlarda beden sağlığının bozulması da

bakım verenlerin algıladığı BVY'yi dolaylı olarak arttıran bir unsur olarak belirlenmiştir (Chiao, v.d., 2015: 347; Liu, v.d., 2016: 1291). Bakım verenlerin yaş aralıklarının 25-40, 41-65 ve 66-85 olarak belirlendiği bu tez çalışmasında elde edilen verilerin analizi BVY ve bakım veren yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya koymamıştır.

Bakım veren yaşı ile anksiyete ve depresyon riskine bakıldığında, bakım verenin yaş grubu ile psikiyatrik bulgularının ilişkilendirildiği çok fazla çalışma bulunmamıştır. Liang ve arkadaşları (2016: 5), ileri yaştaki bakım verenlerin depresyon bulguları geliştirme açısından gençlere kıyasla daha riskli grupta olduğunu ileri sürmüştür. Liu ve arkadaşları ise (2016: 1291) bakım verenin bedensel sağlığındaki bozulmanın depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları ile karşılıklı etkileşim içinde olduğunu ve birbirini olumsuz etkilediğini bildirmiştir. Yaşın ilerlemesiyle beden sağlığının bozulma eğiliminde olduğu göz önünde bulundurulursa, ileri yaşta bakım rolü üstlenmenin dolaylı olarak bakım verenin psikolojik iyilik hali üzerinde etkisi olabileceği düşünülebilir. Riffin ve arkadaşları (2019: 281) bakım verenin kendi bedensel sağlık durumu ile anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu ifade etmiştir. Yazarlara göre, bakım verenin sağlık durumundaki bozulma anksiyete düzeyinin yükselmesine neden olmaktadır. Bu tez çalışmasında elde edilen veriler ise katılımcıların yaş grupları ile HADS-A ve HADS-D skorları arasında anlamlı bir istatistiksel bulguya işaret etmemektedir.

Bakım verenle ilgili demografik özelliklerden algılanan BVY ile anksiyete ve depresyon düzeyini etkileyen unsurlardan bir diğeri eğitim seviyesidir. Bakım verende düşük eğitim düzeyinin BVY'yi arttırdığı farklı çalışmalarda bildirilmiştir (Adelman, v.d., 2014: 1053; Chiao, v.d., 2015: 347). Benzer bir durum psikiyatrik bulgular için de geçerlidir. Lou ve arkadaşları (2015: 2674) bakım verende düşük eğitim seviyesini depresyon bulgularının yüksekliği ile ilişkilendirmiştir. Cheng, Lam ve Kwok (2013: 1035) ise eğitim seviyesinin düşüklüğünün hem depresyon hem anksiyete açısından risk oluşturduğunu bildirmiştir.

Bu tez çalışmasındaki katılımcılar hiç eğitim almamış, ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu, üniversite mezunu ve yüksek lisans ile üstü düzeyde eğitim olmak üzere 6 alt grupta değerlendirilmiştir. İlkokul öncesi ve ortaokul mezunu gruplarında sadece birer kişi olduğu için bu gruplar analize dahil edilmemiştir. Kalan gruplar ilkokul mezunları ve lise mezunları, lise mezunları ve üniversite mezunları, üniversite mezunları ve yüksek

lisans ile üstü eğitim seviyesinde olanlar şeklinde karşılaştırılmıştır. Elde edilen verilere göre lise mezunlarının algıladığı ortalama BVY ilkokul mezunlarına kıyasla yaklaşık iki kat daha fazladır (ilkokul: $\bar{x}=14.6000$, lise: $\bar{x}= 28.0909$). Lise mezunlarının algıladığı ortalama BVY benzer şekilde üniversite mezunlarından da daha fazladır (lise: $\bar{x}= 28.0909$, üniversite: $\bar{x}=21.2424$). Algılanan ortalama BVY açısından üniversite mezunları ve yüksek lisans ile üstü eğitim grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

HADS-A skorları incelendiğinde ise, lise mezunlarının ortalama anksiyete skorlarının ilkokul mezunlarına kıyasla daha yüksek olduğu söylenebilir (ilkokul: $\bar{x}=6.2000$, lise: $\bar{x}=9.8855$). Lise ve üniversite mezunu gruplar karşılaştırıldığında ise, lise seviyesindeki katılımcıların ortalama anksiyete seviyesi daha yüksektir (lise: $\bar{x}=9.8855$, üniversite: $\bar{x}=7.6848$). Üniversite mezunu grup ve lisans ve üstü grupların ortalama skorları incelendiğinde ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

HADS-D skorlarına göre, lise mezunlarının ortalama depresyon düzeyinin ilkokul mezunlarına kıyasla yaklaşık iki kat daha fazla olduğu görülmektedir. (ilkokul: $\bar{x}=3.4260$, lise: $\bar{x}=7.9150$). Lise ve üniversite mezunları ile üniversite, yüksek lisans ve üstü eğitim grupları karşılaştırıldığında ise ortalama depresyon skorları açısından anlamlı bir fark ortaya çıkmamıştır. Tablo genel olarak incelendiğinde, en az BVY algılayan ve anksiyete bulguları en düşük olan grup ilkokul grubudur. Bunu üniversite ve üstü izlerken, en yüksek BVY ve anksiyete düzeyi bildiren grup lise mezunlarıdır. Depresyon bulguları açısından ise ilkokul mezunlarının diğer gruplara kıyasla daha az etkilendiği söylenebilir. Bu durum önceki çalışmalardan farklı bir tabloyu ortaya koymaktadır. Tez katılımcılarının ortalama eğitim seviyesinin oldukça yüksek olması ve ilkokul grubunun sadece 5 kişi tarafından temsil edilmesi ile BVY, anksiyete ve depresyon bulgularına etki eden diğer unsurların varlığı bu durumun ortaya çıkmasında etkili olmuş olabilir.

Bakım verenle ilgili demografik özelliklerin algılanan BVY ile depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisi incelendiğinde, bakım verende kadın cinsiyetinin bu alanların tümünde belirleyici bir unsur olarak öne çıktığı görülmektedir. Eğitim seviyesi de yine belirleyici bir unsur olarak öne çıkmakla birlikte, önceki çalışmaların ve beklenenin aksine düşük eğitim seviyesi grubundaki katılımcıların ZBYÖ, HADS-A ve HADS-D skorları, daha yüksek düzeyde eğitim alan katılımcılara kıyasla daha düşüktür. Bununla birlikte lise

düzeyinde eğitim alan katılımcıların algıladığı BVY ile anksiyete düzeyleri üniversite ve üstü eğitim almış olan katılımcılara kıyasla daha yüksektir. Depresyon düzeyleri açısından ise lise ve üstü düzeyde öğrenim görmüş olan katılımcıların skorlarında anlamlı bir fark görülmemiştir. Bakım verenin yaşı ile algılanan BVY ile depresyon ve anksiyete bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Araştırmanın ikinci hipotezinde demanslı bireyin demografik özellikleri bakım verenin algıladığı BVY ile anksiyete ve depresyon bulgularını yordayıcı usurlar olarak belirlemiştir. Hastanın demografik özellikleri için toplanan veriler cinsiyet ve yaşla ilgili bilgileri içermektedir. Demanslı bireyin klinik tanısı ve günlük yaşam aktivitelerine ilişkin işlevsellik düzeyi de bu başlık altında incelenmiştir.

Daha önceki çalışmalarda demanslı bireyin cinsiyeti ile bakım verenin algıladığı BVY ya da psikiyatrik iyilik halinde azalma hakkında çok fazla veri bulunmamaktadır. Sadece Tülek ve arkadaşlarının (2020: 4) çalışması hastanın erkek olmasının algılanan BVY'yi olumsuz yönde etkilediğine değinmiştir. Yazarlar bu durumu erkek hastaların daha fazla davranış problemleri ve agresyon eğiliminde olmasıyla açıklamıştır. Ayrıca erkek hastalara bakan kadınların kilo farkı nedeniyle özbakım, tuvalet ihtiyacı gibi günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili alanlarda fiziksel olarak daha fazla zorladıklarını bildirmiştir. Bu tez çalışmasının verileri incelendiğinde hastanın kadın ya da erkek olmasının bakım verenin algıladığı BVY ile depresyon ve anksiyete bulguları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Önceki çalışmalara bakıldığında demanslı bireyin yaşının genç olmasının bakım verenin algıladığı BVY ile anksiyete ve depresyon düzeyinin yükselmesi arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. 65 yaş öncesinde başlayan demanslar erken başlangıçlı demanslar olarak sınıflandırılmaktadır ve tüm demansların %2-8'ini oluşturmaktadır (Wong, v.d. 2020:3). Wang ve arkadaşlarının (2020: 6) Singapur'da demanslı bireylerin bakım verenleri ile yaptığı çalışma erken yaşta başlayan demansların geç başlayanlara kıyasla daha fazla BVY'ye yol açtığını bildirmişlerdir. Ayrıca yazarlar genç hastaların bakım verenlerinin ileri yaştaki hastalarınkilere kıyasla daha fazla akıl sağlığı sorunu yaşadığını, bedensel sağlık açısından ise bu iki grubun bakım verenleri arasında belirgin bir fark olmadığını bildirmişlerdir. Bu durum için sunulan açıklama genç yaşta tanı alanların bakım ihtiyacının daha uzun yıllara yayılmasıdır. Buna ek olarak FTD'nin tipik olarak daha erken başlaması

ve FTD’de delüzyon ya da disinhibisyon gibi başa çıkılması güç nöropsikiyatrik bulgulara daha sık rastlanması erken yaşta tanı alanların yakınlarını BVY ve akıl sağlığı açısından daha riskli bir gruba sokmaktadır. Yazarlar bu çalışmaya katılmış olan erken başlangıçlı demans hastalarının %23’ünün, geç başlangıçlı hastaların ise %3’ünün FTD tanısıyla takip edildiğini bildirmişlerdir.

Lim ve arkadaşları (2018: 540) genç yaşta tanı alan hastalarının bakım verenlerinin ileri yaşta tanı alanlara kıyasla iki kat daha fazla BVY algıladıklarını bildirmişlerdir. Yazarlar bu durumu genç tanı alan hastaların bulgularının daha hızlı kötüleşmesiyle ve genç hastalarda konuşma bozukluğu, agnozi ve davranış bozukluğuna daha sık rastlanmasıyla açıklamıştır. Ayrıca erken yaşta demansiyel bozukluğun kişinin iş hayatından erken ayrılması ve bunun sonucu olarak ailenin daha fazla ekonomik güçlüklerle karşılaşması da BVY’nü arttıran bir unsur olarak sunulmuştur.

Connors ve arkadaşları ise (2019: 7) genç tanı alan hastaların bakım verenlerinin daha fazla BVY algılamasını üç nedenle açıklamıştır. Bunlardan ilki bakım verenlerin hayatlarının bu dönemi ile ilgili beklentileriyle gerçekte yaşadıkları durumun birbirinden çok farklı olmasıdır. İkinci neden genç hastalara bakan aile bireylerinin daha fazla rol ve sorumluluk çatışması yaşamasıdır. Üçüncü neden ise genç demanslıların bakım verenlerinin içinde bulundukları zor durumun yaşlı hastalara bakarlara kıyasla daha uzun bir süreç olacağına dair inançları ve bundan kaynaklanan umutsuzluk duygularıdır.

Bu tez çalışmasında bakım alan bireylerin yaş grupları 51-65 yaş, 66-80 yaş ve 81 yaş ve üstü olarak gruplanmıştır. 51-65 yaş grubunda hastalara bakım veren katılımcı sayısı sadece 3 kişidir. 66-80 yaş arası grupta 32, 81 yaş ve üzeri grupta ise 36 kişi vardır. Elde edilmiş olan verilerin analizi hasta yaş grupları ile bakım verenin algıladığı BVY ve depresyon ve anksiyete düzeyi arasında anlamlı bir fark ortaya koymamıştır. Bu durum 65 yaş altı demanslı hasta örnekleminin yetersiz olması ile ilgili olabilir.

Önceki çalışmalar demansın tipinin de BVY ve bakım verenin psikolojik iyilik halide bozulma ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Chiao, Wu ve Hsiao’nun çalışması (2015: 347) FTD tanısı, semptomların şiddeti ve bakım süresinin uzamasını BVY’yi en fazla etkileyen unsurlar arasında saymıştır. Mioshi ve arkadaşları (2013: 68) BVY ve bakım verenin

psikiyatrik bulguları açısından dört demans tipini ve onların yakınlarını incelemiştir. Bunlardan üçü FTD şemsiyesi altındaki davranışsal varyan FTD, semantik varyant primer progresif afazi ve akıcı olmayan agramatik varyant primer progresif afazi tanımlı bireyler ve yakınlarıdır. İncelenen dördüncü grup ise ATD tanımlı hastalar ve bakım verenleridir. Yazarlara göre konuşma güçlükleri ile ilerleyen FTD’lerde iletişim güçlüklerinin hem hastalar hem de yakınları için zorluk yarattığını ve sosyal yaşamı olumsuz etkileyen bir unsur olduğunu bildirmişlerdir. Hastaların bakım verenlerinden toplanmış olan veriler anksiyete düzeyi açısından belirgin bir fark ortaya koymamıştır. Ancak davranışsal varyant FTD tanımlı hastaların yakınlarının depresyon düzeyinin semantik ve akıcı olmayan agramatik variant ile ATD tanımlı hastaların yakınlarına kıyasla belirgin düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür. Hastalarının yakınlarının algıladığı BVY de davranışsal varyant FTD’de diğer hastalıklara kıyasla belirgin düzeyde daha fazla bulunmuştur. Yazarlar bu durumu davranış problemlerinin bu tanıda diğerlerine kıyasla çok daha erken dönemde ortaya çıkmasıyla açıklamıştır. Ayrıca davranışsal varyant FTD’de hastalık bulgularının tanı konulduktan 5 yıl sonra diğer varyantlarda ise 10 yıl sonra çok şiddetli düzeye ulaştığı bildirilmiştir.

Huang ve arkadaşları ise (2022: 7) ATD, VaD, LBD, FTD, mikst demans tanımlı bireyler ve yakınlarıyla bir çalışma yapmışlardır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre VaD tanımlı hastaların yakınlarının algıladığı BVY’nin diğerlerine kıyasla daha az olduğu görülmüştür. Yazarlar bu durumu bu grup hastaların ve aile bireylerinin kardiyovasküler problemler nedeniyle sağlık sistemi ile daha yoğun iletişim içinde olmasıyla açıklamışlardır. Mikst demans tanımlı hastaların yakınlarında BVY ATD ve VaD tanımlılarınkine kıyasla daha fazla bulunmuştur. Bunun nedeni bu tipte hastalığın daha hızlı ilerlemesi ile açıklanmıştır. DLB tanımlı hastaların yakınlarının BVY de ATD grubundan daha yüksektir, çünkü DLB’de daha fazla nöropsikiyatrik bulguya rastlanmaktadır, hastalar gündelik yaşam aktiviteleri ile ilgili daha çok desteğe ihtiyaç duymaktadır ve bu grupta düşme riski daha fazladır. FTD yakınlarının BVY düzeyi de bu grupta davranışsal ve psikiyatrik bulgularla daha sık karşılaştığı için ATD’ye kıyasla daha fazladır.

Bu tez çalışmasında elde edilmiş olan veriler incelendiğinde hastaların klinik tanısıyla yakınlarının algıladığı BVY ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bunun nedeni analize dahil edilen 71 katılımcıdan 22’sinin demanslı

yakınının tam tanısını bilmediğini ifade etmiş olması, DLB ve mikst demans tanılı yakınlarına bakan katılımcıların sadece birer kişi olması ile açıklanabilir. Böyle bir çalışmada daha büyük bir örneklemin daha anlamlı sonuçlar verebileceği düşünülmektedir.

Demansa BVY ve bakım verenlerin psikiyatrik iyilik halinin bozulmasını inceleyen pek çok çalışma hastanın nöropsikiyatrik bulgularının ve günlük yaşam aktivitelerinde destek ihtiyacının artmasının hastalığın bilişsel performansındaki düşüşe kıyasla bakım verenlerin daha fazla güçlük yaşamasına neden olduğunu bildirmiştir (Borjse, v.d., 2016: 7; Brodaty, v.d., 2014: 763; Reed, v.d., 2019: 5). Cheng ve arkadaşları (2017:4) demansiyel bozukluklarla ortaya çıkan güçlükler arasında BVY'yi en fazla etkileyen unsurları önemliden önemsiz doğru nöropsikiyatrik bulgular, fiziksel, işlevsel bağımlılık ve bilişsel bozukluk olarak sıralamışlardır. Küçükgüçlü ve arkadaşları ise (2017:4) günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili işlevselliğin bozulmasının hastanın otonomi kaybına ve bunun sonucu olarak ev içi, ev dışı aktivitelerinde destek ihtiyacının artmasına neden olduğunu, bu nedenle algılanan BVY'yi en fazla etkileyen etmenlerden olduğunu bildirmiştir. Günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili işlevsellikteki düşüş aynı zamanda gün içinde bakım verenin hastanın bakımına ayırdığı zamanı da arttırdığı için algılanan BVY üzerinde olumsuz etkiye yol açmaktadır (Lin, Shih ve Ku, 2018: 17; Tülek, v.d., 2020: 4). DLB ve ATD tanılı hastaların bakım verenlerinin algıladığı BVY'yi inceleyen Naharcı ve arkadaşları (2016: 383) tüm demansiyel bozukluklarda özellikle orta ve ileri evrelerde özbakım gibi günlük yaşam aktivitelerinde artan destek ihtiyacının bakım verenlerin emosyonel, fiziksel ve psikososyal iyilik halini tehdit ettiğini bildirmiştir. Kawaharda ve arkadaşları (2019: 1246), günlük yaşam aktiviteleri içinde algılanan BVY'yi en fazla etkileyen unsurların yemek yeme ve yıkanma olduğunu ifade etmişlerdir.

Bu tez çalışmasında hastanın günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili işlevsellik düzeyi Katz ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ölçekte işlevsellik düzeyi banyo yapma, giyinme, tualete yalnız gidebilme, ev içinde bir yerden bir yere giderken desteğe ihtiyaç duyma, idrar ve gayta kontrolünün olması ve kendi başına yemek yiyebilme alanlarındaki bağımlılık durumu göz önünde bulundurularak değerlendirilmektedir. Katz ölçeğinden alınan skorlar ZBYÖ, HADS-A ve HADS-D skorları ile karşılaştırılarak katılımcıların algıladığı BVY ile anksiyete ve depresyon düzeyleri incelenmiştir. Elde edilen verilerin analizi hastanın günlük yaşam

aktivitelerindeki işlevselliği düştükçe bakım verenin algıladığı BVY'nin istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığını göstermektedir. Bakım verenlerin ZBYÖ skorları incelendiğinde tam bağımsız hastalara bakan aile bireylerinin ortalama skoru 19.92, hafif düzeyde bağımlı olanların 26.29, orta düzeyde bağımlı olanların 31.43, tam bağımlı olanların ise 31.50 olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlara göre bakım verenlerin ifade ettiği BVY düzeyi tam bağımsız, hafif düzeyde bağımlı ve orta düzeyde bağımlı hastalara bakanlarda daha belirgin düzeyde artmaktadır. Orta düzeyde bağımlı hastaların yakınları ile tam bağımlı hastaların yakınlarının algıladığı ortalama BVY düzeyi ise yaklaşık olarak aynıdır.

Katz skorları ve HADS-A skorları karşılaştırıldığında tam bağımsız hastalara bakan kişilerle tam bağımlı hastalara bakanların anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür. Katılımcılardan tam bağımsız hastaların sorumluluğunu üstelenmiş olanların ortalama anksiyete skorları 7.80, hafif düzeyde bağımlılara bakanların 7.61, orta düzeyde bakanların 8.43, tam bağımlılara bakanların ise 11.33 olarak saptanmıştır. Tam bağımsızlar ve hafif düzeyde bağımlılarla ilgilenen aile bireylerinin ortalama anksiyete düzeyleri birbirine oldukça yakın olmakla birlikte, daha ilerleyen evrelerde bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verenin anksiyete bulgularının arttığı da gözlenmektedir.

Katz ölçeği skorları ve HADS-D skorları karşılaştırıldığında, tam bağımsız hastaların yakınlarının ortalama depresyon düzeyi 5.82, hafif düzeyde bağımlıların 6.56, orta düzeyde bağımlıların 5.30, tam bağımlıların 10.17 olarak bulunmuştur. Bu durum tam bağımsız hastaların yakınları ile tam bağımlıların yakınları ve orta düzeyde bağımlı hastaların yakınları ve tam bağımlıların yakınlarının depresyon bulguları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğunu göstermektedir.

Katz ölçeği skorları ile ZBYÖ, HADS-A ve HADS-D skorları incelendiğinde elde edilen bu sonuçlar daha önce yapılmış olan çalışmaların günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili işlevsellik düzeyinde düşüşün algılanan BVY ile bakım verenin anksiyete ve depresyon bulgularının artması ile ilişkili olduğu yönündeki ifadeleri doğrulamaktadır. Bununla birlikte bu çalışmada elde edilen Katz skorlarındaki düşüşün bakım verenin algıladığı BVY ve depresyon düzeyi üzerindeki etkisinin hafif düzeyde, anksiyete düzeyi üzerinde ise sınır düzeyde etkili olduğu söylenebilir. Bu durum bu çalışmaya katılan bakım verenlerin yüksek eğitim düzeyi, bakım sorumluluğunu başkalarıyla paylaşma imkanlarının olması, refah

düzeylerinin ortalamının üstünde olması, daha kısa süredir hastanın bakımıyla ilgileniyor olmaları ve hastada hasta bakımına daha az zaman ayırmaları gibi diğer belirleyici unsurun etkisiyle açıklanabilir. Hastanın işlevsellik düzeyinin bakım verenin anksiyete düzeyini depresyon düzeyine kıyasla daha fazla etkiliyor olması ise hastaların çoğunun nispeten yakın dönemde tanı almış olmaları ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Hasta bakımını üstelenen aile bireylerinin ilerleyen dönemlerle ilgili daha fazla belirsizlik algılamasının anksiyete düzeylerini yükselttiği, ancak bakım sorumluluğunu nispeten kısa süredir üstleniyor olmalarının da henüz belirgin düzeyde depresyona neden olmadığı tahmin edilmektedir.

Araştırmanın üçüncü hipotezi bakım süreci ile ilgili unsurların bakım verenin algıladığı BVY ile anksiyete ve depresyon düzeyini yordayıcı özelliğe sahip olduğu yönündedir. Bu unsurlar demanslı birey ile bakım verenin yakınlık derecesi, hasta ve yakınının birlikte yaşayıp yaşamadığı, bakım verenin hastaya uzun zamandır bakıyor olması, haftalık ortalama bakım süresinin fazla olması, bakım sorumluluğunun başkalarıyla paylaşılıp paylaşılmadığı ve bakım verenin demans ve demans bakımı hakkında eğitim ya da bilgilendirme almış olması olarak belirlenmiştir.

Bakım süreci ile ilgili unsurların algılanan BVY ile bakım verenin psikolojik iyilik halinin üzerindeki etkisini araştıran önceki çalışmalara bakıldığında hastanın ve bakım verenin akrabalık derecesi, birlikte oturma durumu sıklıkla birlikte ele alınmıştır. Watson, Tatangelo ve McCabe (2018: 604) depresyon düzeyinin hastalara bakan erişkin evlatlarda eşlere kıyasla daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Alfakhri ve arkadaşlarının (2018: 4) Suudi Arabistan'da demanslı aile bireylerine bakan kişilerle yaptıkları araştırmaya göre yaşlanan ebeveynlerin bakım sorumluluğunu almak kültürel olarak evlatlardan beklenmektedir. Araştırma algılanan BVY açısından bakım veren evladın cinsiyetinin bir etkisi olmadığını göstermektedir. Yazarlar bu ülkede demanslı ebeveynlerine bakan evlatların ortalama depresyon oranının toplum genelinden daha yüksek olduğunu, burada algısı, suçluluk duygusu gibi kültürel unsurların bakım verende depresyon riskini arttıran unsurlardan olduğunu açıklamışlardır.

Arai ve arkadaşlarına (2014: 81) göre ise, hastayla aynı evde yaşayan eş olmak depresyon riskini arttırmaktadır çünkü bu durum gün içerisinde hastanın bakımına ayrılan süreyi uzatmaktadır. Bin Sallim ve arkadaşlarının (2015: 1040) çalışması da erkek demans

hastalarına bakan kadın eşlerin psikiyatrik bozukluk geliştirme risklerinin özellikle yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Schaffler-Schaden ve arkadaşlarının (2021: 12) Avusturya’da yapmış olduğu çalışmaya göre de eşlerin algıladığı BVY, kız ve erkek evlatlarındakinden daha yüksek olma eğilimindedir. Yazarlar bu durumu eşlerin bakım sürecinin aynı evde oturmanın sonucu olarak günün 24 saatini kapsaması, eşlerin evlatlara kıyasla daha ileri yaşta olması, bunun sonucu olarak kendi sağlık sorunlarının da daha fazla olması ve partnerleri ile olan ilişkiden memnuniyetsizliklerinin fazlalaşmasıyla açıklamıştır. Bu çalışma ayrıca bakım veren evlatlardan kadın olanların erkeklere kıyasla daha fazla BVY algıladıklarını göstermiştir. Bunun nedeni kadınların ebeveynlik, çalışma hayatı, evlilik ilişkisi gibi birden fazla rolü dengelemek zorunda olmaları, erkek evlatların ise eşlerinden demanslı ebeveyne bakma konusunda daha fazla destek alma şansına sahip olmaları olarak açıklanmıştır.

Chiari ve arkadaşlarının (2021: 194) İtalya’da erken başlangıçlı demans hastalarının yakınlarıyla yapmış olduğu çalışma kadın verenlerin algıladığı BVY’nin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte bu çalışmaya göre kız evlatların ve kız kardeşlerin algıladığı bakım veren yükü kadın eşlere kıyasla daha fazladır. Bu durum özellikle evli olmayan erkek hastaların kadın bakım verenleri için zorlayıcıdır çünkü sıklıkla bu grup bakım verenlerin kendi aileleri ile ilgili sorumlukları bakım verme rolü ile çakışmaktadır.

Van der Kieboom ve arkadaşlarının çalışması (2020: 6) hastayla aynı evde yaşayan eşlerin ve erişkin evlatların ortalama BVY’sinin ayrı evde yaşayan erişkin çocuklara kıyasla belirgin düzeyde daha yüksek olduğunu bulmuştur. Conde-Sala ve arkadaşları ise (2014: 629) 3 seneye yayılmış bir çalışmanın sonucunda en az BVY’nin ayrı evde yaşayan evlatlar tarafından algılandığını, bunu sırasıyla aynı evde yaşayan eşlerin ve aynı evde yaşayan erişkin evlatların takip ettiğini saptamışlardır. Ayrıca yazarlar aynı evde yaşayan eşlerin algıladığı BVY’nin zaman içerisinde diğerlerine kıyasla daha belirgin bir artış gösterdiğini bildirmişlerdir. Wulff ve arkadaşlarının (2020: 6) İsveç ve İtalya’da demanslı yakınlarına bakan aile bireyleriyle yapmış olduğu çalışmaya göre, İtalyan bakım verenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleri daha yüksektir. Yazarlar bu durumu bu ülkede hastayla birlikte yaşama durumunun daha sık olması ve bu nedenle bakım verenlerin kendilerine daha az zaman ayırabilmeleriyle açıklamışlardır.

Bu tez çalışmasında elde edilen verilere göre demans tanılı birey ve onun bakımıyla ilgilenen aile bireyinin yakınlık derecesi incelendiğinde, bakım verenin hastanın evladı, eşi, kardeşi olmasının ya da hastayla başka bir ailevi yakınlığının olmasının algılanan BVY ile anksiyete ve depresyon düzeyi arasında anlamlı bir fark görülmemiştir. Birlikte oturma durumu ile ilgili yanıtlara bakıldığında ise, ortaya çıkan sonuçlar hastayla aynı evde yaşamanın bakım verenin algıladığı BVY ile anksiyete ve depresyon düzeyini olumsuz etkilediği görülmüştür. Ayrıca, hastayla birlikte yaşama durumunun bu üç alan içerisinde en fazla bakım verenin anksiyete düzeyinin yükselmesinde etkili olduğu görülmüştür.

Önceki çalışmalarda bakım sürecinin daha uzun süredir devam ediyor olmasının ve bakım verenin hastayla gün içerisinde daha fazla süre ilgilenmek zorunda olmasının algılanan BVY ile bakım verenin psikolojik iyilik hali üzerindeki etkisi çokça araştırılmıştır. Pek çok çalışmada demansiyel bozuklukların ilerleyici özellik taşımasının zaman içerisinde hastanın günlük hayat aktivitelerinde işlevselliğinin düşmesine ve nöropsikiyatrik bulgularının artmasına neden olduğu bildirilmiştir. Bunun sonucunda hastanın giderek daha fazla desteğe ihtiyaç duyması ve bakım verenin gündelik hayatta daha fazla davranış sorunuyla yüzleşmek zorunda kalması algılanan BVY ile depresyon ve anksiyete bulgularını arttırmaktadır (Lin, Shih ve Kuh, 2018:17; Küçükgüçlü, v.d., 2017: 4; Lou, v.d., 2015: 2671; Tülek, v.d., 2020: 4; Conde-Sala, v.d., 2014: 629; Garcia-Alberca, v.d., 2012: 1325; Arai, v.d., 2014: 81; Wulff, v.d., 2020: 6).

Givens ve arkadaşları (2014: 482) demanslı bireylerin bakım sorumluluğunun diğer hastaların bakımına kıyasla daha zorlayıcı olduğunu bildirmişlerdir. Yazarlar bu durumun nedenleri içinde demans bakım süresinin başka çoğu sağlık sorununa kıyasla daha uzun yıllara yayılması, demanslı hastaların işlevsellik düzeyinin zaman içerisinde bozulması ve davranış sorunlarının artmasını saymışlardır. Tüm bu nedenler hasta bakımına ayrılan zamanın artmasına ve bakım verenlerin kendilerine vakit ayırma fırsatını gittikçe daha az bulmasına yol açmaktadır. Bunun sonucunda bakım verenlerde kendilerini bu rolde tutsak hissetme algısı artmaktadır. Ayrıca hasta bakımı zaman içerisinde hem bedensel hem emosyonel olarak daha zorlayıcı hale gelmektedir. Yazarlara göre bu durum bakım verenlerin depresif bulgularının şiddetinin giderek artmasına neden olmaktadır.

Riffin ve arkadaşları (2019: 277) bakım verenin demanslı yakınına günlük yaşam aktiviteleri ve sağlık ihtiyaçları ile ilgili daha fazla destek vermek zorunda olmasının zaman içerisinde farklı alanlarda giderek artan sorunlar yaşamasına neden olduğunu bildirmiştir. Yazarlar böyle durumlarda bakım verenlerin daha fazla emosyonel, fiziksel ve ekonomik sorun yaşadığını, iş hayatında verimliliğinin düştüğünü, değer verdiği aktivitelere daha az zaman ayırabildiğini, böylelikle de kaygı ve ümitsizlik duygularını daha fazla yaşadığını bildirmişlerdir. Bu durum bakım verenlerin yüksek düzeyde anksiyete yaşamasına yol açmaktadır. Schüz ve arkadaşları (2015: 243) gün içerisinde hasta bakımına ayrılan zamanın artmasının bakım verenin psikiyatrik bulgularını olumsuz etkilediğini bildirmişlerdir. Yazarlar bakım verenlerin sosyal ve kültürel etkinlikler, hobiler ve spora zaman ayırmasının anksiyete bulgularını azalttığını bildirmişlerdir.

Razani ve arkadaşlarının (2014: 248) 1 yıllık çalışmasının sonuçlarına göre demanslı bireyin günlük yaşam aktivitelerindeki işlevsellik düzeyinde çok fazla bozulma olmadığı durumlarda bile zaman içerisinde bakım verenin algıladığı BVY ile depresyon ve anksiyete bulguları artmaktadır. Bu durum özellikle tanının ilk konduğu dönemde depresyon şikayetleri daha fazla olan bakım verenlerde belirgindir. Bu kişilerde zaman içerisinde öfke duygularında artış, sosyal izolasyon eğilimi ve sıklaşan ailevi sorunlar gözlenmiştir. Tang ve arkadaşlarına (2015:652) göre, demansiyel sürecin sonucu olarak gün içerisinde yaşanan sorunların artmasıyla bakım verenlerde özyeterlilik algısı sarsılmaktadır ve yeterli destek alamadığı inancı oluşmaktadır. Bu durum bakım verenlerin psikiyatrik şikayetlerinin artmasına neden olmaktadır.

Xu ve arkadaşlarının (2021: 6) çalışması bakım verenlerde algılanan BVY'yi en fazla etkileyen unsurun gün içerisinde bakıma ayrılan sürenin artması olduğunu göstermektedir. Özellikle gün içerisinde hasta bakımına 14 saat ve daha fazla zaman ayıran bakım verenlerin algıladığı yük artmaktadır. Bununla birlikte günlük bakım süresinde artış, bakım verenin akıl sağlığı üzerinde aynı düzeyde olumsuz etkiye neden olmamaktadır. Yazarlar bu durumu bakım verenlerin zaman içerisinde daha fazla sosyal desteğe ulaşabilmesi, bakımla ilgili deneyimin artması ve daha işlevsel başa çıkma stratejileri geliştirmeleriyle açıklamıştır. Walker ve arkadaşlarına (2006: 536) göre ise hastalık ilerledikçe artan düşme, kaybolma, ateş, su ve elektriğin yanlış kullanımı gibi riskli davranışlar ile bunların sonucu olarak artan

kaza ve yaralanmalar bakım verenlerin anksiyete düzeylerini yükseltmektedir. Allen ve arkadaşlarının (2019: 52) araştırması da hastalık ilerledikçe hastanın artan davranış sorunları ve hastanın güvenliğiyle ilgili kaygıların bakım verenin psikolojik iyilik halini olumsuz yönde etkilediğini ortaya koymaktadır.

Liang ve arkadaşlarının (2016: 5) MCI tanılı hastaların yakınları ile yaptıkları çalışmaya göre, tanı konmadan önce hasta yakınları hastadaki psikiyatrik bulgularının nedenini anlamlandıramadıkları, bu durumla nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri için depresyon ve anksiyete yaşamaktadır. Tanı konduktan sonra ise bakım verenler hastalık ve hastalıkla ortaya çıkan bulgular konusunda daha fazla bilgi edindikleri için yakınlarının davranışlarının nedenini daha objektif bir şekilde değerlendirebilmekte ve durumu daha kolay kabullenebilmektedirler.

Bu teze katılan bakım verenlerin haftalık bakım süresinin algılanan BVY, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkisi bakım süresi dört seçeneğe ayrılarak incelenmiştir. Katılımcıların haftalık bakım süresinin Türkiye ve dünya ortalamasının oldukça altında olduğu görülmüştür. 71 kişiden 35'i bakıma haftada 10 saatten az, 13'ü 10- 20 saat arasında, 10'u 20-40 saat arası, 13'ü ise 40 saatten fazla zaman ayırdığını bildirmiştir. Haftalık bakım süresine göre ZBYÖ, HADS-A ve HADS-D skorları incelendiğinde her üç alanda da 10 saatten az, 10- 20 saat arası ve 20- 40 saat arası alt gruplarında bakım süresi arttıkça ortalama BVY, anksiyete ve depresyon düzeyi değerlerinin yükseldiği görülmektedir. Yine her üç alanda 40 saatten fazla bakım verenlerin ortalama değerlerin 20- 40 saat arası bakım verenlerden daha az, 10- 20 saat bakım verenlerden daha fazla bulunmuştur. Ayrıca analiz sonuçlarına göre sadece bakım süresi haftada 10 saatten kısa ve 20-40 saat arası olan katılımcıların depresyon skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmüştür.

Bu durum hastalığın ilerlemesi ve hastanın bakım ihtiyacının artmasıyla bakım veren aile bireylerinin bu role daha kolay adapte olması, hastalık konusunda daha fazla bilgiye ve hasta bakımı hakkında daha fazla deneyime sahip olması ile yorumlanabilir. Aynı zamanda haftada 40 saatten fazla süre haftada 40- 168 saat arasında, günde 6- 24 saat gibi geniş bir aralığı kapsamaktadır. Günde 6 saatlik bir bakım süresi önceki araştırmaların çok altındadır. Bununla birlikte araştırmaya katılan kişilerin diğer demografik verileri incelendiğinde bu bakımı çok uzun süredir üstlenmeyenlerin fazla olması, maddi kaygıların Türkiye genelinden

daha az, eğitim düzeylerinin daha fazla olması, bakım sorumluluğunu paylaşma oranının yüksek olması, hastaların çoğunun ATD tanısıyla takip ediliyor olması, gündelik yaşam aktivitelerindeki işlevselliğin çok bozuk olmaması gibi unsurların algılanan BVY ile anksiyete ve depresyon düzeylerinin 40 saatten uzun haftalık bakımda çok yüksek olmamasına etki etmiş olabilir. Depresyon alt ölçeği ortalama skorlarında haftalık 10 saatten kısa ve 20-40 saat arası bakım süresinde görülen istatistiksel olarak anlamlı farklılık bakım verenlerin bu sorumluluğa ayırdıkları zamanın hayatlarında iş yaşamı ya da kendi aileleri ile ilgili sorumluluklar gibi diğer rollerle bakım rolünün çatışmaya başlamış olabileceğini düşündürmektedir. Çoklu rollerin çatışması ve bireyin sosyalleşme, spor ve diğer iyi hissettiren aktivitelere daha az zaman ayrabilmesi, bakım verenin sevdiği bir kişinin iyilik halinin giderek bozulduğunu gözlemlemesi, hastanın bakım ihtiyacının artmasının bakan kişiyi bedensel ve duygusal olarak daha fazla zorlaması depresyon düzeyinde saptanan bu artışa neden olmuş olabilir.

Bu tezde edilmiş olan veriler incelendiğinde katılımcıların algıladığı ortalama BVY ile anksiyete ve depresyon düzeylerinin zaman içerisinde artış gösterdiği görülmektedir. Algılanan BVY ile anksiyete ölçeklerine göre, bir yıldan daha kısa bir süredir demans tanılı yakının bakımı ile ilgilenen katılımcıların yanıtlarının ortalaması ile bu sorumluluğu 3 yıldan uzun süredir sürdürenlerin yanıtlarının ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Aynı durum 1-3 yıl arası demanslı yakınına bakan katılımcılar, 3 yıldan uzun süredir bakanların anksiyete ve BVY yanıtlarında da görülmektedir. Depresyon ölçeği ile bakım verme süresine bakıldığında ise istatistik olarak anlamlı farklılık sadece 1 yıldan az süre bakım verenlerle 3 yıldan uzun süredir bakım verenler arasında saptanmıştır. Bu durum çalışmaya katılmış olan bakım verenlerin algıladığı BVY ile anksiyete düzeylerinin zaman içerisinde stabil bir artış gösterdiğini, depresyon düzeyindeki değişikliğin ise bakım sürecinin daha ilerleyen dönemlerinde oluştuğu şeklinde açıklanabilir.

Algılanan BVY'nün zaman ilerledikçe artmasının nedenlerinin hastalık ilerledikçe demanslı bireyin gündelik işleri kendi başına halledebilme becerisinde bozulmanın fazlaşması, iletişim sorunlarının artması, apati, agresyon, gece davranışları gibi nöropsikiyatrik bulguların sıklaşması olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmaya katılanların

yanıtları incelendiğinde, sözü geçen değişiklikler gerçekleştikçe hastanın destek ihtiyacı fazlaştığı için hasta yakınının bedensel ve emosyonel olarak daha fazla zorlanması, buna bağlı olarak daha fazla BVY algılaması beklenen bir durumdur.

Zaman içerisinde katılımcıların anksiyete düzeyinin artması hastalığın her döneminde hasta yakınının yeni bir duruma adapte olması gerekliliği ile açıklanabilir. Tanı konmadan önceki dönemde hastanın değişen davranışlarını anlamlandırmada zorlanmak, tanı yeni konulduğunda nasıl bir sürecin kendisini beklediği konusundaki belirsizliklerle yüzleşmek, ilerleyen dönemlerde ortaya çıkan yeni problemlerle başa çıkma konusunda yeterince deneyimli olmamak, hastanın güvenliğini tehdit eden davranışlarının giderek artması gibi durumların bakım verenin anksiyete düzeyini yükselttiği düşünülmektedir.

Katılımcıların ortalama depresyon düzeylerindeki artışın 3 yıldan daha uzun sürelik bakım süreciyle daha da belirginleşmesinin nedeni, hastanın gündelik işlevsellik düzeyinin daha ilerleyen dönemlerde daha çok düşmesi, bu gruptaki demanslı bireylerin ağırlıklı olarak ileri yaş ve ATD tanılı hastalar olmaları nedeniyle nöropsikiyatrik bulguların sonraki yıllarda daha zorlayıcı hale gelmesi ile açıklanabilir. Bu işlevlerdeki ileri düzeydeki bozulmanın katılımcıların bedensel ve duygusal olarak daha çok güçlük çekmelerine, sosyal açıdan daha çok izole olmalarına, kendilerine iyi gelen aktivitelere daha az zaman ayırma fırsatı bulmalarına ve kendi sağlıklarına daha az dikkat edebilmelerine neden olduğu düşünülmektedir.

Demanslı bireyin bakımı ile ilgili sorumlulukların paylaşılmasının birincil bakım verenin algıladığı BVY ile psikolojik iyilik hali üzerindeki etkisi önceki çalışmalarda incelenmiş olan bir unsurdur. Conde-Sala ve arkadaşlarının üç yıl süren çalışmasına göre (2014: 629) gün içinde hasta bakımına ayrılan sürenin artması, bu sorumluluğu tek başına üstleniyor olmak demans algılanan BVY'yi belirgin şekilde arttırmaktadır. Lou ve arkadaşlarının (2015: 347) çalışması bakım verenin uzun zamandır bu sorumluluğu taşıyor olmasının ve günde bakıma ayırdığı sürenin artmasının algılanan BVY'yi arttırdığını, ancak diğer aile fertlerinin bu süreçle ilgili birincil bakım verene yardım etmesinin BVY'yi azalttığını göstermiştir. Bakım verenin anksiyete, depresyon düzeylerinin artması da farklı çalışmalarda hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bozulma ve nöropsikiyatrik bulgularındaki artış ile gün içerisinde bakıma ayrılan sürenin uzaması, bakım verenin

yeterince sosyal desteğe sahip olmaması ile ilişkilendirilmiştir (Garcia-Alberca, v.d., 2012: 1325; Tang, v.d. 2015: 652).

Wulff ve arkadaşlarının (2020: 6) İsveç ve İtalya’da demanslı yakınlarına bakan bireylerle yapmış oldukları çalışmaya göre süreçle ilgili diğer aile fertlerinden yeterince destek alamamanın özellikle bakım verenin çalışıyor olduğu durumlarda anksiyete düzeyini arttırmaktadır. İtalyan bakım verenlerde bu görevin kültürel olarak daha çok kadınlar tarafından üstlenmesi, İsveç’te ise bu konuda bir cinsiyet ayrımının olmaması ve İtalya’da dışarıdan destek alma konusunda bakım verenlerin yaftalanma kaygısıyla dışarıdan daha az destek istemeleri fakat İsveç’te demans bakımında sosyal desteğin daha ulaşılabilir olması ve dışarıdan daha fazla destek alma eğilimi nedeniyle İtalya’daki kadın bakım verenlerin psikolojik iyilik hallerinde olumsuz yönde etkilenme daha fazla görülmektedir. Her iki ülkede de ek bakım verenlerin varlığının birincil sorumlunun depresyon ve anksiyete bulgularını azaltıcı etkisi olduğu bildirilmiştir.

Chiari ve arkadaşlarının (2021: 189) çalışmasına göre ailevi ve sosyal destek ağının varlığı algılanan BVY’nin azalmasını sağlamaktadır. Özellikle demanslı eşlerine bakan ileri yaştaki eşlerde yakın çevrede yaşayan erişkin evlatlarının sayısının fazla olması aile desteğinin daha güçlü olmasına ve algılanan BVY’nin azalmasına katkı sağlamaktadır. Xu ve arkadaşlarının çalışmasında da (2021:8) demans bakımında sosyal destek ağının varlığının önemi vurgulanmıştır. Yazarlara göre, diğer aile fertlerinden alınan desteğin miktarı kadar kalitesi de bakım verenin emosyonel iyilik halini etkilemektedir. Hasta bakımıyla ilgili sorumluluklarda, birincil bakım veren diğer aile fertlerinden yeterince destek alabildiğinde ve diğerleriyle kurulan iletişim olumlu ve memnuniyet verici olduğunda birincil bakım verenin stresle daha kolay başa çıktığı görülmüştür. Bununla birlikte aileden yeterli miktarda destek alınabildiği fakat iletişimin olumsuz olduğu durumlarda algılanan BVY artmakta ve bakım verenin psikolojik iyilik hali bozulmaktadır.

Lou ve arkadaşlarının (2013: 1035) araştırmasına göre demanslı yakınına bakarken başkalarından destek alabilmek bakım verenin anksiyete düzeyini azaltmaktadır. Bununla birlikte, dışarıdan destek alma mecburiyeti hasta yakınlarında yetersizlik duygularının oluşmasına ya da artmasında neden olabilmektedir. Bu nedenle bakım verenin depresyon düzeyinde benzer bir azalma görülmemekle birlikte bazen artışa rastlanabilmektedir. Huang

ve arkadaşlarına göre ise (2022: 694) ikiden fazla bakım verenin olduğu durumlarda daha fazla BVY algılanmaktadır. Yazarlar bu durumu hastanın çoklu ve kompleks bakım ihtiyacı nedeniyle bakım veren sayısının artması ve bu tür hastalarla ilgilenmenin daha zorlayıcı olmasıyla açıklamıştır.

Alfakhri ve arkadaşlarının (2018: 4) Suudi Arabistan’da demanslı yakınlarına bakan aile bireyleri ile yaptığı çalışma, kültürel olarak ailede yaşlı, bakıma muhtaç bireylerle ilgilenme sorumluluğunun kız ve erkek evlatlarda olduğunu, ancak tüm ailenin bu bakım sürecinin bir parçası olduğunu açıklamıştır. Ayrıca bu ülkede evlerin %52.3’ünde demanslı bireyin bakımıyla ilgilenen hemşirelerin de olduğu bildirilmiştir. Yazarlara göre bu çoklu yardımının demanslı ebeveynlerine bakan evlatların depresyon düzeylerinde bir azalmaya yol açmadığı görülmüştür. Hastanın erişkin çocuklarındaki depresyon bulgularının fazlalığı bu kültürde yaşlı ebeveyne bakma sorumluluğuna atfedilen anlamın görev algısını ve suçluluk duygularını arttırmasıyla açıklanmıştır.

Cheng, Lam ve Kwok’un (2013:1035) Hong Kong’da demanslı yakınlarına bakan kişilerle yaptığı çalışmaya göre ise bu bölgede evde bu sorumluluğu paylaşan bakıcıların varlığı yaygın bir uygulamadır. Çalışmanın sonucuna göre bu durumun bakım verenin algıladığı BVY’yi azaltıcı bir etkisi bulunmamıştır. Yazarlar bu durumu iki şekilde açıklamıştır. Bunlardan ilki evdeki yardımcıların genellikle demansiyel bozukluklar ve demanslı hasta bakımı konusunda eğitimsiz olmalarıdır. İkinci neden ise bu kişilerin sıklıkla farklı ülkelerden gelmesi, anadillerinin farklı olması ve bu nedenle hasta ile bakıcı arasında oluşan iletişim sorunları nedeniyle hastaların nöropsikiyatrik bulgularının artmasıdır.

Bu tez çalışmasında elde edilen veriler incelendiğinde katılımcıların %26.8’inin bakım sorumluluğunu tek başına üstlendiği görülmektedir. %52.1 katılımcı yakınına aileden başka birinin yardımıyla baktığını, %11.3 profesyonel bir bakıcıdan destek aldığını, %9.9 ise sorumluluğu hem aileden başka biriyle hem de bir bakıcıyla paylaştığını ifade etmiştir. Algılanan BVY ile anksiyete ve depresyon düzeylerinin sorumluluk paylaşımı durumuyla ilişkisi incelendiğinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu durumun hastalarının büyük çoğunluğunun yakın zamanda tanı almış olması, bakım süresinin görece yakın zamanda başlamış olması ve katılımcıların baktıkları demans tanılı

yakınlarının günlük yaşam aktivitelerindeki işlevselliğindeki bozulmanın fazla olmaması ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Ekonomik güçlüklerin demans bakım sürecinde yaşanan stres ve duygusal güçlükler üzerindeki etkisi incelendiğinde, önceki çalışmalar bakım verenin düşük gelir düzeyinin algılanan BVY ile anksiyete ve depresyon bulgularının artmasına neden olan bir unsur olduğunu göstermiştir (Chiao, v.d., 2015: 347; Garcia-Alberca, v.d., 2012: 1325; Huang, v.d., 2022: 694; Chiari v.d., 2012: 189; Riffin, v.d., 2019: 277).

Chiari ve arkadaşlarının (2021: 189) erken başlangıçlı demans tanılı hastalara bakan aile bireyleri ile yaptığı çalışma ekonomik güçlüklerin artmasının bakım verenin algıladığı BVY ile psikolojik iyilik hali üzerinde olumsuz etkiye neden olduğunu göstermektedir. Bu hastalar hala genç oldukları için bu grupta tanı aldığında hala çalışıyor olma oranı yüksektir. Hastalık yüzünden erken emekliye ayrılma ya da çalışmayı bırakma mecburiyeti ailenin üzerindeki maddi yükü fazlalaştırmaktadır. Bu durumlarda hem hanenin geliri azalmakta hem de hastalıkla ilgili tıbbi ve diğer masraflar artmaktadır. Oluşan ekonomik güçlükler erken yaşta demans tanısı alan kişilerin bakımını üstlenen aile bireylerinin algıladığı BVY'yi arttırmakta ve psikiyatrik bozukluk geliştirme riskini yükseltmektedir.

Alfakhri ve arkadaşlarının (2018: 4) çalışmasına göre demanslı yakınına bakım veren kişilerden hastanın maddi sorumluluğunu da üstlenenlerin, depresif bulgular geliştirme riski daha yüksektir. Yazarlar ayrıca hastalığın ilerlemesiyle maddi taleplerin artmasının algılanan BVY düzeyini yükselttiğini bildirmişlerdir. Bu çalışmaya göre Suudi Arabistan'da demanslı yakınlarının bakımını üstlenen kişilerde çalışmayanların depresyon bulgularının çalışanlara kıyasla daha fazladır.

Schaffler-Schaden ve arkadaşlarının (2021: 12) Avusturya'da yaptığı araştırma bakım verenin çalışma durumunun olumlu ve olumsuz etkileri olduğunu göstermiştir. Yazarlara göre, işverenin bakım verene esneklik sağladığı durumlarda iş ve bakım süreci ile ilgili sorumlulukları dengelemek kolaylaşmaktadır. Bu şartlarda çalışan bakım verenler daha düşük düzeyde BVY bildirmektedir. Bakım ve iş dengesinin sağlanmasının zorlaştığı durumlarda ise algılanan BVY düzeyi yükselmektedir. Çalışan bakım verenlerin genellikle daha genç yaşta olması, iş yerinde başkalarıyla sosyal iletişimde olabilme durumu ve bakımla

ilgili destek alma konusunda maddi açıdan daha rahat olmaları da algılanan BVY'yi azaltan unsurlardandır. Yazarlar Avusturya'da erkek bakım verenlerin tam zamanlı çalışma oranının kadınlara kıyasla daha yüksek olduğunu bildirmiştir. Çalışmada elde edilen veriler erkek katılımcıların yaklaşık %50'sinin tam zamanlı çalıştığını, bunların %78'inin ise evde bakım ile ilgili destek satın aldığını göstermektedir.

Bu tez çalışmasında katılımcılardan gelir düzeyleri ya da çalışma durumlarıyla ilgili bilgi toplanmamıştır. Demans tanısıyla takip edilen hastaların SGK kabul etmeyen özel bir hastanede tedavi görüyor olmaları sağlık masraflarını kendileri ödeyebilecek ya da özel sigortayı karşılayabilecek gelir düzeyinde olduklarını ya da yaşam ve sağlık ihtiyaçları konusunda destek alabildikleri başka bir güvenceye sahip olduklarını düşündürmektedir. Bakım verenlerin ise %66.2'si emeklilik yaşının altındadır, %31.0'i lise mezunudur, %59.2'si ise üniversite ya da daha yüksek düzeyde eğitim almıştır. Bu durum da bakım verenlerin sosyoekonomik açıdan ülke ortalamasından daha avantajlı bir durumda olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte demansiyel bozuklukların ilerleyen doğası ve hastaların çoklu alanlarda desteğe ihtiyaç duymaları, sağlık, profesyonel bakım hizmetleri gibi alanlarda aileye maddi yük bindirmektedir.

Bu çalışmada katılımcılara gelir düzeyi ya da çalışma durumu yerine demans bakımı ile ilgili masrafların kimin tarafından karşılandığı sorulmuştur. Elde edilen veriler, %53.5 hastanın masraflarının tamamen kendi imkanlarıyla karşılandığını göstermektedir. %31.0 hastanın demansla ilgili giderleri genellikle kendisi tarafından karşılanmakla birlikte bakım veren de kısmen destek olmaktadır. Katılımcıların sadece %15.5'i bakım masraflarını sadece ya da genellikle kendisinin karşıladığını bildirmiştir. Toplanan veriler analiz edildiğinde depresyon ve anksiyete alt ölçeklerinde gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sadece ZBYÖ ortalama skorları ve mali sorumluluk analizinde masrafların tamamen hasta tarafından karşılandığı durumlar ve çoğunlukla hasta tarafından karşılandığı durumlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür. Bu çalışmada elde edilen verilere göre analize dahil edilen 71 anketin 60'ında (%84.5) masrafların ya tamamen ya da büyük ölçüde hasta tarafından karşılanması, sadece 11'inde (%15.5) ise masrafların tamamen ya da büyük ölçüde bakım veren tarafından karşılanması bu soru ile ilgili sağlıklı ve yeterli veri toplanamamasına neden olmuş olabilir.

Önceki araştırmalarda demansiyel bozukluklar ve hastalık süreci konusunda bilgi sahibi olmanın, demans bakımıyla ilgili eğitim almanın, deneyim kazanmış olmanın bakım verenlerin algıladığı BVY ile anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerindeki etkisi incelenmiştir. Liang ve arkadaşlarının (2016: 5) MCI tanılı hastalar ve yakınlarıyla yapmış olduğu çalışma, hasta yakınlarının tanı konmadan önce hastanın davranış değişikliklerinin nedenini bilmedikleri için depresyon ve anksiyete bulguları geliştirdiklerini göstermiştir. Bu çalışmaya göre, tanı konduktan sonra hastalık ve hastalıkla ortaya çıkan nöropsikiyatrik bulgularla ilgili bilgi edinmek bakım verenlerin durumu kabullenmesine, anksiyete ve depresyon bulgularının azalmasına yardım etmektedir.

Chiari ve arkadaşlarının (2021: 189) çalışmasına göre, bakım sürecinin ilerleyen yıllarında hasta yakınları sağlık konusunda bilgilerini arttırmakta, başa çıkma stratejilerini geliştirme, iyileştirme, ailenin geri kalanının bakımla ilgili daha iyi organize etmede daha başarılı olma eğilimi göstermektedir. Zaman içerisinde hastanın ihtiyaçlarının nasıl karşılanacağı konusunda eğitim alan, tıbbi ve sosyal destek ağını oluşturup güçlendiren hasta yakınlarının hastaya bakma becerilerini geliştirdiği ifade edilmektedir. Yazarlara göre bu durumun bakım verenin algıladığı BVY ve yaşadığı emosyonel güçlükleri azaltıcı bir etkisi vardır.

Allen ve arkadaşlarının (2019: 52) çalışmasına göre hastaların yeti kaybı, bilişsel bozulma ve nöropsikiyatrik bulgular nedeniyle oluşan, güvenliklerini tehlikeye sokan durumlar ve davranış bozuklukları bakım verenin psikiyolojik iyilik halini olumsuz etkilemektedir. Yazarlara göre zorlayıcı davranışlar ve güvenlikle ilgili konularda kolay ulaşılabilir ve proaktif çözümler sunan eğitim programları bakım verenlerin başa çıkma becerilerini arttırmaktadır. Ayrıca bu tür programlar sayesinde bakım verenlerin problemleri önceden öngörebilmeleri ve hatta bazı durumlarda engelleyebilmeleri kolaylaşmaktadır.

Adelman ve arkadaşlarının (2014: 1058) çalışması bakım verenlerin eğitilmesinin ve bilgilendirilmesinin önemini vurgulamıştır. Yazarlar, hastalık ve hastalığa özel bakım ihtiyaçları konusunda eğitim almanın algılanan BVY'yi azaltıcı etkisi olduğunu bildirmişlerdir. Gündelik hayatta hastanın doğru şekilde kaldırılması, bir yerden başka yere taşınması gibi bakım verenin bedensel açıdan daha az zorlanmasını ve sakatlanma riskini azaltmasını sağlayan bilgileri içeren eğitimlerin fizik tedavi uzmanlarınca verilmesi

önerilmiştir. Sosyal destek uzmanları ve psikologlar tarafından sunulan danışmanlık servisleri ile hasta yakınlarının BVY ile ilgili bilgilendirilmesinin, daha işlevsel başa çıkma stratejileri geliştirme konusunda destek almalarının, kendi sağlıklarını nasıl koruyacaklarını öğrenmenin hasta yakınlarına süreçle daha sağlıklı başa çıkabilme becerisi kazandırdığı ifade edilmiştir.

Bu tez çalışmasında katılımcılara demans ve demans bakımı hakkında eğitim ya da bilgilendirme alıp almadıkları sorulmuştur. Katılımcıların %91.5'i bu soruya olumsuz yanıt vermiş, sadece %8.5'i eğitim ya da bilgilendirme aldığını ifade etmiştir. Eğitim almış olup olmamanın algılanan BVY ile depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerindeki etkisi araştırıldığında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. Bu durum eğitim aldığını bildiren grubu temsil eden katılımcı sayısının sadece 6 kişi olması ile ilgili olabilir.

Bu çalışmanın dördüncü, beşinci ve altıncı hipotezleri demans bakımında bakım verenin kişilik özelliklerinin sırasıyla algılanan BVY ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu öngörmektedir. Bakım sürecinde demans tanısıyla takip eden yakınlarının bakım sorumluluklarını üstlenen aile bireylerinin kişilik özelliklerinin kendilerinin yaşadığı psikiyatrik sorunlar üzerinde etkili olup olmadığı ise araştırmanın temel sorusudur. Bu konuyu araştıran önceki çalışmaların tümünde bakım verenlerin kişilik özellikleri BFK modeline dayandırılarak değerlendirilmiştir. Bu tez çalışmasında ise katılımcıların kişilik örüntüleri PBQ-SF kullanılarak incelenmiştir. Bu ölçek BDT'nin kişilik örüntülerini bireyin işlevsel olmayan temel inançları ile ilişkilendiren teorisini temel alarak geliştirilmiştir ve DSM-IV-TR'de var olan 10 kişilik bozukluğuna ait inançların varlığını ve düzeyini belirlemek için kullanılmaktadır (Butler, Beck ve Cohen, 2007: 357). DSM-IV-TR'ün kişilik bozukluklarını kategorik olarak değerlendirilen geleneksel model, normatif kişiliği inceleyen BFK modeli, DSM-5'in yayımlanmasıyla birlikte alanda çalışanlara sunulan, BFK'yı temel alarak geliştirilen çok boyutlu alternatif model ile ilgili bilgiler ve bu farklı modelleri birlikte inceleyen çalışmalar bu tezin kavramsal çerçeve bölümünde detaylıca anlatılmıştır.

Konuyu araştıran önceki çalışmalara bakıldığında, demans bakımında, bakım verme rolünün herkesi aynı düzeyde etkilemediği, bireyin kişilik özelliklerinin hem karşılaştığı

stresli durumu nasıl algıladığı hem de bu durumla başa çıkarken hangi başa çıkma stratejilerini seçtiğini etkilediği pek çok yazar tarafından dile getirilmiştir (Lloyd, v.d., 2018: 2; Melo, Maroco ve De Mendoça, 2011: 1276; van der Lee, v.d., 2014: 86; Kim, v.d. 2017: 227; & Löckenhoff, v.d., 2011: 600).

BFK modelindeki kişilik boyutlarından demans bakımında algılanan BVY ile psikiyatrik bulguların şiddetiyle en sık ilişkilendirilmiş olanlar nevrotizm ve dışadönüklük boyutlarıdır. Ortega ve Leung'un (2015: 62) metaanaliz çalışmasına göre, demanslı yakınlarına bakan bireylerde nevrotizm boyutunda yükselme ve dışadönüklük boyutunda azalma algılanan BVY'nin artmasına neden olmaktadır. Aynı çalışmaya göre, nevrotizm boyutunda yükselme bakım verenlerin anksiyete ve depresyon düzeyinde şiddetlenmeyle dışadönüklük boyutunda yükselme ise algılanan BVY ile anksiyete ve depresyon düzeylerinde azalmayla ilişkilendirilmiştir.

Baharudin ve arkadaşlarının (2019: 9) çalışmasında elde edilmiş olan veriler demans bakımında demanslı yakınıyla ilgilenen aile bireyinin sorumluluk boyutunda yüksekliğin kişinin özyeterlilik algısını arttırdığını ve dolayısıyla algıladığı BVY'yi azalttığını göstermektedir. Löckenhoff ve arkadaşlarının (2011: 600) çalışmasına göre ise bakım verenin kişilik özellikleri bu rolle ilgili özyeterlilik algılarını etkilemektedir. Yazarlara göre, nevrotizm, dışadönüklük boyutları, bakım verenlerin duygu düzenleme becerilerini, duygudurumlarını ve enerji düzeylerini belirlemektedir. Uyumluluk boyutu kişilerarası ilişkilerle, sorumluluk boyutu planlama, düzen ve kendini yönetebilme becerisiyle, yeniliğe açıklık boyutu ise yeni durumlara uyum sağlayabilmeye ilişkilendirilmiştir. Yazarlar nevrotizm boyutundaki yükselme ile dışadönüklük boyutundaki azalmanın bakım verenin psikolojik ve bedensel sağlığı üzerinde en olumsuz etkiye sahip olan kombinasyon olduğunu bildirmişlerdir.

Melo, Maroco ve De Mendoça'ya (2011: 1278) göre, nevrotizmle ilişkilendirilen emosyonel labilite ile gerçekçi olmayan fikir, arzu, ihtiyaçlar bakım verenlerde yüksek BVY ve depresyon riskini arttırmaktadır. Dışadönüklük boyutundaki yükselme daha az sosyal izolasyon, daha fazla umutluluğa yol açtığı için algılanan BVY ve depresyon düzeyini azaltıcı etkiye sahiptir. Uyumluluk boyutundaki yükselme ise bakım verenin hastalığı daha kolay kabullenmesini sağladığı, hastanın yaşadığı zorlukları daha iyi anlamasına yol açtığı,

bakım verme sorumluluğuna daha olumlu anlamlar yüklemeye neden olduğu ve hastayla daha işbirlikçi bir ilişki kılmayı mümkün kıldığı için algılanan BVY düzeyini azaltmaktadır.

Feast ve arkadaşları (2017: 81), özellikle nöropsikiyatrik bulguların varlığında bakım verenin nevrozizminin hastanın bu bulgularına daha fazla duygusal tepki verme, kendini daha fazla suçlama ve daha yetersiz hissetmesi gibi sonuçlar doğurduğunu bildirmiştir. Nevrotizm boyutundaki artışı demans bakımında yüksek depresyon riskiyle, dışadönüklükteki artışı ise depresyon riskinin azalmasıyla ilişkilendiren Kim ve arkadaşları (2017: 227), nevrozizmdeki duygu iniş çıkışları nedeniyle bakım verenlerin kendi sağlıkları ile ilgili daha riskli davranışları benimsemelerine ve bunun sonucu olarak bedensel sağlıkları ile ilgili daha çok sorun yaşamalarına yol açtığını bildirmiştir. Yazarlar ayrıca nevrozizm boyutundaki yükselmenin terapide depresyon düzeyinin azalma hızını yavaşlattığını, yeniliğe açıklık ve uyumluluk boyutlarındaki yükselmenin ise bakım verenlerin terapiden daha çok fayda sağlamalarına neden olduğunu açıklamıştır.

Alanda yapılmış önceki çalışmalar incelendiğinde, demanslı bireye bakarken yaşanan psikolojik zorluklarla bakım verenin seçtiği başa çıkma mekanizmaları sıklıkla birlikte incelenmiştir. Lloyd ve arkadaşlarına (2018: 2) göre bakım verme rolü herkeste aynı düzeyde psikiyatrik güçlükler neden olmamaktadır. Yazarlar bazı bakım verenlerin bu rolle gelen güçlükleri daha kolay idare edebilmesini seçtikleri başa çıkma mekanizmalarıyla açıklamıştır. Melo, Maroco ve De Medoça'ya (2011: 1276) göre, bakım verenin kişilik özellikleri karşılaştıkları stresli durumu ne şekilde anlamlandırdıklarını ve hangi başa çıkma mekanizmalarını kullandıklarını belirler. Yazarlara göre demans bakımında öznel ve nesnel bakım yükünün düzeyi, bakım verenin kişilik özellikleri ve seçilen başa çıkma stratejilerinin kombinasyonu bakım verenin yaşadığı duygusal sıkıntının düzeyini yordar. Van der Lee ve arkadaşlarının (2014: 86) literatür incelemesine göre ise demans bakımında algılanan BVY'yi en fazla etkileyen unsurlar içinde bakım verenle ilgili olanlar bireyin özyeterlilik algısı, kişilik özellikleri ve seçtiği başa çıkma stratejileridir.

Kişilik özellikleri ve başa çıkma stratejileri ile ilgili çalışmalar incelendiğinde, Moos ve Hollahan' a (2003: 1387) göre bireylerin başa çıkma eğilimleri genellikle alışkanlığa dayandırıldığı görülmektedir. Carver ve Connor-Smith (2010: 687) ise kişilik ve başa çıkma stratejilerinin birbiriyle ilintili olduğunu, ancak seçilen stratejilerin direkt olarak kişinin

stresli durumlarda kendini ortaya çıkarma şekli olarak görülemeyeceğini bildirmiştir. Yazarlara göre, stresin kaynağı ve tipi kişilik ve başa çıkma mekanizmaları arasındaki ilişkiyi etkilemektedir. Connor Smith ve Flachsart (2007: 1080) ciddi hastalıklar gibi kronik ya da şiddetli stress unsurlarının kişilik ve başa çıkma şekilleri arasındaki ilişkiyi düşük düzeyde stress unsurlarına kıyasla daha belirgin bir şekilde göz önüne serdiğini açıklamıştır. Vollrath'a (2001: 335) göre kişilik özellikleri seçilen başa çıkma stratejilerini pek çok şekilde etkilemektedir. Yazara göre kişilik bireyin stresli durumlarla karşılaşma sıklığını, ne tipte stress unsurlarıyla karşılaşma eğiliminde olduğunu, ve karşılaştığı zorlukları ne şekilde algıladığını belirlemektedir.

Carver ve Connor-Smith'in (2010: 687) metaanaliz çalışmasına göre nevrozizm boyutundaki yükseklik bireylerin kişilerarası ilişkilerde yaşadığı sıklığı arttırmakta, yaşanan zorlukları fazla tehdit edici olarak algılama eğiliminde olmalarına ve başa çıkma becerilerinin daha yetersiz olmasına yol açmaktadır. Sorumluluk boyutundaki yükseklik ise stresli durumlarla karşılaşma riskini azaltmaktadır. Bu durum bu kişilerin planlama becerisinin yüksekliği nedeniyle öngörülebilir stress unsurlarına karşı daha hazırlıklı olmaları ve böyle zamanlarda dürtüsel davranışlarda bulunma eğilimlerinin düşük olması nedeniyle ekonomik, sağlık ve kişilerarası alanlarda daha az zorluk yaşamalarıyla açıklanmıştır. Uyumluluk boyutu daha az kişilerarası sıkıntıyla, dışadönüklük ve yeniliğe açıklık boyutları ise karşılaşılan stresli durumu ve bireyin kendi başa çıkma becerilerini daha olumlu değerlendirebilmesiyle ilişkilendirilmiştir.

Stres ve başa çıkma stratejileri, hayvan davranışlarını anlamaya ve bunların insan davranışlarında ortaya çıkışını açıklamaya dayanan biyolojik modele göre incelendiğinde stres yaratan durum karşısında iki tip yanıt söz etmektedir. Bunlardan biri arzulanan obje ya da durumlara yaklaşma ya da girişme eğilimi, diğeri ise tehlikeli obje ya da durumlardan kaçınma eğilimidir. Gelişimsel psikoloji bu iki eğilime ek olarak bunları regüle etme kapasitesini de eklemiştir. Bu kapasite mental yeterliliğin olduğu varsayıldığında canlıların duygularını kontrol edebilme, geleceğe yönelik plan yapma ve içinde bulunulan durumun özelliklerine yönelik kararlar alma becerilerinin devreye sokulmasına yol açmaktadır. Bu beceri, dürtüsellik engelleme ve yapılması gereken görevler zor, sıkıcı ya da keyifsiz

olduğunda bile bunları yapma yetisi olarak açıklanan erişkinliğe özgü özkontrol becerisine benzetilmiştir (Carver ve Connor-Smith, 2010: 681).

Stres ve stresle başa çıkma stratejilerini bir modelle açıklayan ilk araştırmacılar Lazarus ve Folkman'dır (1984: 1). Araştırmacılar bu stratejileri iki alt başlık altında incelemiştir. Bu modele göre problem odaklı stratejiler direkt olarak stresin kaynağını ortadan kaldırmaya, stres yaratan durumdan kaçınmaya, eğer bunlar mümkün değilse durumun olumsuz etkisini azaltmaya yöneliktir. Emosyonel başa çıkma stratejileri ise stres yaratan durumla karşılaşıldığında hissedilen duygusal zorlukları azaltmaya yöneliktir ancak seçilen davranışa göre olumlu ya da olumsuz sonuçlara neden olurlar. Kendini rahatlatıcı aktiviteler, duygusal destek arayışı, olumsuz duyguları dile getirme, olumsuz düşüncelerde ısrarcı bir şekilde takılma, ya da sorunu yok sayma ve dileksel düşünceyle kendiliğinden düzeleceğini bekleme gibi davranışlar emosyonel stratejilerdendir. Destek arayışı problemle karşılaşıldığında bunu çözümlemeye yönelik yardım bulma şeklinde ortaya çıktığında bu davranış problem odaklı stratejiler sınıfına girer. Zor durumlarda duygusal destek arama davranışı ise emosyonel stratejilerdendir.

Lazarus ve Folkman'ın (1984: 1) stres modeline ve biyolojik modele (Elliot ve Thrash, 2002: 804) dayanarak sonraki süreçte geliştirilen modeller başa çıkma stratejilerini girişim ve kaçınma stratejileri olarak iki alt başlıkta incelemiştir (Moos ve Schaefer, 1993: 234; Roth ve Cohen, 1986: 819; Skinner, v.d., 2003: 216). Girişim stratejileri stres unsuruyla ve/veya bu durumla ilgili duygularla başa çıkmayı hedefleyen yaklaşımlardır. Bunların içinde problem odaklı stratejiler ve bazı emosyonel stratejiler yer almaktadır. Destek arama, duygu düzenleme, kabullenme, bilişsel yeniden yapılandırma, olumlu aktivitelere zaman ayırma, anlam arama ve tehlikeli ya da zararlı durumların oluşmasını önlemeyi içeren proaktif başa çıkma yaklaşımları girişim stratejileridir. Kaçınma stratejileri ise stres unsurundan ya da durumun yarattığı olumsuz duygulardan kaçmaya yönelik davranışlardır. Bunlar kaçınma, reddetme, dileksel düşünme gibi bazı emosyonel stratejileri içerir. Bu tür yaklaşımlar o an için yaşanan duygusal sıkıntıyı azaltmakla beraber uzun vadede durumu daha başa çıkılmaz hale getirirler (Carver ve Connor-Smith, 2010: 686). Najmi ve Wegner'e (2008: 447) göre, kaçınma stratejileri istenmeyen ısrarcı düşüncelerin artmasına ve kişinin depresyon ve anksiyete düzeyinin yükselmesine neden olur. Alkol ve madde kullanımı ya da kumar gibi

bazı kaçınma stratejileri ise sağlık sorunları ve ekonomik sıkıntılar gibi ek problemlerin ortaya çıkmasına yol açar.

Connor-Smith ve Flachsbart'ın (2007: 1080) kapsamlı metaanaliz çalışmasında farklı kişilik boyutlarının hangi başa çıkma mekanizmalarını seçmeye eğilimli oldukları incelenmiştir. Bu çalışmaya göre, dışadönüklük boyutu daha fazla sosyal destek arama, bilişsel yeniden yapılandırma ve aktif problem çözme ile ilişkilendirilmiştir. Dışadönüklük ayrıca olumsuz duyguları dile getirme, içe kapanma, madde kullanımı, dileksel düşünme ve sorunu reddetme gibi yaklaşımların kullanılma ihtimalini azaltmaktadır. Dışadönük kişiler daha çok girişim stratejilerini tercih etmektedir. Nevrotizmde ise daha fazla olumsuz duyguları dile getirme, dileksel düşünme, içe kapanma, madde kullanımı ve reddetme davranışları gibi kaçınma stratejileri gözlemlenmiştir. Bilişsel yeniden yapılandırma, aktif problem çözme ve kabullenme eğilimi nevrofizyolojide sık görülmektedir. Sorumluluk boyutu daha fazla girişim ve daha az kaçınma stratejileriyle ilişkilendirilmiştir. Bu kişiler daha fazla aktif problem çözme ve bilişsel yeniden yapılandırma, daha az madde kullanımı, reddetme ya da olumsuz duyguları dile getirme davranışı sergilemektedir. Uyumluluk boyutunda kaçınma stratejilerinin kullanımına çok rastlanmamaktadır. Bu kişilerin daha sıklıkla bilişsel yeniden yapılandırma, sosyal destek arama, aktif problem çözme ve kabullenme stratejilerini seçtikleri, madde kullanımı, reddetme, olumsuz duyguları dile getirme ve içe kapanma eğiliminde olmadıkları bildirilmiştir. Yeniliğe açıklık boyutu ise hem girişim hem kaçınma stratejilerine yönelmektedir. Bu kişilerin en sık kullandığı stratejiler arasında bilişsel yeniden yapılandırma, aktif problem çözme, dileksel düşünme ve içe kapanma davranışları sıralanmıştır.

Demans bakımında bakım verenin kişilik özellikleriyle algılanan BVY ve psikiyatrik bulgular arasındaki ilişki incelendiğinde, bu alanda daha önce yapılmış olan çalışmalar başa çıkma mekanizmalarının rolünün gözardı edilemeyeceğini göstermektedir. Van den Wijngaart, Vernooij-Daseen ve Felling'in (2007: 627) demanslı bireylere bakan eşlerle yaptığı çalışmada, stresli duruma maruz kalan kişinin kişilik özelliklerinin bu durumu nasıl algıladığı ve ne şekilde başa çıkmayı seçtiğini yordadığı bildirilmiştir. Pearlin ve arkadaşlarının (1990: 587) çalışmasında bakım sürecinde stres unsurlarının bakım veren üstündeki etkisini belirleyen dört ana unsur olduğu açıklanmıştır. Bunlar bakım verenin

demorgafik özellikleri gibi bağlamsal unsurlar, süreçle ortaya çıkan nesnel ve öznel güçlükler, seçilen başa çıkma stratejileri ve bunların sonucu olarak ortaya çıkan emosyonel sıkıntılardır.

Van der Lee ve arkadaşlarının (2014: 86) çalışmasına göre demans bakımında algılanan BVY'yi en fazla etkileyen kişilik özelliği nevrotizmdir. Yazarlara göre işlevsel emosyonel stratejiler bakım verenleri depresyon ve anksiyeteye karşı korurken, disfonksiyonel stratejilerin anksiyete düzeyini yükseltici sonuçlar doğurmaktadır. Bu çalışmaya göre özyeterlilik algısı ise depresyon riskini azaltmaktadır. Li ve arkadaşlarının (2012: 9) metaanaliz çalışmasına göre reddetme, kendini suçlama, içe kapanma, olumsuz duyguları dile getirme, madde kullanımı gibi disfonksiyonel stratejiler bakım verenin anksiyete ve depresyon bulgularını şiddetlendirmektedir. Gilhooly ve arkadaşları (2016: 6) demans bakımında problem odaklı stratejilerle kabullenme ve sosyal destek arama gibi emosyonel stratejilerin bakım verenin psikiyatrik iyilik hali üzerinde olumlu etkisi olduğunu bildirmiştir. Yazarlara göre dileksel düşünme, reddetme ve kaçınma gibi stratejilerin ise bakım verenin psikiyatrik bulguları üzerinde olumsuz etkisi vardır. Rohr, Wagner ve Lang'ın (2013: 696) çalışmasına göre, nevrotizm boyutunda daha yüksek skorları olan bireylerin bakım verme rolünü seçme eğiliminin diğerlerine göre daha fazla olduğu görülmüştür. Bununla birlikte bu kişilerin duygusal dengeleri korunmada daha çok zorluk çektikleri, daha çok endişe yaşadıkları, disfonksiyonel başa çıkma stratejilerine başvurma eğilimlerinin daha fazla olduğu ve genelde daha fazla psikiyatrik sorun yaşadıkları bildirilmiştir. Roche, MacCann ve Croot (2016: 80) bakım verenin başa çıkma stratejilerinin belirlenmesinin çok önemli olduğunu altını çizmişlerdir. Bunun nedeni bu stratejilerin değiştirilebilir ve geliştirilebilir özelliğe sahip olmasıdır.

Bu tezde bakım verenin kişilik özellikleri ve algıladığı BVY düzeyi araştırıldığında, en yüksek ortalama ZBYÖ skorları sırasıyla borderline kişilik özellikleri en belirgin olan alt grupta ($\bar{x}$ =47.00), histriyonik kişilik özellikleri orta düzeyde olan alt grupta ($\bar{x}$ =37.88) ve çekingen kişilik özellikleri en belirgin olan alt grupta ($\bar{x}$ =36.88) görülmüştür. Korelasyon analizleri tüm kişilik özelliklerinde ortalama ZBYÖ skorunun yükselmesiyle algılanan BVY'nin de arttığını göstermektedir. Kişilik örüntüleri ve algılanan BVY'nin ilişkisi

incelendiğinde, ZBYÖ ortalamalarıyla sırasıyla PBQ-SF'nin ÇKB, BLKB, HKB ve OKKB alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki görülmüştür.

ÇKB'nin DSM-IV-TR'deki tanı kriterleri incelendiğinde, bu kişilik örüntüsünde öne çıkan özellikler sosyal açıdan çekinik olma, yetersizlik algısı ve eleştiriye aşırı hassasiyettir. Bu konulardaki kaygılardan kaynaklı olarak bu kişiler sosyal açıdan tutuk davranışlar sergileme, sosyal aktivitelerden, kişilerarası ilişkilerden kaçınma ve başkalarıyla temas gerektirmeyen meslekler seçme eğilimi sergiler (APA, 2003: 718). Weinbrecht ve arkadaşları (2016: 29) ÇKB'nin gündelik hayatta işlevselliği düşürücü bir etkisi olduğunu bildirmiş, bu durumu mental alanda özyeterlilik algısının düşük olması, stresi yoğun yaşama, sosyal alanda sosyal ortamlardan kaçınma davranışıyla ilgili düşük eğitim ve gelir düzeyinde olma eğilimi ve somatik şikayetlerin sıklığı ile açıklamıştır. Lampe ve Malhi'nin (2018: 55) çalışmasına göre ÇKB sıklıkla depresyon ve madde bağımlılığı ile birlikte görülmektedir ve bu tanının varlığı intihar riskini artmaktadır.

DSM-5'e göre kişilik bozukluklarının alternatif modeli ve BFK modeli ile bakıldığında, ÇKB kendini sosyal olarak yetersiz görmeyeyle ilgili utanç ve düşük özgüven, bu nedenle kişilerarası ilişkilerden kaçınma, eleştirilme ya da reddedilme ile ilgili ruminatif düşünceler, kendini yönlendirme becerisinde yetersizlik, hedeflere ulaşmada güçlük ve risk almaktan kaçınma ile karakterizedir. Tanı kriterlerinde nevrotizm boyutunda kaygınlık, dışadönüklük boyutunda içe kapanıklık, anhedoni ve yakınlıktan kaçınma yönlerinin en az üçünün orta düzeyde ya da daha fazla bozulmuş olması gereklidir. Tanı koymak için bir gereklilik olmamakla birlikte nevrotizm boyutundaki depresiflik, ayrılma güvensizliği kuşkuculuk ve hostilite yönleri de ÇKB'de sık rastalanan özelliklerdir (APA, 2013a: 765).

BFK modeline göre kişilik özellikleri ve tercih edilen başa çıkma stratejileriyle ilgili çalışmalar incelendiğinde, ÇKB ile ilişkilendirilen boyutlarda dışadönüklük boyutu girişimci yaklaşımlarla ilişkilendirilmiştir. Caspi, Roberts ve Shiner'a (2005: 453) göre dışadönüklük boyutunda sosyal anlamda ödüllendirilme arzusu, olumlu duyguların daha fazla olması, sosyalleşmeyi sevme, girişkenlik, kendini yönlendirebilme becerisi ve yüksek enerji gibi yönler, bu kişilerin stresle karşılaştıklarında işlevsel başa çıkma stratejilerini seçmelerini kolaylaştırır. Girişkenlik, kendini yönlendirme becerisi ve yüksek enerji yönleri dışadönük kişilerin aktif problem çözme yöntemlerini başlatmalarını ve sürdürmelerini sağlar. Pozitif

afekt ve sosyallik yönleri ise bilişsel yeniden yapılandırma, sosyal ağlara ulaşma ve sosyal destek alarak baş etme stratejilerini seçmelerine yol açar. Buna göre düşük dışadönüklük boyutunda aktif problem çözme, bilişsel yeniden yapılandırma ve sosyal destek arama gibi girişimci stratejilerin kullanılmadığı düşünülebilir.

ÇKB ile ilişkilendirilen diğer boyut nevrotizmdir. McCrae ve John'a (1992: 175) göre nevrotizm boyutunda daha yüksek skorlara sahip olan kişiler korku, üzüntü, stres gibi duyguları daha yoğun bir şekilde deneyimleme ve böyle durumlarda fizyolojik reaksiyonlar yaşama eğilimindedir. Lengua ve arkadaşlarına (1999: 15) göre bu kişiler daha çok emosyon odaklı ve kaçınma stratejilerini tercih eder. Özellikle anlık rahatlama sağlayan davranışlara yönelme tercihi aktif problem çözme motivasyonunu azaltmaktadır. Bu kişiler aynı zamanda planlama, olumlu düşünme ve bilişsel yeniden yapılandırma konusunda güçlük çekmeye yatkındır.

Bu farklı modeller birlikte incelendiğinde, çekingen kişilik özelliklerinde artışın özgüven ve özyeterlilik algılarında bozulmaya neden olduğu, bu nedenle bakım verenlerin çekingenlik ortalaması yükseldiğinde demansla ortaya çıkan güçlüklerle baş etmede kendilerini yetersiz hissettikleri düşünülebilir. Kişilerarası ilişkilerde yaşanan güçlüklerin ve içe kapanma eğiliminin sonucu olarak bu kişilerin sosyal destek arama ve kendilerine iyi gelen aktivitelere zaman ayırma eğilimlerinin daha düşük olduğu tahmin edilmektedir. Kaygı, depresyon ve anhedoni eğilimi içinde bulundukları zorlukları olduğundan daha başa çıkılmaz algılamalarına neden olabilir. Emosyonel labilite ve olumsuz düşünme eğilimi nedeniyle ÇKB alt ölçeğinde alınan puanların yükselmesi, bu kişilerin daha az duygu düzenleme, bilişsel yeniden yapılandırma stratejileri kullandıkları, olumsuz duygularla ilgili ruminasyonlarla içe çekilme gibi kaçınma davranışlarına yöneldikleri şeklinde yorumlanabilir. Tüm bu özellikler ve eğilimler nedeniyle öznel ve nesnel BVY'yi ölçen ZBYÖ'de, kızgınlık ve kaygı duygularının fazlalığı, bakım verenin kendi sağlığı ile ilgili endişeleri, bu sorumluluğu tek başına üstlenmek zorunda hissetmek ve yetersizlik algısı ile ilgili maddelere verilen yanıtların çekingen özelliklerin artışından etkilendiği düşünülmektedir.

BLKB, DSM-IV-TR tanı kriterleri açısından incelendiğinde duygulanımda, kendilik algısında ve kişilerarası ilişkilerde istikrarsızlık ön plandadır. Terk edilme kaygısı ile ilgili

abalar, kendisi ve bařkaları hakkındaki dűřuncelerinin sűrekli olarak deęiřiklik gűstermesi, kendine zarar veren dűrtűsel davranıřlar, yařanan durumlara gűsterilen ařırı duygusal tepkiler ve hostilete bu űrűntűde gűrűlen durumlardır (APA, 2003: 706). alıřmalar, BLKB tanılı kiřilerin %80'i hayatlarında en az bir defa major depresif bozukluk, %74-88'i ise herahngi bir anksiyete bozukluęu tanısı almaktadır. Bu űrűntűde sıklıkla gűrűlen dięer psikiyatrik problemler madde kullanımı, yeme bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluęudur (Rao ve Broadbear, 2019: 573; Shah ve Zanarini, 2018: 585).

DSM-5'in alternatif modelinde BLKB'nin karakteristik űzellikleri arasında duygulanım, kendilik algısı, kiřisel hedefler ve kiřilerarası iliřkilerde dengesizlik, dűrtűsellik, risk alma eęilimi ve hostilete sayılır. Kiřilerarası iřlevsellikte bozulma, bařkalarının ihtiyaçlarını fark edebilmede gűlűk, yoęun ve çatıřmalı iliřkileri, kendini yűnlendirebilme ve planlama becerilerinde bozulma da bu űrűntűyle iliřkilendirilmiřtir. Tanı kriterleri içinde nevrotizm boyutunda duygusal labilite, kaygılılık, ayrılık gűvensizlięi ve depresiflik, disinhibisyon (sorumluluk) boyutunda dűrtűsellik ve/veya risk alma, zıtlık (uyumluluk) boyutunda ise hostiletede en az dűrt űzellięin orta ya da daha yűksek dűzeyde bozulması sayılmıřtır (APA, 2013a: 766).

Bu űrűntűde nevrotizme ek olarak sorumluluk ve uyumluluk boyutlarındaki bazı yűnlerde belirgin dűzeyde gűlűk gűrűlmektedir. Kiřilik űzellikleri ve bařa çıkma stratejileri ile ilgili yayınlar incelendięinde, sorumluluk boyutu giriřimci stratejilerle iliřkilendirilmiřtir ve kaçınmacı yaklařımlara bařvurma ihtimalinin dűřűk olduęu açıklanmıřtır. Sorumluluk boyutuyla ilgili kararlılık, űzdisiplin, planlama, dűzen, hedef odaklılık űzellikleri nedeniyle bu kiřilerin problem űzme ve biliřsel yeniden yapılandırma stratejilerine bařvurdıkları bildirilmiřtir. Uyumluluk boyutuyla iliřkili bařkalarına gűven ve bařkalarının ihtiyaçlarına hassasiyet űzellikleri nedeniyle, bu boyutta yűksek puan alan kiřilerin en sıklıkla gűlű sosyal aęlar kurma stratejisini tercih ettikleri açıklanmıřtır (Caspi, Roberts ve Shiner, 2005: 453; McCrae ve John, 1992: 175).

Bűtűn bu modeller birlikte incelendięinde, BLKB'de gűrűlen emosyonel labilite, depresif duygulanım, anksiyete, hostilete eęilimi, stresli durumlara kolaylıkla ve ařırı dűzeyde tepki verme, bařkalarıyla sűreklilik gűsteren saęlıklı iliřkiler kuramama, plansız ve dűrtűsel davranıřların giriřimci startejilerden çok kaçınma stratejilerini seçtięi dűřűnűlebilir.

Kişilikte bu örüntünün yaygınlaşmasının problem çözme, bilişsel yeniden yapılandırma, duygu düzenleme becerilerini olumsuz etkileyeceği, duygusal destek arama stratejilerinin tutarsızlık göstereceği tahmin edilmektedir. Hem kişilik modelleri hem kişilik özellikleriyle ilişkilendirilen başa çıkma stratejileri göz önünde bulundurulduğunda, BLKB özelliklerindeki fazlalaşmayla, bu kişilerin dileksel düşünme, olumsuz duyguları dile getirme, ruminasyon ve madde kullanımı gibi kaçınma stratejilerini tercih etme olasılıkları güçlenmektedir. Tüm bu nedenlerle BLKB alt boyutunda alınan puanların yükselmesiyle, ZBYÖ'nün özellikle çoklu sorumlulukları yerine getirmede zorluk, kızgınlık, başkalarıyla olan ilişkilerin olumsuz etkilenmesi, kısıtlanmışlık duygusu, bakım verenin kendi hayatı ile ilgili kontrolü kaybediyor olduğu hissi, kararsızlık ve genel olarak BVY'yi yüksek düzeyde algılamakla ilgili maddelere verilen yanıtları olumsuz etkilediği söylenebilir.

HKB, DSM-IV-TR'de aşırı duygusallık ve dikkat çekme çabasının kişinin hayatının birçok alanına yayıldığı bir örüntü olarak tarif edilmektedir. Tanı kriterleri arasında, bireyin ilgi odağı olamadığı durumlarda rahatsız olması, başkalarıyla iletişimde uygunsuz, flörtöz ya da kışkırtıcı davranışlar ortaya koyması, hızlı değişen ve sık duygulanım, dikkat çekici davranışlara, melodramatik bir konuşma tarzına sahip olma, olaylardan ve başka kişilerden kolay etkilenme sayılmıştır (APA, 2003: 711). Blagov ve Westen'e (2008: 785) göre HKB tanısı alan kişilerde sıklıkla BLKB, ASKB, NKB ve BKB tanıları da birlikte görülmektedir. Skodol ve arkadaşlarına göre (2011: 136), tek başına HKB tanısı bireyin yaşam kalitesinde ya da kişilerarası işlevselliğinde belirgin bir bozulmayla ilişkilendirilmemektedir.

DSM-5'in alternatif modelinde HKB özellik belirtilmiş kişilik bozuklukları altında sınıflandırılmıştır. Buna göre A kriterlerinde belirtilen dört bileşeninden en az ikisinde orta ya da daha yüksek düzeyde bozulma olması gerekliliği vardır. Bunlar, kişisel işlevsellikte kimlik algısı ve kendini yönlendirebilme becerisi, kişilerarası işlevsellikte ise empati ve yakınlık kurabilme becerileridir. Buna ek olarak B kriterlerini oluşturan nevrotizm, duygusal kopukluk, zıtlık, disinhibisyon ve psikotizm boyutlarıdır. Alternatif modelde HKB için net kriterler belirtilmemiştir (APA, 2013a: 771). Furnham'a (2014: 527) göre bu örüntüye sahip kişilerin en sık başvurduğu stresle başa çıkma yöntemi kendini meşgul tutmaktır. Yazara göre bu kişiler bu amaçla seçtikleri aktivitelerde üretkenlikten çok fazla sayıda etkinliği gündelik hayatlarına sokmayı hedeflerler. Bu durum HKB'de organizasyonda zorluk, önceden

belirlenen etkinlikleri kaçırma ya da geç kalma, sık fikir değiştirme ve kararsızlık şeklinde sonuçlara neden olur.

Bu bilgiler ışığında, HKB’de görülen duygusal labilite, aşırı sosyalliğe rağmen başkalarıyla ilişkilerin sık olma eğilimi, planlama, karar, düzen gibi sorumlulukla ilgili alanlarda güçlük nedeniyle bu alt ölçekte yükselen puanların artan BVY ile ilişkilendirildiği düşünülmektedir. HKB alt ölçeğinde alınan puanların yükselmesiyle katılımcıların ZBYÖ’nün kendine yeterince zaman ayıramama, sosyal hayatın olumsuz etkilenmesi ve kısıtlanmışlık hissi ile ilgili maddelerine de yüksek puanlı yanıtlar verdiği tahmin edilmektedir. Bunlara ek olarak HKB örüntüsünde duyguların abartılı ifade ediliyor olması da ZBYÖ ortalamasının yükselmesine katkı sağlamış olabilir.

Bu tezde elde edilen verilere göre, algılanan BVY ile belirgin düzeyde ve pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunan son kişilik örüntüsü OKKB’dır. DSM-IV-TR’de bu kişilik bozukluğu için belirlenen tanı kriterleri arasında zihnin düzen, mükemmeliyetçilik, kurallar ve programlarla aşırı meşgul olması, mükümmeliyetçiliğe bağlı olarak görevleri tamamlamada güçlük, işe odaklanma nedeniyle aile ve arkadaşlık ilişkilerini ihmal etme eğilimi, esnek olamama, aşırı titizlik, mükemmeliyetçilik kaygısıyla görev paylaşımı yapamama, eli sıkılık, katılık ve inatçılık sayılmaktadır (APA, 2003: 725). Çalışmalar OKKB tanılı bireylerin aşırı çalışma eğilimi nedeniyle sosyal ve bedensel ihtiyaçlarını ihmal ettiklerini bu nedenle tükenmişlik sendromu, anksiyete, depresyon, alkol ve madde kullanımı, uyku bozuklukları, kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve diyabet gibi hastalıklar açısından risk grubunda olduklarını göstermektedir (Diedrich ve Voderholzer, 2015: 2; Atroszko, Demetrovics ve Griffiths, 2020: 4; & Gecaite-Stonciene, v.d., 2020: 2).

DSM-5’in alternatif modeline göre OKKB’nin karakteristik özellikleri arasında katı mükemmeliyetçilik, esnek olamama, duyguları ifade etmede güçlük, yakın ilişkiler kurma ve sürdürmede zorluk sayılmıştır. Bu örüntüde sorumluluk boyutundaki mükemmeliyetçilik ve özdisiplin aşırı uç noktadadır. Nevrotizm boyutundaki perseveratif düşünce ve davranışlar ile duygusal kopukluk boyutundaki içe kapanma ve kısıtlanmış duygulanım da da orta ya da daha yüksek düzeyde bozulma diğer tanı kriterleridir. OKKB tanısı için gereklilik olmamakla birlikte nevrotizm boyutundaki kaygınlık yönünde yükselme sıklıkla görülür (APA, 2013a: 768).

Sorumluluk boyutu başa çıkma stratejileri açısından genellikle özdisiplin, düzen, kararlılık, hedef odaklılık gibi özellikler nedeniyle daha çok problemleri çözme odaklı stratejilerle ve daha düşük düzeyde BVY ile ilişkilendirilmektedir. Ancak OKKB özelliklerinin artması ile bireylerin aşırı mükemmeliyetçilik ve detaycılık eğilimi göstermeleri, demans bakımının getirdiği sorumlulukları yerine getirmeye çalışan bakım verenlerin bu görevleri kendi standartlarına uygun şekilde yapma kaygısıyla ve başkalarının becerilerine güvenmedikleri için sorumluluğu paylaşamamaları nedeniyle gerekenden daha fazla zaman harcamalarına ve bu nedenle kendi ihtiyaçlarını ihmal etmelerine yol açıyor olabilir. Nevrotizm boyutundaki perseveratif düşünceler ve kaygınlık nedeniyle bilişsel yeniden yapılandırma becerileri olumsuz etkileniyor olabilir. Düşük düzeyde dışadönüklükle ilişkilendirilen duygularını ifade etmede ve yakın ilişkiler kurmada güçlük nedeniyle bu alt ölçekte alınan puanların yükselmesinin bakım verenlerin sosyal destek arama stratejilerini daha az tercih ettiklerini düşündürmektedir. BFK'nın yeniliğe açıklık boyutunun tam karşısında bulunan açık görüşlü olmama, yeni durumlara alışmada güçlük ve dogmatizm özellikleri nedeniyle bu kişilerin demans bakımında karşılaşılan güçlüklerle alternatif çözümler arama ve hastalığı kabullenmede zorlandığı tahmin edilmektedir. Bu çalışmaya katılan bakım verenlerin kişilik özellikleri ve algıladıkları BVY düzeyi ile ilgili veriler incelendiğinde, önceki çalışmalarla uyumlu olarak nevrozizm boyutunda yükselme ile dışadönüklük, uyumluluk ve OKKB dışında sorumluluk boyutlarında azalmanın algılanan bakım yükünün artması arasında anlamlı bir ilişki olduğu söylenebilir.

Bu tezde bakım verenlerin kişilik özellikleri ve anksiyete düzeyleri incelendiğinde, en yüksek ortalama HADS-A skorları sırasıyla borderline kişilik özellikleri en belirgin olan alt grupta ($\bar{x}$ =11.67), paranoid kişilik özellikleri en belirgin olan alt grupta ($\bar{x}$ =11.37), çekingen kişilik özellikleri orta düzeyde olan alt grupta ($\bar{x}$ =11.32) ve obsesif kompulsif kişilik özellikleri en belirgin olan alt grupta ($\bar{x}$ =11.08) görülmüştür. Korelasyon analizlerine göre HADS-A skorlarıyla en belirgin pozitif yönde anlamlı istatistiksel ilişki sırasıyla PBQ-SF'nin ÇKB, PAKB, BLKB, PKB, BKB, OKKB ve SKB alt ölçekleri arasında bulunmuştur.

ÇKB özellikleri ile bakım verenlerin anksiyete düzeyleri incelendiğinde, bu örüntünün HADS-A puanları üzerindeki etkisinin nedenlerinin ZBYÖ'üzerindeki etkisiyle benzerlik gösterdiği düşünülmektedir. ÇKB özelliklerinin artmasıyla azalan özgüven ve

özyeterlilik algılarının demans bakımında karşılaşılan sorunları daha başa çıkılmaz olarak değerlendirilmesine yol açtığı tahmin edilmektedir. Zor durumlarla karşılaşıldığında kaygı ve stresin çok yoğun yaşanması, olumsuz düşüncelerin fazlalığı ve bakım verenin kendi psikosomatik şikayetlerinin artmasının anksiyete düzeyini yükseltici etkisi olduğu düşünülmektedir. Tüm bu nedenlerle bu kişilerin bilişsel yeniden yapılandırma, duygu düzenleme, sosyal destek arama ve planlı bir şekilde karşılaşılan problemleri çözme becerileri olumsuz etkilenmektedir.

DSM-IV-TR’de PAKB daha fazla araştırılması gereken bozukluklar başlığı altında sınıflandırılmıştır. Bu kişilik örüntüsü olumsuz tutumlar ve kendisinden beklenenlere pasif direniş gösterme olarak tanımlanmıştır. Tanı kriterleri arasında günlük yaşamla ilgili sosyal ve mesleki görevlere direnme, başkaları tarafından yanlış anlaşıldığı ya da takdir edilmediği inancı, somurtkanlık, tartışmacılık, otorite figürleriyle sorunlar, kendini başkalarıyla kıyaslama, bununla ilgili kıskançlık ve kızgınlık ifadeleri, kendi şanssızlığı ile ilgili sürekli şikayet etme ve düşmanca davranışlarla pişmanlık arasında gelgitler yaşama sıralanmıştır (APA, 2003: 729). BDT modelinde PAKB güç ve otonomi temaları üzerinden kişilerin kendilerinin kolay kontrol edilebilir, başkalarının ise talepkar ve müdahaleci olduğuna dair inançlarla ortaya çıkan davranışların yaygın olarak görüldüğü bir kişilik patolojisi olarak tarif edilmiştir (Pretzer ve Beck, 1996: 36). Farklı çalışmalar PAKB’nin anksiyete bozuklukları, maddeyi kötüye kullanma, intihar davranışları, ve suç oluşturan davranışlar için risk unsuru oluşturduğunu bildirmiştir (Czajkowski, v.d., 2008: 118, Laverdiere, Ogrodniczuk ve Kealy, 2020: 1).

DSM-5’in alternatif modelinde PAKB’ye yer verilmemiştir. Hopwood ve Wright’ın (2012: 299) bu örüntüyü BFK modeli çerçevesinde incelendiği çalışmasına göre PAKB, kimlikte özgüven ve özyeterlilik algısıyla ilgili olumsuz inançlar, nevrozizm boyutunda kaygı, kızgınlık gibi olumsuz duyguların yoğunluğu ile ilgili aksi tutumlar ve kişilerarası sorunlar, sorumluluk boyutunda ise yapılması gerekenleri unutma ya da erteleme gibi davranışlarla tarif edilmiştir. Bu sayılan özellikler nedeniyle bu alt ölçekte yüksek puan alan kişilerin problem çözme, duygu düzenleme, bilişsel yeniden yapılandırma gibi girişimci stratejilere yönelmediği düşünülmektedir. Bunlar yerine PAKB özelliklerinin artmasının reddetme, anlık rahatlama sağlayan işlevsiz aktivitelere yönelme, olumsuz duyguları dile

getirme, içe kapanma gibi kaçınma stratejilerini seçme ihtimalinin fazlalaşmasına neden olduğu tahmin edilmektedir.

PAKB ve HADS-A skorlarında görülen ilişkinin nedenleri arasında problemlerle başa çıkma konusunda özyeterlilik ve özgüvenin düşük olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Kaygı, kızgınlık, stres gibi duyguları çok yoğun yaşama eğilimi ve görevleri erteleme, sorumluluklara direnme davranışları ile işlevsel başa çıkma stratejileri yerine problemleri daha komplike hale getiren kaçınma stratejilerini tercih etme ihtimalinin daha fazla olması bu alt ölçekte yüksek puan alan bakım verenlerin anksiyete düzeylerinin de yüksek olmasının nedenlerini açıklayabilir.

PBQ-SF alt ölçeğinde BLKB puanlarının artmasıyla anksiyete düzeyinin yükselmesi algılanan BVY'nin artmasında olduğu gibi, bu kişilerin yoğun kaygı yaşama eğilimleri, olaylardan duygusal olarak kolaylıkla ve çok fazla etkilenmeleri, stresli durumlara aşırı tepki vermeleri ile açıklanabilir. Aynı zamanda plansız ve dürtüsel davranma özellikleri ve olumsuz duygulardan kurtulma ihtiyaçları nedeniyle bu kişilerin kaçınma stratejilerini seçmeye yatkın oldukları düşünülmektedir. Bu durumun daha fazla endişeye ve zaten zor olan bakım sürecinde daha çok problemle karşılaşmaya yol açtığı tahmin edilmektedir.

DSM-IV-TR'de PKB başkalarına karşı kuşkuculuk, güvensizlik, başkalarının davranışlarının altında kötü niyet arama algısının bireyin hayatının pek çok alanında yaygın şekilde görüldüğü bir kişilik örüntüsü olarak tarif edilir. Tanı konabilmesi için, herhangi bir dayanağı olmadan başkalarının kendisine zarar verdiğine ya da kendisini kandırdığına dair şüphe, yakınlarının güvenilirliğinden ve sadakatinden kuşkulanma, kendisine karşı kullanılır kaygısıyla başkalarına kendisiyle ilgili özel şeyleri anlatmama, sıradan söylem ve olayların altında gizli anlam arama, kincilik, öfke, saldırganlık ve hayat partnerinin sadakatsizliğine dair süregelen şüpheler gibi düşünce veya davranışlardan en az dört tanesinin bireyin ya da çevresindekilerinin yaşamını olumsuz bir şekilde etkileyecek düzeyde mevcut olması gereklidir (APA, 2003: 690). BDT'ye göre PKB bireylerin kendilerinin yetersizliğine ve başkalarının kötü niyetli ve güvenilmez olduğuna dair işlevsel olmayan inancılar nedeniyle zarar görme kaygısı yaşamasına, başkalarıyla ilişkilerde temkinli davranmasına, ve duygusal yakınlıktan rahatsızlık duymasına yol açan bir örüntüdür (Beck, v.d., 2001: 1213).

DSM-5'in alternatif modelinde PKB ÖBKB başlığı altında sınıflandırılmıştır. Bu kişilik bozukluğu için belirgin tanı kriterleri henüz sunulmamıştır (APA, 2013a: 771). Lee'e (2017: 153) göre araştırmacılar PKB'nin çok boyutlu modelde en iyi nasıl temsil edileceğini dair bir fikir birliğine ulaşmamıştır. Yazar Costa ve McCrae'nin (1990: 362) çalışmasında PKB'nin nevrozizm boyutunda yükselme ve uyumluluk boyutunda azalma ile kendini gösterdiğini, Saulsman ve Page'in (2005: 383) ise bunlara düşük düzeyde dışadönüklüğü eklediğini aktarmıştır. Hopwood ve Thomas (2015: 8) PKB'nin özelliklerini nevrozizm boyutunda kaygınlık, hostilite, depresiflik, kendine odaklanma ve kırılabilirlikte yükselme, dışadönüklük boyutunda sıcaklık, gerginlik ve olumlu duygulanımda azalma ile uyumlulukta güven, açıklık, fedakarlık ve itaatkarlıkta azalma ile tarif etmiştir. Norveç'te yapılmış olan bir çalışmaya göre (Falkum, v.d., 2009: 533) PKB'de ortaya çıkan en belirgin özellikler kuşkuculuk ve hostilitedir. Ahmed ve arkadaşlarının (Ahmed, v.d., 2012: 126). PKB ve SKB'nin taksonomisini incelediği çalışmaya göre, kişilerarası ilişkilerde güvensizlik PKB'de en belirgin şekilde görülen ve gündelik yaşamda en fazla işlev bozukluğuna neden olan özelliktir.

Tüm bu farklı modeller birlikte incelendiğinde, PKB'nin kuşkuculuk, öfke, saldırganlık gibi nedenlerle sağlıklı ve güvene dayalı yakın ilişkiler kurma ya da sürdürme güçlüğü yaşama ihtimali yüksektir. Bu profildeki hasta yakınlarının demans bakımında karşılaştıkları zorluklarla baş etmek için tercih ettikleri stratejilerin genellikle olumsuz duyguları dile getirme, olumsuz düşünceler içeren ruminasyonlar, içe kapanma gibi kaçınma yaklaşımları olduğu tahmin edilmektedir. Sosyal destek arama, duygu düzenleme, bilişsel yeniden yapılandırma gibi daha işlevsel stratejilere yönelme olasılıklarının düşük olduğu düşünülmektedir. Yüksek nevrozizm ve düşük uyumluluk özelliklerine ek olarak seçtikleri işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerinin demanslı yakınlarına bakarken yaşadıkları anksiyete bulgularını artırıcı bir kombinasyon olduğu yorumu yapılabilir.

BKB'nin DSM-IV-TR'te göre tanımı aşırı düzeyde ilgi ihtiyacı nedeniyle boyun eğici ve bağımlı davranışların yaygın şekilde görüldüğü bir örüntüdür. Tanı kriterleri arasında, başkalarının onayı olmadan basit kararları vermede güçlük, kendi hayatı ile ilgili kararlar için sorumluluğu başkasının almasına ihtiyaç duyma, onaylanmama kaygısıyla düşüncelerini dile getirmede zorluk, özgüven eksikliğine bağlı olarak kendi başına projeler başlatamama,

başkalarından ilgi ve destek alabilmek için kendinden aşırı düzeyde ödün verme, kendine bakabilme konusunda kendine güvenmemeye ilgili yalnızken kaygı, çaresizlik ve rahatsızlık hissetme, bir ilişki biter bitmez yeni bir ilişkiye başlama, yalnız kalma endişesi ile ilgili ruminatif düşünceler yer almaktadır (APA, 2003: 721). Farklı çalışmalara göre, BKB ile major depresyon, yeme bozukluklar, somatizasyon bozuklukları, panik bozukluk, uyku bozuklukları, anksiyolitik ilaç bağımlılığı ve sindirim sistemi hastalıkları sıklıkla birlikte görülmektedir (Heintz, Freedberg ve Harper: 2020: 7; Maccaferri, v.d., 2019: 2; Mroczkowski, v.d., 2015: 26; Tyler, Morgan ve Cicchetti, 2004: 11).

DSM-5'in alternatif modelinde BKB, ÖBKB altında sınıflandırılmıştır ve tanı kriterleri belirtilmemiştir. Furnham'ın (2018: 622) BKB'yi BFK modeline göre incelediği çalışmasına göre, bu örüntü nevrotizm boyutunda kaygı, depresyon, kendine odaklanma ve kırılabilirlik, uyumluluk boyutunda fedakarlık, itaatkarlık, alçak gönüllülük, yumuşak başlılık, dışadönüklük boyutunda sıcakkanlılık özelliklerinde artış, yine dışadönüklükte kendine güvene dayalı girişkenliğe azalma ile kendini göstermektedir. Yazara göre BFK'nin uyumluluk boyutuyla güçlü pozitif bir ilişki içinde olması, bu kişiliği PKB, ASKB, BLKB ve NKB'den belirgin bir şekilde ayırmaktadır. Yazar ayrıca eşikaltı BKB özelliklerinin işyerinde ve yakın kişisel ilişkilerde sadakat, yumuşak başlılık, fedakarlık gibi unsurlar nedeniyle tercih edilen bir örüntü olduğunu savunmuştur. Diğer çalışmalarda BKB nevrotizm boyutunda kaygı, depresyon, ayrılma güvensizliği, uyumlulukta boyun eğicilik, kimlikte ve kişilerarası işlevsellikte özgüven eksikliği ve terkedilmeyi engelleme kaygısı ile ilişkilendirilmiştir (Bagby ve Widiger, 2018: 7; Bornstein, 2011: 235; Gore, v.d., 2012: 488).

BKB'de özgüvensizlikle ilgili kendi başına zorlukların üstesinden gelemeyeceği, doğru kararlar veremeyeceği, başka birisinin ilgi ve desteğine muhtaç olduğu gibi inançlar nedeniyle bu alt ölçekte yüksek puan alan katılımcıların demanslı bir kişiye bakmak gibi stresli bir görevi üstlendiklerinde, yapılması gerekenleri olduğundan daha zor, kendi becerilerini olduğundan daha yetersiz algılamalarının HADS-A puanlarını yükseltiyor olması olasıdır. Nevrotizm boyutunda anksiyete özelliğinin bu örüntüde zaten yüksektir. Bu nedenle özellikle demans bakımının getirdiği stresli durumlarla karşılaşmanın anksiyeteyi daha da arttırdığı düşünülmektedir. Bu örüntüde uyumluluk boyutuyla ilişkilendirilen özelliklerin yüksek olması, bu kişilerin sosyal destek arama stratejisine yöneleceğini düşündürmektedir.

Yine uyumluluk boyutundaki, fedakarlık ve başkalarının ihtiyaçlarını kendininkilerden önde tutma eğilimi ile onaylanma ihtiyacıyla kendini gösteren başkalarını memnun etme kaygısı nedeniyle bu alt ölçekte yükselen puanlar bakım verenin kendi ihtiyaçlarını ihmal etme eğilimi göstermesine neden olabilir. Nevrotizm boyutunda kaygı, üzüntü, huzursuzluk gibi duyguları yoğun yaşama eğilimleri yüzünden bu kişiler dileksel düşünme, madde kullanma, olumsuz duyguları dile getirme gibi stratejilere yöneliyor, duygu düzenleme ve bilişsel yeniden yapılandırma gibi yaklaşımlarda zorlanıyor olabilirler. Stresli durum karşısında girişimci stratejiler yerine kaçınmacı yöntemleri tercih etmelerinin sonucu olarak bağımlı özellikleri fazla olan bakım verenlerin anksiyete düzeylerinin yüksek bulunmuş olması olasıdır.

OKKB alt boyutunda yükselme ile HADS-A puanları arasında bulunan anlamlı pozitif ilişkinin bu örüntüde kaygılı olma eğiliminin yüksek olmasıyla ilgili olduğu düşünülmektedir. Katı mükemmeliyetçilik, alternatif çözümlere açık olamamak ve endişe içeren perseveratif düşüncelerin bakım sürecinde stres unsurlarının artmasıyla bakım verenin anksiyete düzeyinin de artmasına neden olduğu tahmin edilmektedir. Bu örüntüde başkalarının yapılması gerekenleri olması gerektiği gibi yapamayacağına dair inançlar yüzünden görev paylaşımından kaçınma davranışı nedeniyle artan BVY'nin bakım verenin kaygı düzeyini yükselttiği düşünülmektedir.

Bu çalışmada anksiyete düzeyinin artmasıyla anlamlı pozitif bir ilişki görülen son kişilik örüntüsü SKB'dir. DSM-IV-TR'de bu kişilik bozukluğu sosyal ilişkilerden kopukluk ve kısıtlı duygulanımın bireyin yaşamının birçok alanında yaygın bir şekilde görülen bir örüntü olarak tarif edilmiştir. Tanı kriterleri arasında yakın ilişkilerden hoşlanmama, tek başına yapacağı aktiviteleri tercih etme, cinsellikle ilgili istek duymama, aktivitelerden keyif almama, yakın arkadaşlıklar kurmama, başkalarından gelen geribildirimlere karşı kayıtsızlık, duygusal olarak kopuk ve soğuk olma ve künt afekt sayılmaktadır (APA, 2003; 694). Sosyal anksiyete bozukluğu ile arasındaki en belirgin fark, SAB'da bireylerin sosyal ilişkileri arzulaması ancak özgüven eksikliği ve reddedilme kaygısı gibi nedenlerle bunlardan kaçınması, SKB'de ise başkalarıyla yakınlık isteğinin olmamasıdır (Triebwasser, v.d. 2012: 919). Yapılan çalışmalara göre bu örüntüyle sıklıkla birlikte görülen psikiyatrik bozukluklar arasında tekrarlayan depresif epizodlar, anksiyete bozuklukları, alkol ve maddeyi kötüye

kullanma vardır. Daha nadir olmak üzere depersonalizasyon ve manik epizodlar da SKB ile ilişkilendirilmiştir (Levi-Belz, v.d., 2019: 102; Esterberg, v.d., 2010: 515; Thystrup ve Hesse, 2009: 147).

DSM-5'in alternatif modelinde bu kişilik bozukluğu ÖBKB altında sınıflandırılmıştır ve tanı kriterleri ile ilgili bilgi verilmemiştir (APA, 2013a: 771). SKB'yi BFK modeli açısından inceleyen çalışmalar arasında Ahmed ve arkadaşlarının (2012: 126) bu örünün ve PKB'nin taksonometresini inceleyen araştırmasına göre SKB'de en yaygın görülen ve gündelik yaşamda en fazla işlev bozukluğuna neden olan özellikler sosyal içe çekilme ve duygusal kopukluktur. Triebwasser ve arkadaşlarına (2012: 923) göre bu örüntü sadece dışadönüklük boyutundaki içe kapanma, duygusal kopukluk, yakınlıktan kaçınma, anhedoni ve kısıtlı duygulanımla kendini göstermektedir. Hopwood ve Thomas (2015: 9) SKB'nin en belirgin özelliklerini dışadönüklük boyutundaki tüm özelliklerde azalma, nevrotizm boyutunda depresiflik ve kendine odaklanmada artış ve uyumluluk boyutunda güvensizlik olarak sıralamıştır.

Tüm bu tanımlar birlikte incelendiğinde, SKB alt ölçeğinde yükselen puanların bakım verenlerin demans bakımında karşılaştıkları stres unsurları ile başa çıkma stratejileri içinde daha çok dileksel düşünme, içe kapanma ya da madde kullanımı gibi kaçınmacı yaklaşımları tercih ettiği, sosyal destek arama eğiliminde olmadıkları tahmin edilmektedir. Bu alt ölçekte alınan puanların yükselmesiyle HADS-A puanları arasındaki anlamlı pozitif ilişkinin en fazla seçilen işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Bu tezde bakım verenlerin kişilik özellikleri ve anksiyete düzeyleri incelendiğinde, en yüksek ortalama HADS-D skorları sırasıyla borderline kişilik özellikleri en belirgin olan alt grupta ($\bar{x}$ =12.33), paranoid kişilik özellikleri en belirgin olan alt grupta ($\bar{x}$ =11.28), obsesif kompulsif kişilik özellikleri en belirgin olan alt grupta ($\bar{x}$ =10.69) ve çekingen kişilik özellikleri belirgin düzeyde olan alt grupta ($\bar{x}$ =10.43) görülmüştür. Korelasyon analizlerine göre HADS-D skorlarıyla en belirgin pozitif yönde anlamlı istatistiksel ilişki sırasıyla PBQ-SF'nin ÇKB, OKKB, BLKB, SKB, PAKB, HKB ve BKB alt ölçekleri arasında bulunmuştur.

Yükselen ÇKB ile HADS-D puanları arasındaki pozitif ilişkinin bu örüntüde görülen düşük özyeterlilik algısı, nevrotizm boyutundaki yükselme, dışadönüklük boyutunda

anhedoni ve içe kapanıklık eğilimiyle ilgili olduğu düşünülmektedir. Kişilerarası ilişkilerden kaçınma özelliği nedeniyle bu bakım verenlerin sosyal destek arama stratejisini tercih etmemesine neden olabilir. Sorumluluk boyutunda özdisiplin ve hedeflere ulaşmayla ilgili güçlük ile nevrotizimde stres, depresyon ve kaygıyı yoğun hissetme eğilimi nedeniyle aktif problem çözme, duygu düzenleme, bilişsel yeniden yapılandırma gibi stratejiler yerine kaçınıcı yaklaşımları tercih etmedikleri tahmin edilmektedir. Bu nedenlerle bu alt ölçekte yüksek puan alan bakım verenlerin demans bakımında ortaya çıkan güçlüklerle efektif bir şekilde başa çıkamadığı, böylelikle yükselen BVY ve anksiyete düzeylerinin depresif bulguları da olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

OKKB puanlarının artması ile depresyon seviyesinde yükselme bu kişilerin aşırı mükemmeliyetçi tutumları nedeniyle demans bakımıyla ilgili görevleri yerine getirirken gereğinden fazla detaycı olmaları bu nedenle sorumluluklara daha fazla zaman ayırmalarıyla ilişkili olabilir. Başkalarının bu süreçte yapılması gerekenleri kendi standartlarına uygun şekilde tamamlayabileceklerine dair güvensizlik nedeniyle bu alt ölçekte yüksek puan alan bakım verenler başkalarından yardım isteme konusunda isteksiz olabilirler. Bu nedenlerle bu kişiler kendilerine iyi gelecek aktivitelere daha az zaman ayırma ve kendi sağlıklarını korumayı ihmal etme eğiliminde olabilir. Ayrıca bu örüntüde karşılaşılan ruminasyon eğilimi nedeniyle OKKB ile ilişkilendirilen özellikleri fazla olan kişilerin depresyona daha yatkın olması beklenir.

BLKB örüntüsünde nevrotizm boyutundaki tüm özelliklerin yüksek olmasına ek olarak kişilerarası ilişkilerin dalgalı seyri, dürtüsellikle ilgili olarak planlama ve hedefe yönelik kararlılıkla ilgili güçlükler nedeniyle bu alt ölçekte alınan puanların yükselmesi algılanan BVY ve anksiyete düzeyleri ile pozitif bir ilişki ortaya koymuştur. Bu durum duygu düzenleme, bilişsel yeniden yapılandırma gibi işlevsel başa çıkma stratejilerinin seçilme olasılığını azaltmaktadır. İlişkilerin çatışmalı ya da tutarsız doğası nedeniyle bu bakım verenler dışarıdan yeterli ya da kesintisiz sosyal destek alamıyor olabilirler. Kaçınımacı stratejileri kullanma eğilimi nedeniyle bakım süreci ile ilgili güçlüklerin efektif bir şekilde çözülememesi ve hatta artması, bununla birlikte bu örüntüde kişilerin olaylardan duygusal olarak kolaylıkla ve aşırı düzeyde etkilenmeleri depresyon düzeyini arttıran unsurlardan olabilir.

Bu çalışmada elde edilen verilere göre HADS-D puanlarıyla anlamlı pozitif ilişki bulunan diğer alt ölçek olan SKB ile ilişkilendirilen kişilik özellikleri arasında dışadönüklük boyutunda anhedoni ve nevrotizm boyutunda depresiflik vardır. Bu özellikler nedeniyle bu alt ölçekte yükselen puanların bakım verenlerin depresif bulgulara yatkın oldukları şeklinde yorumlanabilir. Bakım süreciyle ilgili güçlüklerle karşılaşıldığında anksiyete düzeyinin yükselmesi ile SKB özelliklerinin belirginleşmesinin bu bakım verenlerin dileksel düşünme, içe kapanma, madde kullanımı gibi kaçınmacı başa çıkma stratejilerini tercih etmesine yol açtığı düşünülmektedir. Tüm bu bileşenlerin HADS-D puanlarını arttıran bir ortam oluşturduğu düşünülmektedir.

PAKB ve HADS-D puanları arasındaki anlamlı pozitif ilişki incelendiğinde, bu örüntüde kimlikte özgüven ve özyeterlilik algılarının zayıf olması nedeniyle bu alt ölçekte yüksek puan alan bakım verenlerin demans bakımı ile ilgili güçlükleri olduğundan daha başa çıkılmaz, kendilerini ise daha yetersiz olarak değerlendirmelerine yol açtığı tahmin edilmektedir. Bu örüntüyle ilişkilendirilen kişinin başkaları tarafından yanlış anlaşıldığı ya da takdir edilmediği inancı, kendisini başkalarıyla kıyaslama eğilimi ve çok şanssız olduğuna dair süregelen düşünce ve söylemlerinin de bu kişileri depresyon bulgularına daha yatkın hale getirdiği düşünülmektedir. Nevrotizm boyutundaki yükselme ile kızgınlık, stres, kaygı gibi duyguları yoğun hissetme eğiliminin de bu duruma katkısı olduğu öngörülmektedir. Sorumlulukları erteleme eğiliminden dolayı demans bakımı ile ilgili görevlerin daha başa çıkılmaz görülme olasılığı yüksektir. Tüm bu unsurlar ve kaçınmacı başa çıkma stratejilerini tercih etme eğiliminin depresyon düzeyinin yükselmesine neden olduğu düşünülmektedir.

HKB örüntüsü ile ilişkilendirilen kendini yönlendirebilme becerisinde yetersizlikle sorumluluk boyutunda planlama, kararlılık ve düzenle ilgili özelliklerde güçlük nedeniyle, bu alt ölçekte yükselen puanların bakım verenlerin demansla ilgili sorumlulukları yerine getirmede zorlanmasına ve iş yükünün artmasına yol açtığı düşünülmektedir. Ayrıca bu kişilikte başkalarından görülen ilgi ile beslenme ve aşırı sosyallik gibi ihtiyaçların bakım sürecinde yeterince karşılanamadığı nedeniyle bu alt ölçekte yükselen puanların bakım verende kısıtlanmışlık duygularına neden olduğu tahmin edilmektedir. Bu durum HKB özelliklerinin artmasıyla HADS-D puanları arasındaki ilişkiyi yorduyor olabilir.

HADS-D puanlarında yükselme ile arasında belirgin pozitif anlamlı bir ilişki bulunan son PBQ-SF alt ölçeği BKB'dir. Bu örüntüde yaygın bir şekilde görülen başkalarının desteği olmadan karar verememe, sorumluluk alamama, eyleme geçememe gibi özelliklerin bakım sürecinde karşılaşılan güçlüklerle başa çıkmayı zorlaştırdığı düşünülmektedir. Düşük özgüven ve özyeterlilik algısı nedeniyle bu alt ölçekte yüksek puan alan bakım verenlerin içinde bulundukları durumu daha imkansız kendi becerilerini ise daha eksik algılamalarına neden olduğu ve bu durumun HADS-D puanlarında yükselmeye yol açtığı tahmin edilmektedir. Nevrotizm boyutunda kaygı, depresyon ve kırılganlık gibi duyguların yoğun hissedilmesinin depresyon bulgularının artmasına zemin hazırladığı düşünülebilir. Ayrıca bu örüntüde onay ihtiyacından kaynaklanan aşırı fedakarlık eğilimi ve başkalarının ihtiyaçlarını kendininkinden önde tutmaya yatkınlık nedeniyle bu alt ölçekte yüksek puan alan bakım verenlerin kendi ihtiyaçlarını ihmal etme ve bu şekilde depresyonu engellemede ya da belirtilerle başa çıkmakta daha çok zorlanma olasılıkları artmaktadır.

Kişilik alt ölçekleri ve algılanan BVY düzeyleri incelendiğinde, tüm PBQ-SF örüntülerinde artan puanlarla ZBYÖ puanları arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bu durum tüm kişilik örüntülerinin özelliklerinde artmanın bakım verenin algıladığı BVY düzeyinin yükselmesine neden olduğu şeklinde yorumlanabilir. PBQ-SF alt ölçekleriyle HADS-A puanları karşılaştırıldığında, sadece NKB özelliklerinde artışla bakım verenlerin anksiyete düzeyleri arasında bir ilişki görülmemiştir. Kişilik özellikleri ile HADS-D puanları incelendiğinde ise NKB ve ASKB alt ölçeklerinde alınan puanların yükselmesiyle bakım verenlerin depresyon düzeyi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Bu durumun altında yatan nedenleri anlayabilmek için bu iki örüntüye daha yakından bakılması gerekmiştir.

NKB, DSM-IV-TR'de üstünlük algısı, hayran olunma ihtiyacı ve empati yoksunluğu ile kendini gösteren bir örüntü olarak tarif edilmiştir. Tanı kriterleri arasında zihnin sonsuz başarı, güç ya da zeka gibi konularla meşgul olması, kendisinin özel, eşsiz olduğuna ve sadece kendisi gibi kişiler tarafından anlaşılabilceğine dair inanç, hayranlık duyulma ihtiyacı, istediklerinin yapılmasını hakettiği algısı, kendi amaçları için başkalarını sömürücü davranışlar, empati yoksunluğu ve kibirlilik sayılmıştır (APA, 2003: 714). Fjermestad-Noll ve arkadaşlarına (2019: 2) göre NKB tanılı kişilerin yaşam boyu depresif bozukluk prevalansı %42-50'dir. Yazarlar NKB'de ortaya çıkan depresif duygulanımın farklılık gösterdiğini, bu

örüntüde bu tür duyguların çevresel etkenlere tepki olarak çıktığını ve saatler içerisinde başlayıp sönümlenebildiğini bildirmiştir. Aynı zamanda bu kişiler bu tür durumlarda kendini suçlamaktan çok başkalarını sorumlu tutma ve öfkelerini başkalarına yönlendirme eğilimindedir. Ronningstam'a (2011: 90) göre bu kişiler genellikle özgüvenlerini sarsacak durumlardan kaçınır ya da bu tür durumları kontrol etmeye çabalar. Miller, Widiger ve Campbell'e (2010: 642) göre NKB tanılı kişilerin özgüvenleri dışarıdan gelen eleştirilerle karşı oldukça hassastır ve bu tür durumlarda bireyler öfke, agresyon ve şiddet içeren tepkiler ortaya koyar. Yazarlar ayrıca bu kişilerin olumlu durumlarda başarıyı kendilerinin sahiplenme olumsuz durumlarda ise başkalarını suçlama eğiliminde olduğunu bildirmiştir.

DSM-5'in alternatif modelinde NKB kimlikte özgüveni sağlayabilmek için dışarıdan onaya ihtiyaç duyma, kendini yönlendirebilme becerisinde başkalarından olumlu geribildirim alacağı hedefler seçme, empatide başkalarının duygu ve ihtiyaçlarını anlama becerisinin olmaması ve yakınlıkta sadece kendi özgüvenini regüle etmek için kurulan yüzeysel ilişkilerle kendini gösteren bir örüntü olarak tarif edilmiştir. Tanı koyabilmek için her ikisi de uyumluk/zıtlık boyuntunda olan büyüklenme ve ilgi çekme ihtiyacının orta düzeyde ya da daha fazla olması gerekliliği belirtilmiştir. Alternatif modelde NKB için iki alt varyant tanımlanmıştır. Bunlardan daha kötücül bir şekilde kendini gösteren tipte uyumluluk boyutunda manipülatiflik, hilekarlık ve umursamazlık, daha hassas olan tipte ise nevrozizm boyutunda kaygınlık ve depresiflik özellikleri görülür (APA, 2013a: 767).

Profil bu bilgiler ışığında değerlendirildiğinde NKB alt ölçeğinden alınan puanların yükselmesiyle bakım verenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında bir ilişki bulunmamasının nedenlerinden birinin empati yoksunluğu ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Karşılaşılan güçlüklerde kendilerini değil başkalarını suçlama eğilimi depresyona karşı koruyucu bir özellik olabilir. Bu örüntünün tanı kriterlerinin genelde uyumluluk boyutuyla ilgili olması sadece hassas varyantta nevrozizm boyutundaki kaygınlık ve depresiflik özelliklerinin görülmesi, bu tür olumsuz duyguların genellikle olaylara reaksiyon olarak ortaya çıkıp uzun süreli olmaması da bu özelliklerde yükselmeyle HADS-A ve HADS-D puanları arasında ilişki görülmemesinin nedenlerinden olabilir. Ayrıca NKB alt ölçeğinde yüksek puan alan kişilerin demans bakımı ile ilgili sorumlulukları üstlenmeme eğilimleri olabilir.

ASKB'nin DSM-IV-TR'deki tanı kriterleri arasında tekrarlayan sosyal normlara uymayan ve yasadışı davranışlar, yalan söyleme, kendi çıkarı için başkalarını kullanma ya da sahtekarlık yapma, dürtüsellik, ileriye dönük plan yapamama, sinirlilik, saldırganlık, kendisinin ve başkalarının güvenliğiyle ilgili umursamazlık, sorumluluklarını yerine getirmeme eğilimi ve pişmanlık duymama vardır (APA, 2003: 701). Glenn, Johnson ve Raine'e (2013: 427) göre ASKB'de maddeyi kötüye kullanma prevalansı %80-85'tir. Holzer ve Vaughn'a (2017: 1) göre ASKB'de iş yaşamında istikrarsızlık, maddi açıdan başkalarına bağımlı olma, evlilik ilişkilerinde güçlükler, tutuklanma ve hapis cezası genel popülasyona kıyasla belirgin düzeyde daha sık görülür.

DSM-5'in alternatif modelinde ASKB'nin karakteristik özellikleri arasında yasaya ve etik normalara uygun olmayan davranışlarda bulunmak, benmerkezci ve başkalarıyla ilgili umursamaz olmak, sahtekarlık, sorumsuzluk, manipülatiflik ve risk alma eğilimi vardır. Bu örüntünün tanı kriterleri arasında uyumluluk/zıtlık boyutunda manipülatiflik, umursamazlık, hilekarlık ve hostile, sorumluluk boyutunda ise risk alma, dürtüsellik ve sorumsuzluk sayılmıştır. ASKB'nin psikopatik varyantının özellikleri ise nevrozizm boyutunda düşük kaygı düzeyi, dışadönüklük boyutunda düşük içe kapanıklık düzeyi ve uyumluluk boyutunda dikkat çekme davranışlarıdır (APA, 2013a: 764).

ASKB'de görülen dürtüsellik ve sorumsuzluk özelliklerinde yükselmenin demans bakımında kararlılık, özdisiplin, sorumluluk gibi becerilerin eksikliği nedeniyle problem çözme stratejilerinin tercih edilmemesine yol açtığı düşünülmektedir. Yine dürtüsellikler ilgili olarak madde kullanımı gibi kaçınmacı yaklaşımların seçilme olasılığı daha fazladır. Bu durum bakım sürecinde karşılaşılan güçlüklerle efektif bir şekilde başa çıkmayı zorlaştırdığı için kaygı düzeyini hafif düzeyde de olsa etkiliyor olabilir. Bu alt ölçekteki yükselmeyle depresyon düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamasının nedeni ise NKB'ye benzer bir şekilde empati yoksunluğu ve nevrozik özelliklerin görülmemesiyle açıklanabilir.

Çalışmada elde edilen veriler incelendiğinde PBQ-SF'de incelenen kişilik örüntüleri içinde ÇKB alt ölçeğinde yükselmenin ZBYÖ, HADS-A ve HADS-D puanlarının tümünde en belirgin artışa neden olduğu görülmektedir. Her üç ölçekte yükselmeyle en ilişkili bulunan diğer iki örüntü BLKB ve OKKB'dir. HKB alt ölçeğinde yükselme ile algılanan BVY ve

depresyon düzeyi arasında, PAKB, BKB ve SKB alt ölçeklerindeki yükselmeye anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında, PKB ile ise sadece anksiyete düzeyi arasında belirgin düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur. NKB ve ASKB alt ölçekleriyle HADS-D puanları arasında herhangi bir ilişki görülmezken, sadece NKB alt ölçeği ile HADS-A puanları arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Tüm bu örüntüler boyutsal açıdan incelendiğinde nevrotizm özelliklerinin yüksek düzeyde olması ile algılanan BVY, anksiyete ve depresyon düzeylerinin arttığı görülmektedir. Nevrotizm boyutuyla ilişkilendirilen ÇKB, BLKB, OKKB, PAKB, PKB, Bkb ve SKB alt ölçeklerine ek olarak dışadönüklük boyutuyla ilgili özelliklerde yetersizlikle kendini gösteren ÇKB, OKKB, PKB ve SKB alt ölçeklerinde ve uyumluluk boyutunda bozulma görülen HKB, BLKB, SKB, PAKB ve PKB alt ölçeklerinde yükselmenin bakım verme sürecinde bireyin özyeterlilik algısını, stres unsurlarını ne şekilde değerlendirdiğini ve hangi başa çıkma stratejilerini tercih ettiğini belirlediği düşünülmektedir. Sorumluluk boyutunda yetersizlik BLKB, PAKB ve HKB’de olumsuz sonuçlara yol açarken, bu boyutta aşırı düzeyde mükemmeliyetçiliğin de algılanan BVY ile depresyon ve anksiyete düzeyleri üzerinde olumsuz etkisi olduğu görülmüştür. Elde edilen bu veriler bakım verende algılanan yüksek BVY ile psikiyatrik bulguları yüksek düzeyde nevrotizm ile düşük düzeyde dışadönüklük, uyumluluk ve sorumlulukla ilişkilendiren önceki çalışmalarla uyumludur (Lloyd, v.d., 2018: 2; Melo, Maroco ve de Mendoça, 2011: 1276; van der Lee v.d., 2014:86; Kim, v.d., 2017: 227; Löckenhoff, v.d., 2011: 600; Ortega ve Leung, 2015: 62).

Bu tezde elde edilen verilerin istatistiksel analizi sonucunda ortaya çıkmış olan bir diğer sonuç ise PBQ-SF kişilik alt ölçekleri ile algılanan BVY, anksiyete ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, HADS-D ölçeği ile kişilik alt grupları arasındaki farklılıkların ZBYÖ ve HADS-A ölçeklerine kıyasla daha keskin olduğu yönündedir. Bu durum demans bakımında depresyon düzeyinde anlamlı bir fark görmek için patolojik kişilik özelliklerinde daha belirgin bir düzeyde artış gerektiğine işaret etmektedir. Algılanan BVY ile anksiyete düzeyleri ise kişilik alt ölçeklerinden alınan puanlarda daha ufak yükselmelerden de etkilenmektedir. Bu tezin katılımcıları ve bakım verdikleri yakınları ile ilgili demografik bilgiler, bakım süreci ile ilgili karakteristik özellikler göz önünde bulundurulduğunda, bu sonuç bakım verenlerin sosyoekonomik düzeylerinin yüksek olması,

hastaların gündelik hayat aktivitelerindeki işlevsellik düzeyindeki bozulmanın fazla olmaması, çoğu hastanın ATD tanısıyla takip ediliyor olması ve en önemlisi çoğu hastanın oldukça yakın dönemde tanı almış olması, dolayısıyla yıl bazında bakım süreci ortalamasının düşük olmasıyla ilgili olabilir.

Yeni tanı konan dönemde hem demanslı bireyler hem de onlara bakan yakınları için daha fazla belirsizlik söz konusudur. Bu dönemde hastalık, hastalığın seyri ve ilerde ne gibi durumlarla karşılaşacağı konusunda bilgi eksikliğinin ve yaşantıların henüz demans bakımını kolaylaştıracak bir şekilde organize edilmemiş olmasının bakım verenlerin anksiyete düzeyini arttıran unsurlar olduğu düşünülmektedir. Pek çok yeni durumda olduğu gibi demans tanısı ve bakım gereksinimleriyle ilgili sorumlulukların üstlenildiği ilk dönemlerinde de adaptasyon sürecinin getirdiği yoğun kaygı ve stresin araştırmanın katılımcıları için de geçerli olduğu tahmin edilmektedir. Daha uzun süre demans bakımı sorumluluğunu alan bakım verenlerde artan nesnel bakım yükü, rolde hapsolmuşlük algısı, umutsuzluk duyguları, kendine daha az zaman ayırabilme fırsatı gibi unsurlar kişilik özelliklerinin depresyona yol açan özelliklerinin belginleşmesine yol açabilir.

Bu tezde elde edilen bulgulara ortaya çıkan bir başka sonuç ise ÇKB, BKB, PAKB, OKKB, PKB ve BLKB alt ölçeklerinde alınan puanların yükselmesinin tüm bu örüntülerde sırasıyla en fazla anksiyete düzeyini, sonra algılanan BVY düzeyini, en az da depresyon düzeyini etkilediği yönündedir. Sadece HKB alt ölçeğinde yükselme bunun tam tersi bir duruma işaret etmektedir. HKB özelliklerinde artış diğer örüntülerden farklı olarak en fazla depresyon düzeyini, sonra algılanan BVY'yi, en az ise anksiyete düzeyini etkilemektedir. HKB'yi diğer kişiliklerden ayıran özellikler içerisinde bu örüntüde yoğun sosyal hayatın çok önem taşımasıdır. Diğer tüm örüntülerde dışadönüklük boyutunda içe kapanma, kısıtlı duygulanım, kuşkuculuk ve yakınlıktan kaçınma gibi özellikler farklı boyutlarda mevcuttur. HKB ise yüzeysel ilişkilerle tanımlanmakla birlikte, bu örüntüde olumlu kendilik algıları ve özgüven için başkalarının geribildirimine gereksinim çok fazladır. Aynı zamanda aktif sosyal yaşam bu kişilerde en önemli başa çıkma stratejisidir. Demans bakımında bireylerin kendilerine ayırabildikleri zamanın azalması ve sosyal yaşantılarının olumsuz etkilenmesi bu sonuca yol açmış olabilir.

Özetle, tezin hipotezleri ve elde edilen sonuçlar tekrar incelendiğinde, ilk hipotezin bakım verenin demografik özelliklerinin algılanan BVY ile anksiyete ve depresyon düzeylerini yordadığına yönelik öngörüsüyle ilgili üç alana bakılmıştır. Bunlardan sadece bakım verende kadın cinsiyeti ile artan BVY ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki bulunmuştur. Bakım verenin cinsiyetinin depresyon düzeyini etkilemediği ortaya çıkmıştır. Bakım verende düşük eğitim daha az BVY algılanması ve psikiyatrik bulguların şiddetinin daha düşük olmasıyla ilişkilendirilmiştir, ancak bu durum farklı eğitim düzeyi gruplarını temsil eden katılımcı sayısının yetersizliği ile ilgili olabilir. Bakım verenin hangi yaş aralığında olduğunun ise bakılan bu üç alan üzerinde herhangi yönde bir etkisi görülmemiştir.

İkinci hipotezde öne sürülen demanslı bireyin demografik özelliklerinin bakım verenin algıladığı BVY ile anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerinde yordayıcı etkisi olduğuna dair verilere bakıldığında, bakılan alanlardan sadece Katz skorlarının belirgin bir etkisi olduğu görülmüştür. Hastanın günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili işlevselliği bozuldukça bakım verenin algıladığı BVY ile anksiyete ve depresyon düzeyi artmaktadır. Demanslı bireyle ilgili cinsiyet, yaş ve klinik tanı ile ilgili unsurların bu üç alan üzerinde herhangi yönde bir etkisi bulunmamıştır.

Üçüncü hipotezde bakım süreci ile ilgili unsurların bakım verenin algıladığı BVY ile anksiyete ve depresyon düzeylerini yordayıcı etkisi olduğu ileri sürülmüştür. Tez çalışmasında elde edilen veriler incelendiğinde, hasta ile aynı evde yaşıyor olmanın her üç alanı da olumsuz etkilediği görülmüştür. Birlikte yaşama durumu bunların içinde en fazla anksiyete düzeyinin yükselmesiyle ilişkilendirilmiştir. Haftada demanslı bireyin bakımına ayrılan zamanın artmasının da her üç alanda deneyimlenen güçlüğü arttırdığı görülmüştür. Bakım sürecinin kaç yıldır devam ettiği ile ilgili sorulara verilen yanıtlar ve bunların bakım verenin psikiyatrik iyilik hali üzerindeki etkisine bakıldığında, sürenin uzamasının algılanan BVY ve anksiyete düzeyini istikrarlı bir şekilde arttırdığı görülmüştür. Depresyon düzeyi ise ancak bakım 3 yıldan uzun süredir devam ettiğinde anlamlı bir düzeyde yükselmiştir. Demanslı birey ve bakım verenin ailevi yakınlık dereceleri, bakım sorumluluğunun başkalarıyla paylaşılıp paylaşılmadığı, maddi sorumluluğun ağırlıklı olarak kimin tarafından üstlenildiği ve bakım verenin demans bakımı ile ilgili eğitim almış ya da almamış olmasıyla

algılanan BVY ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Dördüncü hipotezde bakım verenin kişilik özelliklerinin algıladıkları BVY düzeyi ile anlamlı bir ilişkisi olduğu öngörülmüştür. Çalışmada PBQ-SF'nin DSM-IV-TR'da belirtilen 10 kişilik patolojisine ait alt ölçekleri ile ZBYÖ puanları arasındaki ilişki incelenmiştir. Elde edilen sonuçlar tüm kişilik alt ölçeklerinde alınan puanların yükselmesiyle algılanan BVY arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulmuştur. Alt ölçeklerde sırasıyla ÇKB, BLKB, HKB ve OKKB özelliklerinde artışın algılanan BVY'yü arttırdığı ortaya çıkmıştır.

Beşinci hipotez bakım verenin kişilik özellikleri ile anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu savını ileri sürmüştür. Çalışmada elde edilen verilerin korelasyon analizlerine göre bakım verenin anksiyete düzeyindeki yükselme üzerinde en fazla etkisi bulunan kişilik alt ölçekleri sırasıyla ÇKB, PAKB, BLKB, PKB, BKB, OKKB ve SKB'dir. ASKB ve HKB alt ölçeklerinde yükselmeyle anksiyete düzeyleri arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur, ancak bu ilişki diğе örüntülerde olduğu kadar güçlü değildir. NKB alt ölçeğinde yükselme ile anksiyete düzeyi arasında herhangi bir anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Altıncı ve son hipotez ise bakım verenin kişilik özelliklerinin depresyon düzeyini yordayıcı bir etkisi olduğunu öngörmüştür. Elde edilen veriler incelendiğinde depresyon düzeyini sırasıyla ÇKB, OKKB, BLKB, SKB, PAKB, HKB ve BKB alt ölçeklerinde yükselmenin en belirgin şekilde etkilediğı görülmüştür. ASKB ve NKB alt ölçeklerindeki yükselme ile bakım verenlerin depresyon düzeyleri arasında herhangi yönde anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Bu çalışmada elde edilen sonuçlar demans bakımında yaşanan güçlükler açısından doğrusal bir neden sonuç ilişkisi olmadığını, demans tanılı bireyle ilgili karakteristik özelliklerin, bakım vereninin sosyodemografik özelliklerinin, bakım süreciyle ilgili unsurların, bakım verenin kişilik özelliklerinin ve kullandığı başa çıkma stratejilerinin, algılanan nesnel ve öznel bakım yükünün, bakım verenin bedensel ve psikolojik sağlığının birbirini farklı şekillerde etkilediğini göstermektedir. Bununla birlikte demanslı bireyler ve onlara bakan yakınlarıyla karşılaşma olasılığı yüksek olan sağlık çalışanlarının risk unsurları konusunda bilgi ve farkındalığa sahip olması, ihtiyaç halinde bu kişileri duruma ve kişiye özel hizmetlere yönlendirmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada elde edilen veriler bakım verenlerin kişilik özelliklerinin algıladıkları BVY ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Bazı kişilik özelliklerinin bu süreçte psikiyatrik açıdan daha fazla güçlük yaşamaya yatkın olduğu bulunmuştur. Özgüven ve özyeterlilik algısının zayıf olması, başkalarıyla anlamlı, kesintisiz ve güvene dayalı ilişkiler kurabilme becerisi, olumsuz duyguları yoğun hissetme eğilimi gibi kişilik özellikleri ile ilgili unsurlar psikoterapide ele alınabilecek konulardır. Ayrıca kişilik özelliklerinin stresli durumlarla karşılaşıldığında hangi başa çıkma stratejilerinin seçildiğine etkisi olduğu düşünülmelidir. Kişilik genellikle sabit iken, kullanılan başa çıkma stratejileri psikoterapide daha kolaylıkla gözden geçirilip değiştirilebilmekte ve geliştirilebilmektedir. Bu nedenle gelecek çalışmalarda bu stratejilerle ilgili veri toplanmasının kişiye ve duruma özel uygun, faydalı terapötik yaklaşımların geliştirilmesine ışık tutacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmaya dahil edilen katılımcı sayısı 71 kişidir. Bu kişilerin bakmakla yükümlü oldukları demanslı aile yakınları Muğla'nın Bodrum ilçesinde SGK kabul etmeyen özel bir hastanede takip edilmektedir. Bu durum, bu hastaların ve/veya bakım verenlerin tedavi masraflarını kendileri karşılayabilecek ya da özel sigorta primlerini ödeyebilecek maddi imkanlara sahip olduğunu göstermektedir. Sosyoekonomik düzeyin yüksek olması katılımcıların aileden başka biri ile bakım sorumluluğunu paylaşmadıkları durumlarda ve gerektiğinde profesyonel destek alabilmesini mümkün kılmaktadır. Bu çalışmaya katılan kişilerin sadece dörtte biri demanslı yakınının bakımıyla sadece kendisinin ilgilendiğini bildirmiştir. Bu durum hastanın bakımına ayrılan haftalık sürenin Türkiye ortalamasının oldukça altında olmasına imkan vermektedir. Bakım verenlerin eğitim düzeyi ortalaması da ülke ortalamasının çok üstündedir. Tüm bu özellikler çalışmaya katılan demanslı bireylerin ve onlarla ilgilenen yakınlarının ülke genelinden çok daha avantajlı bir kitle olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle bu araştırmanın Türkiye'nin farklı bölgelerinde ve daha fazla sayıda katılımcıyla tekrarlanması önerilir.

Bu ve benzer çalışmalarda elde edilen sonuçların demans ve demans bakımı ile ilgili dikkat edilmesi gereken konuların seminerler, yazılı veya görsel basın aracılığıyla daha geniş kitlelere ulaştırılmasının önümüzdeki yıllarda daha da önem kazanacağına inanılmaktadır.

Genel toplumun demansı geciktirebilecek ve yavaşlatabilecek hayat tarzı değişiklikleri konusunda bilinçlendirilmesi, hasta yakınlarının sağlık, psikoloji, hukuk gibi alanlarda nereden ne şekilde yardım alabilecekleri konusunda bilgi alabilmeleri oldukça önemlidir.

Toplumda giderek büyüyen bu sorunla daha iyi başedebilmek için başta aile hekimleri olmak üzere doktor, hemişre, psikolog gibi sağlık çalışanlarının demans tanısının erken konabilmesi ve tedaviye erken başlanabilmesi, bakım verenlerde BVY ve psikiyatrik güçlüklerle ilgili risk unsurlarının fark edilmesi gibi konularda bilgilendirilmesi gereklidir. Psikologlara geriatrik popölasyonla ve onların aileleri ile çalışma konusunda donanım kazandırılması, bu alana yönelmek için teşvik edilmesi önerilmektedir.

Bu ve benzer çalışmaların yaygınlaşması, demans ve demans bakımı ile ilgili farkındalığın artması, bakım veren yükünü önlemede, azaltmada etkin yaklaşımların belirlenmesi, uygulamaya konulması sadece hastalar ve hasta yakınları için değil, tüm toplum için oldukça önemlidir. Demanslı bireylerin işlevselliklerini daha uzun süre koruyabilmeleri ve onlara bakan yakınlarının gerekli desteği alabilmeleri için kamu ve özel kuruluşlarca açılacak gündüz bakım evlerinin yaygınlaştırılmasının, psikososyal eğitim ve destek gruplarının geniş kitleleri için ulaşılabilir hale getirilmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- Adalı, A., Yirün, A., Koçer Gümüşel, B., & Erkekoğlu, P. (2020). Alzheimer hastalığının gelişiminde biyolojik ajanların olası etkileri. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 44: 167-187.
- Adelman, R.D., Timanova, L.L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M.S. (2014). Care of the aging patient: From evidence to action. *Journal of American Medical Association (JAMA)*, 311: 1052-1059.
- Ahmed, A.O., Green, B.A., Buckley, P.F., & McFarland, M.E. (2012). Taxometric analyses of paranoid and schizoid personality disorders. *Psychiatry Research*, 196: 123-132.
- Alberts, N.M., Hadjistavropoulos, H.D., Pugh, N.E., & Jones, S.L. (2011). Demetia anxiety among older adult caregivers: An exploratory study of older adult caregivers in Canada. *International Psychogeriatrics*, 23: 880-886.
- Alfakhri, A.S., Alsudukhi, A.W., Alqathani, A.A., Alhumaid, A.M., Alhathlol, O.A., Almojali, A.I., Alotabibi, M.A., & Alaqeel, M.K. (2018). Depression among caregivers of patients with dementia. *Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 55:1-6.
- Allen, A.P., Buckley, M.M., Cryan, J.F., Chorcorain, A.N., Dinan, T.G., Kearney, P.M., Caoimh, R.O., Calnan, M., Clarke, G., & Molloy, D.W. (2019). Informal caregiving for dementia patients: The contribution of patient characteristics and behaviors to caregiver burden. *Age and Ageing*, 49(1): 52-56.
- American Psychiatric Association. (2003). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (4. bs.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association. (2013a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition: DSM-5* (5. bs.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, Inc.
- American Psychiatric Association. (2013b). *Section III*. 1-3. [www.psychiatry.org>APA-DSM-5-Section-III](http://www.psychiatry.org/APA-DSM-5-Section-III) .

- American Psychiatric Association. (2013c). The personality inventory for DSM-5 (PID-5) – Adult. 1-8. APA_DSM5_The-Personality-Inventory-For-DSM-5-Full-Version-Adult.pdf
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *DSM-5 tanı ölçütleri başvuru elkitabı* (Prof. Dr. E. Köroğlu, Çev). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Andersen, A.M., & Bienvenu, O.J. (2011). Personality and psychopathology. *International Review of Psychiatry*, 23: 234-247.
- Ar-Karcı, Y., & Karancı, A.N. (2020). Marwit-Meuser Bakım Veren Yas Ölçeği Kısa Formu’nun psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 31: 192-200.
- Arai, Y., Kumamoto, K., Mizuno, Y., & Washio, M. (2014). Depression among family caregivers of community-dwelling older people who used services under the Long Term Care Insurance program: A large-scale population-based study in Japan. *Aging & Mental Health*, 18: 81-91.
- Arango-Lasprilla, J.C., Panyavin, I., Herrera-Merchan, E.J., Perrin, P.B., Arroyo-Anllo, E.M., Snipes, D.J., & Arabia, J. (2014). Evaluation of a group cognitive-behavioral dementia caregiver intervention in Latin America. *American Journal of Alzheimer’s Disease & Other Dementias*, 29(6): 548-555.
- Arenella, K., & Steffen, A.M. (2020). Self-reassurance and self-efficacy for controlling upsetting thoughts predict depression, anxiety, and perceived stress in help-seeking female family caregivers. *International Psychogeriatrics*, 32: 229-240.
- Arkar, H. (2008). Cloninger’in mizaç ve karakter boyutları ile kişilik bozuklukları arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri*, 11: 115-124.
- Armstrong, M.J. (2019). Lewy body dementias. *Continuum*, 25: 128-146.
- Armstrong, M.J., & Okun, M.S. (2020). Diagnosis and treatment of Parkinson disease: A review. *Journal of American Medical Association (JAMA)*, 323: 548-560.

- Assess (2020). *NEO-PI-R*, Gülgöz İnsan Kaynakları Danışmanlık Tic. Ltd. Şti., <https://www.assess.com.tr/neo-pi-r>
- Atroszko, P.A., Demetrovics, Z., & Griffiths, M.D. (2020). Work addiction, obsessive-compulsive personality disorder, burn-out, and global burdern of disease: Implications from the ICD-11. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17:1-13.
- Aubert, L., Pichierri, S., Hommet, C., Camus, V., Berrut, G., & de Decker, L. (2015). Association between comorbidity burden and rapid cognitive decline in individuals with mild to moderate Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 63: 543-547.
- Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L., Kültür, S. (1997). Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(4): 280-287.
- Bagby, R.M., & Widiger, T.A. (2018). Five factor model personality disorder scales: An introduction to a special section on assessment of maladaptive variants of the five factor model. *Psychological Assessment*, 30(1): 1-9.
- Baharudin, A.D., Din, N.C., Subramaniam, P., & Razali, R. (2019). The associations between behavioral-psychological syptoms of dementia (BPSD) and coping strategy, burden of care and personality style among low-income caregivers of patients with dementia. *BMC Public Health*, 19: 1-12. Elektronik baskı. DOI: 10.1186/s12889-019-6868-0.
- Bang, J. Spina, S., & Miller, B.L. (2015). Frontotemporal dementia. *Lancet*, 386: 1672-1682.
- Bass, D.M., Judge, K.S., Snow, A.L., Wilson, N.L., Looman, W.J., McCarthy, C., Morgan, R., Abloh-Odjidja, C., & Kunik, M.E. (2012). Negative caregiving effects among caregivers of veterans with dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20: 239-247.
- Beck, A.T., & Beck, J.S. (1991). The Personality Belief Questionnaire. Yayınlanmamış Ölçüm Enstrümanı. Bala Cynwyd, PA: The Beck Institute for Cognitive Terapy and Research.

- Beck, A.T., Butler, A.C., Brown, G.K., Dahlsgaard, K.K., Newman, C.F., & Beck, J.S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behavior Research and Therapy*, 39: 1213-1225.
- Beck, A.T., Freeman, A., & Davis, D. (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, 2nd Edn. New York: The Guilford Press (ss. 216-240).
- Beheydt, L., Schrijvers, D., Sabbe B., Jansen, B., DeGrave, C., & Luyten, P. (2019). DSM-5 assessments of the level of personality functioning: Intrapersonal and interpersonal functioning. *Psychiatry*, 00: 1-10.
- Bekhet, A.K. (2015). Resourcefulness in African American and Caucasian American caregivers of persons with dementia: Associations with perceived burden, depression, anxiety, positive cognitions, and psychological well-being. *Perspectives in Psychiatric Care*, 51: 285-294.
- Bender, D.S., Morey, L.C., & Skodol, A.E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment*, 93: 332-346.
- Benjamin, L.S. (2003). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders* (2. Baskı). New York: Guilford.
- Bin Sallim, A., Sayampanathan, A.A., Cuttilan, A., & Ho., R.C. (2015). Prevalence of mental health disorders among caregivers of patients with Alzheimer disease. *Journal of American Medical Directors Association (JAMDA)*, 16: 1034-1041.
- Blackburn, R., & Fawcett, D.J. (1999). The antisocial personality questionnaire: An inventory for assessing deviant traits in offender populations. *European journal of Psychological Assessment*, 15: 14-24.
- Blagov, P.S., & Westen, D. (2008). Questioning the coherence of histrionic personality disorder: Borderline and hysterical personality subtypes in adults and adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196: 785-797.
- Blaney, P.H., Krueger, R.F., & Millon, T. (2015). *Oxford Textbook of Psychopathology*, 3rd Edn. New York: Oxford University Press (s.671).

- Boltz, M., Chippendale, T., Resnick, B., & Galvin, J.E. (2015). Anxiety in family caregivers of hospitalized persons with dementia: Contributing factors and responses. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 29: 236-241.
- Bornstein, R.F. (2011). Reconceptualizing personality pathology in DSM-5: Limitations in evidence for eliminating dependent personality disorder and other DSM-IV syndromes. *Journal of Personality Disorders*, 25(2): 235-247.
- Bornstein, R.F. (2012). Illuminating a neglected clinical issue: Societal costs of interpersonal dependency and dependent personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 68: 766-781.
- Borsje, P., Hems, M.A.P., Lucassen, P.L.B.J., Bor, H., Koopmans, R.C.M., & Pot, A.M. (2016) Psychological stress in informal caregivers of patients with dementia in primary care: Course and determinants. *Family Practice*, 33: 1-8.
- Bott, N.T., Radke, A., Stephens, M.L., & Kramer, J.L. (2014). Frontotemporal dementia: diagnosis, deficits and management. *Neurodegenerative Disease Management*, 4: 439-454.
- Brodaty, H., Woodward, M., Boundy, K., Ames, D., & Balshaw, R. (2014). Prevalence and predictors of burden in caregivers of people with dementia. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22: 756-765.
- Butler, A.C., Cohen, L.H., & Beck, A.T. (2007). The Personality Belief Questionnaire – Short Form: Development and preliminary findings. *Cognitive Therapy and Research*, 31: 357-370.
- Butt, Z.A., Straudd, M.E., Smyth, K.A., & Rose-Rego, S.K. (2002). Negative affectivity and emotion-focused coping in spouse caregivers of people with Alzheimer's Disease. *Journal of Applied Gerontology*, 21: 471-483.
- Caligor, E., Levy, K.N., & Yeomans, F.E. (2015). Narcissistic personality disorder: diagnostic and clinical challenges. *American Journal of Psychiatry*, 172: 415-422.
- Carver, C.S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61: 679- 704.

- Carvalho, L.D.F., Pianowski, G., & Gonçalves, A.P. (2019). Dimensional clinical personality inventory – 2: Investigating key factors on the assessment of dependent personality disorder. *Psychology, Health & Medicine*, 24: 1-7.
- Caspi, A., Roberts, B. W., Shiner, R.L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56: 453-484.
- Chan, D., Livingston, G., Jones, L., & Sampson, E.L. (2013). Grief reactions in dementia carers: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28: 1-17.
- Chan, I., Yap, P., Wee, S.L., & Liew, T.M. (2020). The three dimensions of caregiver grief in dementia caregiving: Validity and utility of the subscales of the Marwit-Meuser Caregiver Grief Inventory. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35: 213-222.
- Chappel, N.L. & Dujela, C. (2009). Caregivers – Who copes how? *International Journal of Aging and Human Development*, 69: 221-244.
- Cheli, S., MacBeth, A., Popolo, R., & Dimaggio, G. (2020). The intertwined path of perfectionism and self-criticism in a client with obsessive-compulsive personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 76: 1-12.
- Chemerinski, E., Triebwasser, J., Roussos, P., & Siever, L.J. (2013). Schizotypal personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27: 652-679.
- Cheng, S.T., Lam, L.C.W., & Kwok, T. (2013). Neuropsychiatric symptom clusters of Alzheimer disease in Hong Kong Chinese: Correlates with caregiver burden and depression. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21: 1029-1037.
- Cheng, S.T., Fung, H.H., Chan, W.C., Lam, L.C.W. (2016). Short-term effects of a gain-focused reappraisal intervention for dementia caregivers: A double-blind cluster-randomized controlled trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24: 740-750.
- Cheng, S.T. (2017). Dementia caregiver burden: A research update and critical analysis. *Current Psychiatry Reports*, 19: 1-8.

- Cheng, S.T., Au, A., Losada, A., Thompson, L.W., & Gallagher-Thompson, D. (2019). Psychological interventions for dementia caregivers: What we have achieved, what we have learned. *Current Psychiatry Reports*, 21(59): 1-12. Elektronik baskı. DOI: 10.1007/s11920-019-1045-9
- Chiao, C.Y., Wu, H.S., & Hsiao, C.Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review. *International Nursing Review*, 62: 340-350.
- Chiari, A., Pistoressi, B., Galli, C., Tondelli, M., Vinceti, G., Molinari, M.A., Addabbo, T., & Zamboni, G. (2021). Determinants of caregiver burden in early-onset dementia. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 11: 189-197.
- Cloninger, C.R., & Svrakic, D.M. (2008). Personality disorders. S.H. Fatemi & P. J. Clayton (Der.) *The Medical Basis of Psychiatry* (ss. 471-483). New Jersey: Humana Press.
- Collins, R.N. & Kishita, N. (2020). Prevalence of depression and burden among informal caregivers of people with dementia: A meta-analysis. *Ageing and Society*, 40: 2355-2392.
- Conde-Sala, J.L., Rene-Ramirez, R., Turro-Garriga, O., Gascon-Bayarri, J., Juncadella-Puig, M., Moreno-Cordon, L., Vinas-Diez, V., Vilalta-Franch, J., & Garre-Olmo, J. (2013). Factors associated with the variability in caregiver assessments of the capacities of patients with Alzheimer disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 26: 86-94.
- Conde-Sala, J.L., Turro-Garriga, O., Calvo-Perxas, L., Vilalta-Franch, J., Lopez-Pousa, S., & Garre-Olmo, J. (2014). Three-year trajectories of caregiver burden in Alzheimer's disease. *Journal of Alzheimer's Disease*, 42: 623-633.
- Connor-Smith, J.K., & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93: 1080-1107.
- Connors, M.H., Seeher, K., Teixeira-Pinto, A., Woodward, M., Ames, D., & Brodaty, H. (2019). Dementia and caregiver burden: A three-year longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35: 1-9.

- Coolidge, F.L., Segal, D.L., Hook, J.N., & Stewart, S. (2000). Personality disorders and coping among anxious older adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 14: 157-172.
- Cooper, C. & Livingston, G. (2014). Mental health/psychiatric issues in elder abuse and neglect. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30: 839-850.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of Personality Disorders*, 4: 362-371.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1992). Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) *professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Czajkowski, N., Kendler, K.S., Jacobson, K.C., Tambs, K., Roysamb, E., & Reichborn-Kjennerud, T. (2008). Passive-aggressive (negativistic) personality disorder: A population-based twin study. *Journal of Personality Disorders*, 22: 109-122.
- Dauphinot, V., Ravier, A., Novais, T., Delphin-Combe, F., Mouchoux, C., Krolak-Salmon, P. (2016). Risk factors of caregiver burden evolution, for patients with subjective cognitive decline or neurocognitive disorders: A longitudinal analysis. *Journal of American Medical Directos Association (JAMDA)*, 17: 1037-1043.
- Deardorff, W.J., & Grossberg, G.T. (2019). Behavioral and psychological symptoms in Alzheimer's demantia and vascular dementia. V.I. Reus & D. Lindqvist (Der.) *Handbook of Clinical Neurology* (Cilt 165, ss. 1-32).
- DeKosky, S.T., Kaufer, D.I., Hamilton, R.L., Wolk, D.A., & Lopez, O.L. (2008). Demanslar. Bradley, W.G., Daroff, R.B., Fenichel, G.M., & Jancovic, J. (Der.) *Neurology in Clinical Practice* (Cilt 2, ss. 1885-1907). (E.Tan ve S. Erdem Özdamar Çev.). İstanbul: Veri Medikal Yayıncılık.
- De Pauw, S.S.W., & Mervielde, I. (2010). Temperament, personality and developmental psychopathology: A review based on the conceptual dimensions underlying childhood traits. *Child Psychiatry & Human Development*, 41: 313-329.

- Del-Pino-Casado, R., Cardoso, M.R., Lopez-Martinez, C., Ortega, V. (2019). The association between subjective caregiver burden and depressive symptoms in carers of older relatives: A systemic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 14: 1-16.
- Dias, R., Simoes-Neto, J.P., Santos, R.L., Barosso de Sousa, M.F., Tourinho Baptista, M.A., Lacerda, I.B., Santos Kimura, N.R., Nascimento Dourado, M.C. (2016). Caregivers' resilience is independent from the clinical symptoms of dementia. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 74: 967-973.
- Diedrich, A., & Voderhözler, U. (2015). Obsessive-compulsive personality disorder: A current review. *Current Psychiatry Reports*, 1-10.
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*, 1-45. Elektronik baskı. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513487>
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2021) *Dementia*, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Edmundson, M., Lynam, D.R., Miller, J.D., Gore, W.L., & Widiger, T.A. (2011). A five-factor measure of schizotypal personality traits. *Assessment*, 18: 321-334.
- Elliot, A.J., & Thrash, T.M. (2002). Approach-avoidance motivation in personality: Approach and avoidance temperaments and goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82: 804-818.
- Ellison, W.D., Rosenstein, L.K., Morgan, T.A., & Zimmerman, M. (2018). Community and clinical epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41: 561-573.
- Emre, M., Aarsland, D., Brown, R., Burn, D.J., Duyckaerts, C., Mizuno, Y., Broe, G.A., Cummings, J., Dickson, D.W., Gauthier, S., Goldman, J., Goetz, C., Korczyn, A., Lees, A., Levy, R., Litvan, I., McKeith, I., Olanow, W., Poewe, W., Quinn, N., Sampaio, C., Tolosa, E., & Dubois, B. (2007). Clinical diagnostic criteria for dementia associated with Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 22: 1689-1707.

- Erkkinen, M.G., Kim, M.O., & Geschwind, M.D. (2018). Clinical neurology and epidemiology of the major neurodegenerative diseases. *Cold Spring Harbor Perspectives in Biology*, 10: 1-44.
- Esterberg, M.L., Goulding, S.M., & Walker, E.F. (2010). Cluster A personality disorders: Schizotypal, schizoid and paranoid personality disorders in childhood and adolescence. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32: 515-528.
- Fang, B., Yan, E., Pei, Y., & Yang, X. (2020). Caregiver neurotic personality trait and elder abuse – The moderating role of change in the level of caregiver burden. *Innovation in Aging*, 4: 386.
- Falkum, E., Pedersen, G., & Karterud, S. (2009). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, paranoid personality diagnosis: A unitary or a two-dimensional construct? *Comprehensive Psychiatry*, 50: 533-541.
- Feast, A., Orrell, M., Russell, I., Charlesworth, G., & Moniz-Cook, E. (2017). The contribution of caregiver psychosocial factors to distress associated with behavioral and psychological symptoms in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32: 76-85.
- Finger, E.C. (2016). Frontotemporal dementia. *Continuum*, 22(2): 464-489.
- Fjermestad-Noll, J., Ronningstad, E., Bach, B., Rosenbaum, B., & Simonsen, E. (2019). Characterological depression in patients with narcissistic personality disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73: 1-6.
- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Donini, M., Fiorilli, M., & Novella, L. (2000). A psychometric study of DSM-IV passive-aggressive (negativistic) personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 14: 72-83.
- França, A.B., Gordon, A.L., Samra, R., Duarte, E.S.R., & Jacinto, A.F. (2020). Symptoms of mood disorders in family carers of older people with dementia who experience caregiver burden: A network approach. *Age and Ageing*, 49: 628-633.
- French, J.H., & Shrestha, S. (2020). Histrionic Personality Disorder. *StatPearls (Internet)*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542325/>

- Frias, C.E., Garcia-Pascual, M., Montoro, M., Ribas, N., Risco, E., & Zabalegui, A. (2020). Effectiveness of a psychoeducational intervention for caregivers of people with dementia with regard to burden, anxiety and depression. *Journal of Advanced Nursing*, 76: 787-802.
- Furnham, A. (2014). A bright side, facet analysis of histrionic personality disorder: The relationship between the HDS colourful factor and the NEO-PI-R facets in a large adult sample. *The Journal of Social Psychology*, 154: 527-536.
- Furnham, A., Milner, A., Akhtar, R., & DeFruyt, F. (2014). A review of the measures designed to assess DSM-5 personality disorders. *Psychology*, 5: 1646-1686.
- Furnham, A., & Crump, J. (2017). Personality correlates of passive-aggressiveness: a NEO-PI-R domain and facet analysis of the HDS leisurly scale. *Journal of Mental Health*, 26: 496-501.
- Furnham, A. (2018). A big-five facet analysis of sub-clinical dependent personality disorder (dutifulness). *Psychiatry Research*, 270: 622-626.
- Gale, A.S., Acar, D., & Daffnet, K.R. (2018). Dementia. *The American Journal of Medicine*, 131: 1161-1169.
- Galvin, J.E., & Sadowsky, C.H. (2012). Practical guidelines for the recognition and diagnosis of dementia. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 25: 367-382.
- Garcia-Alberca, J.M., Lara, J.P., & Berthier, M.L. (2011). Anxiety and depression in caregivers are associated with patient and caregiver characteristics in Alzheimer's disease. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41: 57-69.
- Garcia-Alberca, J.M., Cruz, B., Lara, J.P., Garrido, V., Lara, A., & Gris, E. (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: 1325-1334.
- Garcia-Ptacek, S., & Kramberger, M.G. (2016). Parkinson disease and dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 29: 261-270.

- Gecaite-Stonciene, J., Fineberg, N.A., Podlipskyte, A., Neverauskas, J., Juskiene, A., Mickuviene, N., & Burkauskas, J. (2020). Mental fatigue, but not other fatigue characteristics as a candidate feature of obsessive compulsive personality disorder in patients with anxiety and mood disorders – An exploratory study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17: 1-10.
- Gilhooly, K.J., Gilhooly, M.L.M., Sullivan, M.P., McIntyre, A., Wilson, L., Harding, E., Woodbridge, R., & Crutch, S. (2016). A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving. *BMC Geriatrics*, 16: 1-8. Elektronik baskı. DOI: 10.1186/s12877-016-0280-8.
- Givens, J.L., Mezzacappa, C., Heeren, T., Yaffe, K., & Fredman, L. (2014). Depressive symptoms among dementia caregivers: Role of mediating factors. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22: 481-488.
- Glenn, A.L., Johnson, A.K., & Raine, A. (2013). Antisocial personality disorder: A current review. *Current Psychiatry Reports*, 15: 427.
- Glover, N., Miller, J.D., Lynam, D.R., Crego, C., & Widiger, T.A. (2012). The five-factor narcissism inventory: A five-factor measure of narcissistic personality traits. *Journal of Personality Assessment*, 94: 500-512.
- Gonçalves-Pereira, M., Zarit, S.H., Papoila, A.L., & Mateos, R. (2020). Positive and negative aspects of caregiving in dementia: The role of sense of coherence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36: 1-25. DOI: 10.1002/gps.5433.
- Gomperts, S.N. (2016). Lewy body demetias: Dementia with Lewy bodies and Parkinson disease dementia. *Continuum*, 22: 435-463.
- Gore, W.L., Presnall, J.R., Miller, J.D., Lynam, D.R., & Widiger, T.A. (2012). A five-factor measure of dependent personality traits. *Journal of Personality Assessment*, 94: 488-499.
- Graff-Radford, J. (2019). Vascular cognitive impairment. *Continuum*, 25: 147-164.

- Griffiths, P.C., Kovaleva, M., Higgins, M., Langston, A.H., & Hepburn, K. (2018). Tele-Savvy: An online program for dementia caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 33: 269-276.
- Gunderson, J.G., Herpertz, S.C., Skodol, A.E., Torgersen, S., & Zanarini, M.C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews/Disease Primers*, 4:1-20.
- Gülgöz, S. (2002). Five-factor model and NEO-PI-R in Turkey. R.R. McCrae & J. Allik (Der.) *The Five-Factor Model Across Cultures* içinde (ss. 175-196). USA: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.
- Gültekin, M., Kurt Gök, D., & Ekinci, A. (2020). Demanslı Parkinson hastalarının bakım verenlerinde cinsiyete göre yalnızlık, ağrı ve anksiyete düzeylerinin psikometrik değerlendirmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 17: 37-41.
- Hajek, A. & König, H.H. (2018). Informal caregiving and personality: Results of a population-based longitudinal study in Germany. *Plos One*, 13: 1-11. Elektronik baskı. DOI: 10.1371/journal.pone.0203586.
- Hanağası, H.A., Tüfekçioğlu, Z., & Emre, M. (2017). Dementia in Parkinson's disease. *Journal of the Neurological Sciences*, 374:26-31.
- Hare, R.D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*, 1: 111-119.
- Hare, R.D., Harpur, T.J., Hakstian, A.R., Forth, A.E., Hart, S.D., & Newman, J.P. (1990). The revised psychopathy checklist: Reliability and factor structure. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2: 338-341.
- Heintz, H.L., Freedberg, A.L., & Harper, D.G. (2020). Dependent personality in depressed older adults: A case report and systematic review. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, Published online in July 2020: 1-7.
- Hill, J. (2003). Early identification of individuals at risk for antisocial personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182: 11-14.

- Holzer, K.J., & Vaughn, M.G. (2017). Antisocial personality disorder in older adults: A critical review. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 30: 1-12.
- Hopwood, C.J., Morey, L.C., Markowitz, J.C., Pinto, A., Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Zanarini, M.C., Shea, M.T., Yen, S., McGlashan, T.H., Ansell, E.B., Grilo, C.M., & Sanislow, C.A. (2009). The construct validity of passive-aggressive personality disorder. *Psychiatry* 72: 256-267.
- Hopwood, C.J., Shade, N., Krueger, R.F., Wright, A.G.C., & Markon, K.E. (2013). Connecting DSM-5 personality traits and pathological beliefs: Toward a unifying model. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35: 162-172.
- Hopwood, C.J., & Thomas, K.M. (2015). Paranoid and schizoid personality disorders. *The Oxford handbook of Personality Disorders* içinde. (T.A. Widiger ed.) s.s.: 1-42. Oxford University Press: Elektronik baskı. DOI: 10.1093/oxfordhb/9780199735013.013.0027.
- Hopwood, C.J. & Wright, A.G.C. (2012). A comparison of passive-aggressive and negativistic personality disorders. *Journal of Personality Assessment*, 94: 296-303.
- Huang, M.F., Huang, W.H., Su, Y.C., Hou, S.Y., Chen, H.M., Yeh, Y.C., & Chen, C.S. (2015). Coping strategy and caregiver burden among caregivers of patients with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30: 694-698.
- Huang, W.C., Chang, M.C., Wang, W.F., & Jhang, K.M. (2022). A comparison of caregiver burden for different types of dementia: An 18-month retrospective cohort study. *Frontiers in Psychology*, 12: 1-10. Elektronik baskı. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.798315.
- Işık, A.T., Soysal, P., Solmi, M., & Veronese, N. (2018). Bidirectional relationship between caregiver burden and neuropsychiatric symptoms in patients with Alzheimer's disease: A narrative review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34: 1326-1334.

- İnci, F.H. & Erdem, M. (2008). Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4): 85-95.
- Jackson, M.A., Fauth, E.B., & Geiser, C. (2014). Comparing the neuropsychiatric inventory and the revised memory and behavior problems checklist for associations with caregiver burden and depressive symptoms. *International Psychogeriatrics*, 26: 1021-1031.
- Jellinger, K.A. (2018). Dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease-dementia: Current concepts and controversies. *Journal of Neural Transmission*, 125: 615-650.
- Jeong, J.S., Kim, Y., & Chon, M.G. (2018). Who is caring for the caregiver? The role of cybercoping for dementia caregivers. *Health Communication*, 33(1): 5-13.
- John, O.P., Naumann, L.P., & Soto, C.J. (2008). Paradigm shift to the integrative big five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. O.P. John, R.W. Robins, & L.A. Pervin (Der.) *Handbook of Personality: Theory and Research* içinde (ss. 102-138). New York, NY: Guilford Press.
- Joling, K.J., Smit, F., van Marwijk, H.W.J., van der Horst, H.E., Scheltens, P., Schulz, R., & van Hout, H.P.J. (2012a). Identifying target groups for the prevention of depression among caregivers of dementia patients. *International Psychogeriatrics*, 24: 298-306.
- Joling, K.J., van Marwijk, H.W.J., Smit, F., van der Horst, H.E., Scheltens, P., van de Ven, P.M., Mittelman, M.S., & van Hout, H.P.J. (2012b). Does a family meetings intervention prevent depression and anxiety in family caregivers of dementia patients? A randomized trial. *PLOS ONE*, 7: 1-10.
- Joling, K.J., van Marwijk, H.W.J., Veldhuizen, A.E., van der Horst, H.E., Scheltens, P., Smit, F., & van Hout, H.P.J. (2015). The two-year incidence of depression and anxiety disorder in spousal caregivers of persons with dementia: Who is at the greatest risk? *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23: 293-303.
- Jones, A.J., Kuijer, R.G., Livingston, L., Myall, D., Horne, K., MacAskill, M., Pitcher, T., Barrett, P.T., Anderson, T.J., & Dalrymple-Alford, J.C. (2017). Caregiver burden is

- increased in Parkinson's disease with mild cognitive impairment (PD-MCI). *Translational Neurodegeneration*, 6: 1-9.
- Kaddour, L. & Kishita, N. (2019). Anxiety in informal dememntia carers: A meta-analysis of prevalence. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 33: 1-12.
- Kamalzadeh, L., Salehi, M., Rashedi, V., Asl, M.A., Malakouti, S.K., Seddigh, R., Almasi-Doghaee, M., & Shariati, B. (2020). Perceived burden of demetia care, clinical, psychological and demographic characteristics of patients and primary caregivers in Iran. *Applied Neuropsychology: Adult*, 4: 1-12. Elektronik baskı. DOI: 10.1080/23279095.2020.1798960.
- Karaman, N.G., Doğan, T., & Çoban, A.E. (2010). A study to adapt the big five inventory to Turkish. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 2: 2357-2359.
- Katz, S., Downs, T.D., Cash, H.R., & Grotz, R.C. (1970). Progress in development of the index of ADL. *The Gerontologist*, 10(1): 20-30.
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., & Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the aged: The index of ADL, a standardized measure of biological and psychosocial funtion. *Journal of the American Medical Association*, 185: 914-919.
- Kawaharada, R., Sugimoto, T., Matsuda, N., Tsuboi, Y., Sakurai, T., & Ono, R. (2019). Impact loss of independence in basic activities of daily living on caregiver burden in patients with Alzheimer's disease: A retrospective cohort study. *Geriatrics & Gerontology International*, 19: 1243-1247.
- Kelleher, M., Tolea, M.I., & Galvin, J.E. (2016). Anosognosia increases caregiver burden in mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31: 799-808.
- Kesebir, S., Gülpek, D., Atalay, N.D., & Bayraktar, E. (2002). Lewy cisimcikli demans: Olgu sunumu. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 12: 186-190.
- Kesken, S. (1995). Alzheimer hastalığı. *SSK Tepecik Hastanesi Dergisi*, 5:11-20.

- Kienast, T., Stoffers, J., Birmphohl, F., & Lieb, Klaus. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction. *Deutsches Arzteblatt International*, 111: 280-286.
- Kim, S.K., Park, M., Lee, Y., Choi, S.H., Moon, S.Y., Seo, S.W., Park, K.W., Ku, B.D., Han, H.J., Park, K.H., Han, S.H., Kim, E.J., Lee, J.H., Park, S.A., Shim, Y.S., Kim, J.H., Hong, C.H., Na, D.L., Ye, S.S., Kim, H.J., & Moon, Y. (2017). Influence of personality on depression, burden and health-related quality of life in family caregivers of persons with dementia. *International Geriatrics*, 29: 227-237.
- Kimura, N.R.S., Simoes, J.P., Dantos, R.L., Tourinho Baptista, M.A., da Gloria Portugal, M., Johannessen, A., Barca, M.L., Engedal, K., Laks, J., Rodrigues, V.M., & Dourado, M.C.N. (2020). Young- and late-onset dementia: A comparative study of quality of life, burden, and depressive symptoms in caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 1-11. Elektronik baskı. DOI: 10.1177/0891988720933355
- Knopman, D.S., Parisi, J.E., Boeve, B.F., Cha, R.H., Apaydin, H., Salviati, A., Edland, S.D., & Rocca, W.A. (2003). Vascular dementia in a population-based autopsy study. *Archives of Neurology*, 60: 569-575.
- Koca, E., Taşkapılıoğlu, Ö., & Bakar, M. (2017). Alzheimer hastalığında evrelere göre hastaya bakım veren kişi(ler)nin yükü. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 54: 82-86.
- Krueger, R.F., Derringer, J., Markon, K.E., Watson, D., & Skodol, A.E. (2012). Initial construction of maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, 42: 1879-1890.
- Krueger, R.F., & Hobbs, K.A. (2020). An overview of the DSM-5 alternative model of personality disorders. *Psychopathology*, 53: 126-132.
- Küçükgülü, Ö., Akpınar Söylemez, B., Yener, G., Demir Barutçu, C., & Akyol, M.A. (2017). Examining factors affecting caregiver burden: A comparison of frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 32: 1-7.
- Lampe, L. (2016). Avoidant personality disorder as a social anxiety phenotype: Risk factors, associations and treatment. *Current Opinion in Psychiatry*, 29: 64-69.

- Lampe, L., & Malhi, G.S. (2018). Avoidant personality disorder: Current insights. *Psychology Research and Behavior Management*, 11: 55-66.
- Laverdiere, O., Ogrodniczuk, J.S., & Kealy, D. (2019). Interpersonal problems associated with passive-aggressive personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 207: 820-825.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, USA, Springer.
- Lee, R.L. (2017). Mistrustful and misunderstood: A review of paranoid personality disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 4: 151-165.
- Lengua, L.J., Sandler, I.N., West, S.G., Wolchick, S.A., & Curran, P.J. (1999). Emotionality and self-regulation, threat appraisal, and coping in children of divorce. *Developmental Psychopathology*, 11: 15-37.
- Levi-Belz, Y., Gvion, Y., Levi, U., & Apter, A. (2019). Beyond the mental pain: A case-control study on the contribution of schizoid personality disorder symptoms to medically serious suicide attempts. *Comprehensive Psychiatry*, 90: 102-109.
- Lewis, K.C., Ridenour, J.M., Pitman, S., & Roche, M. (2021). Evaluating stable and situational expressions of passive-aggressive personality disorder: A multimethod experience sampling case study. *Journal of Personality Assessment*, 103(4): 558-570.
- Li, R., Cooper, C., Bradley, J., Shulman, A., & Livingston, G. (2012). Coping strategies and psychological morbidity in family carers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 139: 1-11. Elektronik baskı. DOI: 10.1016/j.jad.2011.05.055.
- Li, R., Cooper, C., & Livingston, G. (2014). Relationship of coping style to mood and anxiety disorders in dementia carers. *Current Opinion*, 27: 52-56.
- Liang, X., Guo, Q., Luo, J., Li, F., Ding, D., Zhao, Q., & Hong, Z. (2016). Anxiety and depression symptoms among caregivers of care-recipients with subjective cognitive decline and cognitive impairment. *BMC Neurology*, 16: 1-8.

- Liew, T.M., Tai, B.C., Wee, S.L., Koh, G.C., Yap, P. (2020). The longitudinal effects of caregiver grief in dementia and the modifying effects of social services: A prospective cohort study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68: 2348-2353.
- Liggett, J., Sellbom, M., & Bach, B. (2017). Continuity between DSM-5 section II and section III personality traits for obsessive-compulsive personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25: 1-8.
- Lilienfeld, S.O., & Widows, M.R. (2005). *Psychopathic Personality Inventory – Revised*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Lim, L., Zhang, A., Lim, L., Choong, T.M., Silva, E., Ng, A., & Kandiah, N. (2018). High caregiver burden in young onset dementia: What factors need attention? *Journal of Alzheimer's Disease*, 61: 537-543.
- Lima-Silva, T.B., Bahia, V.S., Carvalho, V.A., Guimaraes, H.C., Caramelli, P., Balthazar, M.L., Damasceno, B., Bottino, C.M., Brucki, S.M., Nitrini, R., & Yassuda, M.S. (2015). Neuropsychiatric symptoms, caregiver burden and distress in behavioral-variant frontotemporal demensia and Alzheimer's disease. *Demantia and Geriatric Cognitive Disorders*, 40: 268-275.
- Lin, C.Y., Shih, P.Y., & Ku, L.J.E. (2018). Activities of daily living function and neuropsychiatric symptoms of people with dementia and caregiver burden: The mediating role of caregiving hours. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 81: 1-9.
- Links, P.S., Gould, B., & Ratnayake, R. (2003). Assessing suicidal youth with antisocial, borderline, or narcissistic personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48: 301-310.
- Liu, S., Li, C., Shi, Z., Wang, X., Zhou, Y., Liu, S., Liu, J., Yu, T., & Ji, Y. (2016). Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer's Disease Caregivers in China. *Journal of Clinical Nursing*, 26: 1291-1300.
- Liu, S., Liu, J., Wang, X.D., Shi, Z., Zhou, Y., Li, J., Yu, T., & Ji, Y. (2017). Caregiver burden, sleep quality, depression, and anxiey in dementia caregivers: A comparison

- of frontotemporal lobar degeneration, dementia with Lewy bodies, and Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 30: 1-8.
- Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7: 438-445.
- Lloyd, J. Muers, J., Patterson, T.G., & Marczak, M. (2018). Self-compassion, coping strategies, and caregiver burden in caregivers of people with dementia. *Clinical Gerontologist*, 42: 1-13.
- Losada, A., Marquez-Gonzales, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B.T., Lopez, J., Fernandez-Fernandez, V., & Nogales-Gonzalez, C. (2015). Cognitive-behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for dementia family caregivers with significant depressive symptoms: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4): 760-772.
- Lou, Q., Liu, S., Huo, Y.R., Liu, M., Liu, S., & Ji, Y. (2015). Comprehensive analysis of patient and caregiver predictors for caregiver burden, anxiety and depression in Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Nursing*, 24: 2668-2678.
- Löckenhoff, C.E., Duberstein, P.R., Friedman, B., & Costa, Jr., P.T. (2011). Five-factor personality traits and subjective health among caregivers: The role of caregiver strain and self-efficacy. *Psychology and Aging*, 26: 592-604.
- Lök, N., Günbayı, İ., & Buldukoğlu, K. (2015). Demansı olan birey ile yaşamak: Olgubilim çalışması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6: 91-99.
- Lynam, D.R., Gaughan, E.T., Miller, J.D., Miller, D.J., Mullins-Sweatt, S., & Widiger, T.A. (2011). Assessing the basic traits associated with psychopathy: Development and validation of the elemental psychopathy assessment. *Psychological Assessment*, 23: 108-124.
- Lynam, D.R., Loehr, A., Miller, J.D., & Widiger, T.A. (2012). A five-factor measure of avoidant personality: The FFAvA. *Journal of Personality Assessment*, 94: 466-474.

- Maccaferri, G.E., Dunker-Scheuner, D., De Roten, Y., Despland, J.N., Sachse, R., & Kramer, U. (2019). Psychotherapy of dependent personality disorder: The relationship of patient-therapist interactions to outcome. *Psychiatry*, 83: 1-16.
- Mahoney, R., Regan, C., Katona, C., & Livingston, G. (2005). Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: The LASER-AD study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13: 795–801.
- Maillard, P., Pellaton, J., & Kramer, U. (2019). Treating comorbid depression and avoidant personality disorder: The case of Andy. *Journal of Clinical Psychology*, 75: 886-897.
- Marwit, S.J., & Meuser, T.M. (2014). Development of a short form inventory to assess grief in caregivers of dementia patients. *Death Studies*, 29: 191-205.
- Mausbach, B.T., Roepke, S.K., Chattillion, E.A., Harmell, A.L., Moore, R., Romero-Moreno, R., Bowie, C.R., & Grant, I. (2012). Multiple mediators of the relations between caregiving stress and depressive symptoms. *Aging & Mental Health*, 16: 27-38.
- McClendon, M.J., Smyth, K.A., & Neundorfer, M.N. (2004). Survival of persons with Alzheimer's disease: Caregiver coping matters. *The Gerontologist*, 44: 508-519.
- McCrae, R.R., & John, O.P. (1992). Introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60: 175-215.
- McKhann, G.M., Knopman, D.S., Cherkow, H., Hyman, B.T., Jack, Jr., C.R., Kawas, C.H., Klunk, W.E., Koroshetz, 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. *Alzheimer's & Dementia*, 7: 263-269.
- Medrano, M., Rosario, R.L., Payano, A.N., & Capellan, N.R. (2014). Burden, anxiety and depression in caregivers of Alzheimer patients in the Dominican Republic. *Dementia e Neuropsychologica*, 8: 384-388.

- Melo, G., Maroco, J., & de Mendonça, A. (2011). Influence of personality on caregiver's burden, depression and distress related to the BPSD. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26: 1275-1282.
- Melo, G., Maroco, J., Lima-Basto, M., & de Mendonça, A. (2017). Personality of the caregiver influences the use of strategies to deal with the behavior of persons with dementia. *Geriatric Nursing*, 38: 63-69.
- Mervielde, I., De Clercq, B., De Fruyt, F., & Van leeuwen, K. (2005). Temperament, personality, and developmental psychopathology as childhood antecedents of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 19: 171-201.
- Miller, B., & Llibre Guerra, J.J. (2019). Frontotemporal dementia. V.I. Reus & D. Lindqvist (Der.) *Handbook of Clinical Neurology* (Cilt 165, ss. 33-45).
- Miller, J.D., Bagby, R.M., Pilkonis, P.A., Reynolds, S.K., & Lynam, D.R. (2005). A simplified technique for scoring DSM-IV personality disorders with the five-factor model. *Assessment*, 12: 404-415.
- Miller, J.D., Widiger, T.A., & Campbell, W.K. (2010). Narcissistic personality disorder and the DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 119: 640-649.
- Millon, T. (2016). What is a personality disorder? *Journal of Personality Disorders*, 30: 289-306.
- Mioshi, E., Foxe, D., Leslie, F., Savage, S., Hsieh, S., Miller, L., Hodges, J.R., & Piguet, O. (2013). The impact of dementia severity on caregiver burden in frontotemporal dementia and Alzheimer disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 27: 68-73.
- Moos, R.H., & Holahan, C.J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59: 1387-1403.
- Moos, R.H., & Schaefer, J.A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects* (2nci bs.) içinde. (L. Goldberger, & S. Breznitz ed.). ss. 234-257. New York, Free Press.

- Morey, L.C., Benson, K.T., & Skoldol, A.E. (2016). Relating DSM-5 section III personality traits to section II personality disorder diagnoses. *Psychological Medicine*, 46: 647-655.
- Mroczkowski, M.M., Goes, F.S., Riddle, M.A., Grados, M.A., Bienvenu, O.J., Greenberg, B.D., Fyer, A.J., McCracken, J.T., Rauch, S.L., Murphy, D.L., Knowles, J.A., Piacentini, J., Cullen, B., Rasmussen, S.A., Pauls, D.L., Nestadt, G., & Samuels, J. (2016). Dependent personality, separation anxiety disorder and other anxiety disorders in OCD. *Personality and Mental Health*, 10: 22-28.
- Mullins-Sweatt, S.N., Edmundson, M., Sauer-Zavala, S., Lynam, D.R., Miller, J.D., & Widiger, T.A. (2012). Five-factor measure of borderline personality traits. *Journal of Personality Assessment*, 94(5): 475-487.
- Naharcı, M.İ., Öztin, H., Cintosun, Ü., Öztürk, A., Oğuz, Ş., Koçak, N., Bozoğlu, E., & Doruk, H. (2016). Lewy cisimcikli demans ve Alzheimer demans hastalarında bakım veren yükünün karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 58: 381-384.
- Najmi, S. & Wegner, D.M. (2008). Thought suppression and psychopathology. *Handbook of Approach and Avoidance Motivation* içinde. (A. Elliott ed.), ss.: 447-459. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Neary, D., Snowden, J.S., Gustafson, L., Passant, U., Stuss, D., Black, S., Freedman, M., Kertesz, A., Robert, P.H., Albert, M., Boone, K., Miller, B.L., Cummings, J., & Benson, D.F. (1998). Frontotemporal lobar degeneration: A consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*, 51: 1546-1554.
- Novais, F., Araujo, A., & Godinho, P. (2015). Historical roots of histrionic personality disorder. *Frontiers in Psychology*, 6: 1-5.
- O'Dwyer, S.T., Moyle, W., Zimmer-Gembeck, M., & De Leo, D. (2013). Suicidal ideation in family carers of people with dementia: A pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28: 1182-1188.

- O'Rourke, N., Kupferschmidt, A.L., Claxton, A., Smith, J.Z., Chappell, N., & Beattie, B.L. (2010). Psychological resilience predicts depressive symptoms among spouses of persons with Alzheimer disease over time. *Aging & Mental Health*, 984-993.
- Olsson, I., & Dahl, A.A. (2012). Avoidant personality problems – their association with somatic and mental health, lifestyle, and social network: A community-based study. *Comprehensive Psychiatry*, 53: 813-821.
- Onyike, U.C., & Diehl-Schmid, J. (2013). The epidemiology of frontotemporal dementia. *International Review of Psychiatry*, 25: 130-137.
- Ornstein, K., Gaugler, J.E., Zahodne, L., & Stern, Y. (2014). The heterogeneous course of depressive symptoms for the dementia caregiver. *International Journal of Aging and Human Development*, 78: 133-148.
- Ortega, V. & Lo Sterzo, E. (2013). Sense of coherence, burden, and affective symptoms in family carers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 25: 973-980.
- Ortega, V. & Leung, P. (2015). Personality and dementia caring: A review and commentary. *Current Opinion in Psychiatry*, 28: 57-65.
- Özbabalık, D., & Hussein, S. (2017). *Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı – Demans Bakım Modeli Raporu*, <https://www.aile.gov.tr/media/9332/demans-bak%C4%B1m-modeli-proje-kitab%C4%B1.pdf>
- Özel-Kızıl, E.T., Altıntaş, H.Ö., Baştuğ, G., Durmaz, N., & Altunöz, U. (2014). The effect of agitation on caregivers' burden in patients with dementia. *Turkish Journal of Geriatrics*, 17: 256-261.
- Özer, S. (2010). Demanslı hasta ve bakım verenlerin yaşam kalitesi. *Turkish Journal of Geriatrics*, 3: 27-35.
- Özlü, A., Yıldız, M., & Aker, T. (2009). Zarit bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hastalarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 46: 38-42.
- Paradise, M., McCade, D., Hickie, I.B., Diamond, K., Lewis, S.J.G., & Naismith, S.L. (2015). Caregiver burden in mild cognitive impairment: *Aging & Mental Health*, 19: 72-78.

- Paris, J. (2018). Differential diagnosis of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41: 575-582.
- Paris, J., Chenard-Poirier, M.P., & Biskin, R. (2013). Antisocial and borderline personality disorders revisited. *Comprehensive Psychiatry*, 54: 321-325.
- Pattamanusorn, N., Wongpakaran, N., Thongpibul, K., Wongpakaran, T., & Kuntawong, P. (2020). Pathogenic beliefs among patients with schizotypal personality disorder. *Heliyon*, 6:1-5.
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J., & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30: 583-594.
- Pehlivanoğlu, E.F.Ö., Özkan, M.U., Balcıoğlu, H., Bilge, U., & Ünlüoğlu, İ. (2018). Yaşlılar için Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirliği. *Ankara Medical Journal*, 18(2): 219-223.
- Perez-Cruz, M., Parra-Anguita, L., Lopez-Martinez, C., Moreno-Camara, S., & del-Pino-Casada (2019). Burden and anxiety in family caregivers in the hospital that debut in caregiving. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16: 1-14.
- Petrov, M.E., Emert, S.E., & Lichstein, K.L. (2019). Obsessive-compulsive personality disorder features and response to behavioral therapy for insomnia among patients with hypnotic-dependent insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, 17(6): 740-752.
- Pillemer, S., Davis, J., Tremont, G. (2018). Gender effects on components of burden and depression among dementia caregivers. *Aging & Mental Health*, 26: 1156-1161.
- Pilon, M.H., Poulin, S., Fortin, M.P., House, M., Verret, I., Bouchard, R.W., & Laforce, R. (2016). Differences in rate of cognitive decline and caregiver burden between Alzheimer's disease and vascular dementia: A retrospective study. *Neurology*, 2: 278-286.
- Pincus, A.L., Ansell, E.B., Pimentel, C.A., Cain, N.M., Wright, A.G.C., & Levy, K.N. (2009). Initial construction and validation of the pathological narcissism inventory. *Psychological Assessment*, 21: 365-379.

- Polenick, C.A., Wexler-Sherman, C., Birditt, K.S., Zarit, S.H., & Kales, H. C. (2019). Purpose in life among family care partners managing dementia: Links to caregiving gains. *The Gerontologist*, 59(5): 424-432.
- Poole, M., Davis, N., & Robinson, L. (2020). Massive open online courses: Enhancing caregiver education and support about dementia care towards and at end of life. *Age and Ageing*, 49: 171-174.
- Poreh, A.M., Rawlings, D., Claridge, G., Freeman, J.L., Faulkner, C., & Shelton, C. (2006). The BPQ: A scale for the assessment of borderline personality based on DSM-IV criteria. *Journal of Personality Disorders*, 20: 247-260.
- Pretzer J.L., & Beck, A.T. (1996). A cognitive theory of personality disorders. Clarkin, J.F., & Lenzenweger, M.F. (Ed.) *Major Theories of Personality Disorders* içinde (s.s.: 36-105). New York: Guilford.
- Pruchno, R.A. & Resch, N.L. (1989). Mental health of caregiving spouses: Coping as mediator, moderator, or main effect? *Psychology & Aging*, 4: 454-463.
- Prunty, M.M., & Foli, K.J. (2019). Guilt experienced by caregivers to individuals with dementia: A concept analysis. *International Journal of Older People Nursing*, 14. 1-9.
- Quinn, C., & Toms, G. (2019). Influence of positive aspects of dementia caregiving on caregivers' well-being: A systematic review. *The Gerontologist*, 59(5): 584-596.
- Rait, G., Walters, K., Bottomley, C., Petersen, I., Iliffe, S., & Nazareth, I. (2010). Survival of people with clinical diagnosis of dementia in primary care: Cohort study. *British Medical Journal*, 337-338.
- Rao, S., & Broadbear, J. (2019). Borderline personality disorder and depressive disorder. *Australian Psychiatry*, 22: 573-577.
- Razani, J., Corona, R., Quilici, J., Matevosyan, A., Funes, C., Larco, A., Miloyan, B., Avila, J., Chung, J., Goldberg, H., & Lu, P. (2014). The effects of declining functional abilities in dementia patients and increases in psychological distress on caregiver burden over a one-year period. *Clinical Gerontologist*, 37: 235-252.

- Reed, C., Belger, M., Vellas, B., Andrews, J.S., Argimon, J.M., Bruno, G., Dodel, R., Jones, R.W., Wimo, A., & Haro, J.M. (2016). Identifying factors of daily living important for cost and caregiver outcomes in Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 247-259.
- Reed, C., Belger, M., Andrews, J.S., Tockhorn-Heidenreich, A., Jones, R.W., Wimo, A., Dodel, R., & Haro, J.M. (2019). Factors associated with long-term impact on informal caregivers during Alzheimer's disease dementia progression: 36-month results from GERAS. *International Psychogeriatrics*, 32: 1-11.
- Resciniti, N.V., Tang, W., Tabassum, M., Pearson, J.L., Spencer, S.M., Lohman, M.C., Ehlers, D.K., Al-Hasan, D., Miller, M.C., Teixeira, A., & Friedman, D.B. (2020). Knowledge evaluation instruments for dementia caregiver education programs: A scoping review. *Geriatrics & Gerontology International*, 20(5): 397-413.
- Riddle, M.A., Maher, B.S., Wang, Y., Grados, M., Bienvenu, O.J., Goes, F.S., Cullen, B., Murphy, D.L., Rauch, S.L., Greenberg, B.D., Knowles, J.A., McCracken, J.T., Pinto, A., Piacentini, J., Pauls, D.L., Rasmussen, S.A., Shugart, Y.Y., Nestadt, G., & Samuels, J. (2016). Obsessive-compulsive personality disorder: Evidence for two dimensions. *Depression and Anxiety*, 33:128-135.
- Riffin, C., Van Ness, P.H., Wolff, J.L., & Fried, T. (2019). Multifactorial examination of caregiver burden in a national sample of family and unpaid caregivers. *Journal of American Geriatric Society*, 67: 277-283.
- Roach, L., Laidlaw, K., Gillanders, D., & Quinn, K. (2013). Validation of the caregiver guilt questionnaire (CGQ) in a sample of British dementia caregivers. *International Psychogeriatrics*, 25: 2001-2010.
- Roche, L., Croot, K., MacCann, C., Cramer, B., & Diehl-Schmid, J. (2015). The role of coping strategies in psychological outcomes for frontotemporal dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 28: 218-228.

- Roche, L., MacCann, C., & Croot, K. (2016). Predictive factors for the uptake of coping strategies by spousal dementia caregivers: A systematic review. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 30: 80-91.
- Rohr, M.K., Wagner, J., & Lang, F.R. (2013). Effects of personality on the transition into caregiving. *Psychology and Aging*, 28: 692-700.
- Roman, G.C., Tatemichi, T.K., Erkinjuntti, T., Cummings, J.L., Masdeu, J.C., Garcia, J.H., Amaducci, L., Orgogozo, M., Brun, A., Hofman, A., Moody, D.M., O'Brien, M.D., Yamaguchi, T., Grafman, J., Drayer, B.P., Bennett, D.A., Fisher, M., Ogata, J., Kokmen, E., Bermejo, F., Wolf, P.A., Gorelick, P.B., Bick, K.L., Pajean, A.K., Bell, M.A., DeCarli, C., Culebras, A., Korczyn, A.D., Bogousslavsky, J., Hartmann, A., & Scheinberg, P. (1993). Vascular dementia: Diagnostic criteria for research studies: Report of the NINDS-AIREN International Workshop. *Neurology*, 43: 250-260.
- Romero-Moreno, R., Marquez-Gonzales, M., Mausbach, B.T., & Losada, A. (2012). Variables modulating depression in dementia caregivers: A longitudinal study. *International Psychogeriatrics*, 24: 1316-1324.
- Ronningstad, E. (2011). Narcissistic personality disorder: A clinical perspective. *Journal of Psychiatric Practice*, 17: 89-99.
- Ronningstad, E. (2013). An update on narcissistic personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 26: 102-106.
- Rosell, D.R., Futterman, S.E., McMaster, A., & Siever, L.J. (2014). Schizotypal personality disorder: A current review. *Current Psychiatry Reports*, 16: 452.
- Rotenstein, O.H., McDermut, W., Bergman, A., Young, D., Zimmerman, M., & Chelminski, I. (2007). The validity of DSM-IV passive-aggressive (negativistic) personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 21: 28-41.
- Roth, S., & Cohen, L.J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41: 813-819.

- Samuel, D.B., & Widiger, T.A. (2008). A meta-analytic review of the relationship between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet level analysis. *Clinical Psychology Review*, 28: 1326-1342.
- Samuel, D.B., & Widiger, T.A. (2010). Comparing personality disorder models: Cross-method assessment of the FFM and DSM-IV-TR. *Journal of Personality Disorders*, 24(6): 721-745.
- Samuel, D.B., & Widiger, T.A. (2011). Conscientiousness and obsessive-compulsive personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 2: 161-174.
- Samuel, D.B., Riddell, A.D.B., Lynam, D.R., Miller, J.D., & Widiger, T.A. (2012). A five-factor measure of obsessive compulsive personality traits. *Journal of Personality Assessment*, 94: 456-465.
- Sanford, A.M. (2018). Lewy Body Dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*, 34: 603-615.
- Saulsman, L.M., & Page, A.C. (2005). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 25(3): 383-394.
- Sayın, A., & Aslan, S. (2005). Duygudurum bozuklukları ile huy, karakter ve kişilik ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16: 276-283.
- Schaffler-Schaden, D., Krutter, S., Seymer, A., Essl-Maurer, R., Flamm, M., & Osterbrink, J. (2021). Caring for a relative with dementia: Determinants and gender differences of caregiver burden in rural setting. *Brain Sciences*, 11(11): 1511. Elektronik baskı. DOI: 10.3390/brainsci11111511.
- Schneider, J.A., Arvanitakis, Z., Bang, W., & Bennett, D.A. (2007). Mixed brain pathologies account for most dementia cases in community-dwelling older persons. *Neurology*, 69(24): 2197-2204.
- Schüz, B., Czerniawski, A., Davie, N., Miller, L., Quinn, M.G., King, C., Carr, A., Hlliot, K.J., Robinson, A., & Scott, J.L. (2015). Leisure time activities and mental health in

- informal dementia caregivers. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7: 230-248.
- Sellbom, M., Carmichael, K.L.C., & Liggett, J. (2017). Examination of DSM-5 Section III avoidant personality disorder in a community sample. *Personality and Mental Health*, 11: 299-313.
- Serda i Ferrer, B.C., & del Valle, A. (2014). A rehabilitation program for Alzheimer's disease. *Journal of Nursing Research*, 22(3): 192-199.
- Shah, R., & Zanarini, M.C. (2018). Comorbidity of borderline personality disorder: Current status and future directions. *Psychiatric Clinics of North America*, 41: 583-593.
- Simms, L.J., & Clark, L.A. (2006). The schedule for nonadaptive and adaptive personality (SNAP): A dimensional measure of traits relevant to personality. Strack, S (Ed.). *Differentiating Normal and Abnormal Personality Pathology*, (ss.431-450). New York: Springer.
- Skinner, E.A., Edge, K., Altman, J., Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129: 216-269.
- Skodol, A.E., Bender, D.S., Morey, L.C., Clark, L.A., Oldham, J.M., Alarcon, R.D., Krueger, R.F., Verheul, R., Bell, C.C., & Siever, L.J. (2011). Personality disorder types proposed for DSM-5. *Journal of Personality Disorders*, 25:136-169.
- Smagula, S.F., Krafty, R.T., Taylor, B.J., Martire, L.M., Schulz, R., & Hall, M.H. (2017). Rest-activity rhythm and sleep characteristics association with depression symptom severity in strained dementia caregivers. *Journal of Sleep Research*, 26: 718-725.
- Smagula, S.F., Hasler, B.P., Schulz, R., Graves, J.L., Reynolds III, C.F., Aizenstein, H.J., Buysse, D.J., Krafty, R.T., & Hall, M.H. (2019). Activity patterns related to depression symptoms in stressed dementia caregivers. *International Psychogeriatrics*, 1-8. Elektronik baskı. DOI: 10.1017/S1041610219001601

- Smith, E.E. (2017). Clinical presentations and epidemiology of vascular dementia. *Clinical Science*, 131: 1059-1068.
- Sürer-Budak, E. & Aydın, F. (2016). Demansta nükleer tıp yöntemleri. *Nükleer Tıp Seminerleri*, 3: 144-152.
- Stansfeld, J., Orrell, M., Vernooij-Dassen, M., & Wenborn, J. (2019). Sense of coherence in family caregivers of people living with dementia: A mixed-methods psychometric evaluation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17: 1-8. DOI: 10.1186/s12955-019-1114-0
- Starcevic, V., & Brakoulias, V. (2014). New diagnostic perspectives on obsessive-compulsive personality disorder and its links with other conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 27: 62-67.
- Stinson, J.M., Collins, R.L., Little Maestas, K., Pacheco, V., LeMaire, A., & Bengt, J. (2014). Dependency aspect of caregiver burden is uniquely related to cognitive impairment in veterans. *Journal of Rehabilitation, Research and Development*, 51: 1177-1188.
- Su, J.A. & Chang, C.C. (2020). Association between family caregiver burden and affiliate stigma in the families of people with dementia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17: 1-10.
- Sulz, S. (2010). Hysteria I. Histrionic personality disorder: A psychotherapeutic challenge. *Nervenarzt*, 81: 879-887.
- Szeto, J.Y.Y., Mowszowski, L., Gilat, M., Walton, C.C., Naismith, S.L., & Lewis, S.J.G. (2016). Mild cognitive impairment in Parkinson's disease: Impact on caregiver outcomes. *Journal of Parkinson's Disease*, 6: 589-596.
- Tang, F., Jang, H., Linger, J., Tamres, L.K., & Erlen, J.A. (2015). Stressors and caregivers' depression: Multiple mediators of self-efficacy, social support, and problem-solving skill. *Social Work in Health Care*, 54: 651-668.
- Taşçı, S., Tekinsoy Kartın, P., Ceyhan, Ö., Sungur, G., & Göriş, S. (2012). Living with an Alzheimer patient in Turkey. *Journal of Neuroscience Nursing*, 44: 228-234.

- Taymur, İ., Türkçapar, M.H., Örsel, S., Sargın, E., & Akkoyunlu, S. (2011). Kişilik inanç ölçeği- kısa formunun (KİÖ-KTF) Türkçe çevirisinin üniversite öğrencilerinde geçerlilik, güvenirliliği. *Klinik Psikiyatri*, 14: 199-209.
- 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.
- The Lund and Manchester Groups. (1994). Consensus statement: Clinical and neuropathological criteria for fronto-temporal dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 4: 416-418.
- Thimm, J.C., Jordan, S., & Bach, B. (2016). The personality inventory for DSM-5 short form (PID-5-SF): Psychometric properties and association with big five traits and pathological beliefs in a Norwegian population. *BMC Psychology*, 4(61): 1-11.
- Thylstrup, B., & Hesse, M. (2009). “I am not complaining” – Ambivalence construct in schizoid personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 63: 147-167).
- Tomaiatti, M., Gore, W.L., Lynam, D.R., Miller, J.D., & Widiger, T.A. (2012). A five-factor measure of histrionic personality traits. *Advances in Psychology Research* içinde. A. Columbus (Ed.). (Vol. 87, s.s. 113-138), Hauppauge, NY: Nova Science Publishers.
- Torrisi, M., De Cola, M.C., Marra, A., De Luca, R., Bramanti, P., & Calabro, R.S. (2016). Neuropsychiatric symptoms in dementia may predict caregiver burden: A Sicilian exploratory study. *Psychogeriatrics*, 17: 103-107.
- Triebwasser, J., Chemerinski, E., Roussos, P., & Siever, L.J. (2012). Schizoid personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26: 919-926.
- Triebwasser, J., Cemerinski, E., Roussos, P., & Siever, L.J. (2013). Paranoid personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27: 795-805.
- Tülek, Z., Baykal, D., Ertürk, S., Bilgiç, B., Hanağası, H., & Gürvit, H. (2020). Caregiver burden, quality of life and related factors in family caregivers of dementia patients in Turkey. *Issues in Mental Health Nursing*, 41: 1-9.

- Türkiye Alzheimer Derneği (TAD). (2020). *Türkiye Alzheimer Derneği İnternet Sitesi*.
<https://www.alzheimerdernegi.org.tr/>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2020). *İstatistiklerle yaşlılar*.
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslılar-2019-33712>
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2021). *Bitirilen eğitim düzeyine göre nüfusun dağılımı, 2008-2020*. <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=e%C4%9Fitim>
- Tyrer, P., Morgan, J., & Cicchetti, D. (2004). The dependent personality questionnaire (DPQ): A screening instrument for dependent personality. *International Journal of Social Psychiatry*, 50: 10-17.
- Van Broekhoven, K.E.M., Karreman, A., Hartman, E.E., Lodder, P., Endendjik, J.J., Bergink, V., & Pop, V.J.M. (2019). Obsessive-compulsive personality disorder symptoms as a risk factor for postpartum depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health*, 22: 475-483.
- Van den Kieboom, R.C.P., Snaphaan, L.J.A.E., Mark, R.E., & Bongers, I.M.B. (2020). The trajectory of caregiver burden and risk factors in dementia progression: A systematic review. *Journal of Alzheimer's Disease*, 77: 1-9.
- Van den Wijngaart, M.A.G., Vernooij-Dassen, M.J.F.J., & Felling, A.J.A. (2007). The influence of stressors, appraisal and personal conditions on the burden of spousal caregivers of persons with dementia. *Aging & Mental Health*, 11: 626-636.
- Van der Flier, W.M., Skkag, I., Schneider, J.A., Pantoni, L., Mok, V., Chen, C.L.H., & Sheltens, P. (2018). Vascular cognitive impairment. *Primer*, 4: 1-16.
- Van der Lee, J., Bakker, T.J.E.M., Duivenvoorden, H.J., & Dröes, R.M. (2014). Multivariate models of subjective caregiver burden in dementia: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 15: 76-93.
- Vella, S.L., & Pai, N. (2012). The measurement of burden of care in serious mental illness: A qualitative review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47: 222-234.

- Vest, R.S. & Pike, C.J. (2013). Gender, sex steroid hormones, and Alzheimer's disease. *Hormones and Behavior*, 63: 301-307.
- Vollrath, M. (2001). Personality and stress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42: 335-347.
- Walker, A.E., Livingston, G., Cooper, C.A., Katona, C.L.E., & Kitchen, G.L. (2006). Caregivers' experience of risk in dementia: The LASER-AD study. *Aging & Mental Health*, 10: 532-538).
- Wang, V.W., Kandiah, N., Lin, X. & Wee, H.L (2020). Does health-related quality of life in Asian informal caregivers differ between early-onset dementia and late onset dementia? *Japanese Psychogeriatric Society*, 20: 1-12. Elektronik baskı. DOI: 10.1111/psyg.12556.
- Watson, B., Tatangelo, G., & McCabe, M. (2018). Depression and anxiety among partner and offspring carers of people with dementia: A systematic review. *The Gerontologist*, 59: 597-610.
- Waugh, M.H., Hopwood, C.J., Krueger, R.F., Morey, L.C., Pincus, A.L., & Wright, A.G.C. (2017). Psychological assessment with the DSM-5 alternative model for personality disorders: Tradition and innovation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 48: 79-89.
- Weinbrecht, A., Schulze, L., Boettcher, J., & Renneberg, B. (2016). Avoidant personality disorder: A current review. *Current Psychiatry Reports*, 18: 29.
- Widiger, T.A., & McCabe, G.A. (2020). The alternative model of personality disorders (AMPD) from the perspective of the five-factor model. *Psychopathology*, 1-8. DOI: 10.1159/000507378.
- Wolters, F.J., & Ikram, M.A. (2019). Epidemiology of vascular dementia: Nosology in a time of epimics. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 39: 1542-1549.
- Wong, J.F.W., Kirk, A., Perlett, L., Karunanayake, D.M., & O'Connell, M.E. (2020). Characteristics of young-onset and late-onset dementia patients at a remote memory

- clinic. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 00:1-8. Elektronik baskı. DOI: 10.1017/cjn.2020.8.
- Wulff, J., Malmgren Fange, A., Lethin, C., Chiatti, C. (2020). Self-reported symptoms of depression and anxiety among informal caregivers of persons with dementia: A cross-sectional comparative study between Sweden and Italy. *BMC Health Services Research*, 20: 1-15. DOI: 10.1186/s12913-020-05964-2.
- Xu, L., Liu, Y., He, H., Fields, N.L., Ivey, D.L., & Kan, C. (2021). Caregiving intensity and caregiver burden among caregivers of people with dementia: The moderating roles of social support. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 94: 1-10.
- Yakın, D. (2014). Bağımlı kişilik örüntüsü ve terapötik işbirliği: Şema odaklı bilişsel davranışçı terapi uygulaması. *Ayna Klinik Psikoloji Dergisi*, 1: 1-13.
- Yener, G., & Emek, D.D. (2012). Birinci basamakta demans ve Alzheimer hastalığına yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 3(6): 35-43.
- Yılmaz, A., Turan, E, & Gündoğar, D. (2009). Predictors of burnout in the family caregivers of Alzheimer's disease: Evidence from Turkey. *Australian Journal on Ageing*, 28: 16-21.
- Yılmaz, T. (2019). Ruhsal bozuklukların tanısall ve sayımsal el kitabının (DSM) son iki baskısı arasındaki değişikliklerin incelenmesi. *Psikoloji, sosyoloji ve coğrafya bakış açısından sağlık içinde* (ss. 1-19) Ankara: Berikan Yayıncılık.
- Yoshimatsu, K., & Palmer, B. (2014). Depression in patients with borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 22: 266-273.
- Yu, H., Wang, X., He, R., Liang, R., & Zhou, L. (2015). Measuring the caregiver burden of caring for community-residing people with Alzheimer's disease. *Plos One*, 10: 1-13.
- Zanetti, O., Solerte, S.B., & Cantoni, F. (2009). Life expectancy in Alzheimer's disease. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49: 237-243.
- Zanarini, M.C., Vujanovic, A.A., Parachini, E.A., Boulanger, J.L., Frankenburg, F.R., & Hennen, J. (2003). Zanarini rating scale for borderline personality disorder (ZAN-

- BPD): A continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 17: 233-242.
- Zarit, S.H., Reever, K.E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6): 649-655.
- Zauszniewski, J.A. & Bekhet, A.K. (2011). Measuring use of resourcefulness skills: Psychometric testing of a new scale. *International Scholarly Research Network*, 4: 1-7. Elektronik baskı. DOI: 10.5402/2011/787363.
- Zauszniewski, J.A., Lekhak, N., Musil, C.M. (2018). Caregiver reactions to dementia symptoms: Effects on coping repertoire and mental health. *Issues in Mental Health Nursing*, 39: 382-387.
- Zhang, R., Zhou, H., Wang, Y., Yang, Z., Wang, Y., So, S.H., Chiu, C.D., Leung, P.W.L., Cheung, E.F.C., & Chan, R.C.K. (2019). Network analysis of schizotypal personality traits and their association with other subclinical psychotic features. *Asian Journal of Psychiatry*, 44: 209-216.
- Zigmond, A.S., & Snaith, P.R. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67: 361-370.

EKLER

EK-1: Katılımcı Onam Formu

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma, İstanbul kent üniversitesi, Klinik Psikoloji öğrencisi Serra Alemdar tarafından Prof.Dr. SALİH YAŞAR ÖZDEN danışmanlığında yürütülen bir tez çalışmasıdır. Bu araştırmanın amacı demans hastalarının, onlara bakmakla yükümlü yakınlarının kişilik özelliklerinin, algılanan bakım veren yükü, depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisinin araştırılmasıdır.

Katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Soruların doğru veya yanlış cevapları yoktur. Verdiğiniz cevaplar kesinlikle gizli tutulacak ve sadece araştırma kapsamında kullanılacaktır. Formda kimlik belirtmenize gerek yoktur, bireysel değerlendirme yapılmayacaktır. Araştırmanın doğru sonuç vermesi, vereceğiniz gerçekçi ve içten cevaplara bağlıdır. Soruların boş bırakılmaması özellikle önemlidir.

Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için xxxxxxxxxxxx@gmail.com adresinden benimle iletişime geçebilirsiniz.

Katılımınız için şimdiden teşekkür ederim.

Bu çalışma hakkında bilgilendirildim. Çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman katılımımı sonlandırabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı kullanımını kabul ediyorum.

() Kabul ediyorum

() Kabul etmiyorum

EK-2: Demografik Bilgiler Formu

Lütfen aşağıdaki kişisel bilgileri yanıtlayınız.

1. Cinsiyetiniz:

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

2. Yaşınız:

- ☐ 25'ten küçük
- ☐ 25-40
- ☐ 41-65
- ☐ 65-85
- ☐ 86 'dan büyük

3. Eğitim durumunuz:

- ☐ İlkokul
- ☐ Ortaokul
- ☐ Lise
- ☐ Üniversite
- ☐ Lisans
- ☐ Lisans üstü

4. Bakmakla sorumlu olduğunuz demans hastası yakınınızın cinsiyeti:

- ☐ Kadın
- ☐ Erkek

5. Bakmakla sorumlu olduğunuz demans hastası yakınınızın yaşı:

- ☐ 50'den küçük
- ☐ 51-65
- ☐ 66-80
- ☐ 80'den büyük

6. Yakınlığınız:

- ☐ Hast eşim
- ☐ Hasta ebeveynim
- ☐ Hasta kardeşim
- ☐ Diğer

7. Hastanızın tanısı:

- ☐ Alzheimer Demansı
- ☐ Vasküler Demans
- ☐ Frontotemporal Demans
- ☐ Parkinson Demansı
- ☐ Lewy Cisimcikli Demans
- ☐ Mikst
- ☐ Bilmiyorum

8. Ne kadar süredir hastanızın bakımından sorumlusunuz?

- ☐ Bir seneden az
- ☐ 1-3 sene
- ☐ 3 seneden fazla

9. Yakınınızın bakımı ile ilgili sorumluluğu paylaştığınız biri var mı? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Evet, aileden başka biri (eşim, kardeşim,..)
- ☐ Evet, dışarıdan biri (bakıcı, hemşire, ..)
- ☐ Hayır, sadece ben

10. Haftada ortalama kaç saatinizi yakınınızın bakımı ile ilgilenerek geçiriyorsunuz?

- ☐ 10 saatten az
- ☐ 10-20 saat arası
- ☐ 20-40 saat arası
- ☐ 40 saatten fazla

11. Yakınınızın bakımı ile ilgili masraflar kim tarafından karşılanıyor?

- ☐ Tamamen hastanın kendi maddi imkanları ile
- ☐ Genel olarak hastanın maddi imkanları ve biraz benim katkım ile
- ☐ Bir miktar hastanın kendi imkanları fakat ağırlıklı olarak benim maddi imkanlarım ile
- ☐ Hasta tamamen benim maddi imkanlarım ile bakılıyor

12. Yakınınız ile aynı evde mi yaşıyorsunuz?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

13. Demans ve demanslı hastanın bakımı ile ilgili eğitim/bilgilendirme aldınız mı?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

EK-3: Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği

Lütfen bakmakla sorumlu olduğunuz demans hastanız ile ilgili aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Hastanızın durumuna uygun tanımlama ‘bağımsız’ sütununda ise ‘puan’ sütununa ‘1’, ‘bağımlı’ sütununda ise ‘0’ yazınız.

Etkinlikler	Puan	Bağımsız (1)	Bağımlı (0)
1. Banyo yapma		Kendi başına yıkanabiliyor veya vücudunun küçük bir parçasının yıkanması için yardım alıyor.	Kendi başına yıkanamıyor veya vücudunun büyük bir kısmının yıkanmasında başkasına ihtiyaç duyuyor.
2. Giyinme		Dolaptan kendi başına kıyafetlerini çıkarıp giyinebilir. (Ayakkabısını bağlarken yardım alabilir.)	Giyinirken yardım alıyor veya tamamen başkası tarafından giydiriliyor.
3. Tuvalet yapma		Tuvalete gitme, tuvaletini yapma, temizlenme, üzerini tekrar giyme gibi aktiviteleri kendi başına yapabiliyor.	Tuvalete giderken yardım alıyor, tek başına temizlenme vb. etkinlikleri yapamıyor ya da lazımlık (sürgü) veya lazımlıklı iskemle kullanıyor.
4. Transfer		Yataktan kanepeye veya tersi etkinliği tek başına veya baston vb. cihaz ile yapabiliyor.	Yataktan sandalyeye geçerken kısmi veya tam olarak bir başkasının yardımına ihtiyaç duyuyor.
5. Kontinans		Defekasyon (dışkı) ve mesane (idrar) üzerine tam kontrolü mevcut.	Kısmi veya tam mesane (idrar) veya bağırsak-gaita kaçırma inkontinansı mevcut.
6. Beslenme		Yemeği tabaktan ağzına kendisi götürebiliyor. (Yemeği başkası hazırlayabilir.)	Bir başkası tarafından yediriliyor veya parenteral (damar yoluyla) ya da mideden hortumla (PEG) beslenmeye muhtaç.

EK-4: Zarit Bakım Yüğü Ölçeği

Aşağıda demanslı yakınınızın bakımını üstlendiğinizde kendinizi nasıl hissedebileceğinizi yansıtan ifadelerden oluşan bir liste yer almaktadır. Her ifade için hangi sıklıkta kendinizi böyle hissettiğinizi belirtin: “Asla”, “nadiren”, “ara sıra”, “çok sık”, neredeyse her zaman” şeklinde. Yanlış ya da doğru cevap bulunmamaktadır.

	Asla	Nadiren	Ara sıra	Oldukça sık	Neredeyse her zaman
1. Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendinize yeterli zaman ayıramadığınızı düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
2. Yakınıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntıda hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
3. Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
4. Yakınınızın şu an ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkilerini olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
5. Yakınınızın geleceği ile ilgili korku hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
6. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
7. Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
8. Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
9. Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
10. Yakınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
11. Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	1	2	3	4	5
12. Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmanızı beklediğini hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
13. Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
14. Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
15. Yakınızın bakımını biraz da başkalarına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?	1	2	3	4	5
16. Yakınınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
17. Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
18. Yakınınızın bakımı ile ilgili olarak daha iyisini yapabiliirdim diye düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5

EK-5: HADS Hastane Anksiyete Ve Depresyon Ölçeği

Lütfen aşağıdaki anketteki her maddeyi okuyun ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki kutuyu işaretleyin. Yanıtınız için çok düşünmeyin, aklınıza gelen ilk yanıt en doğrusu olacaktır.

1. Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum. ☐ Çoğu zaman ☐ Birçok zaman ☐ Zaman zaman, bazen ☐ Hiçbir zaman
2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hala zevk alıyorum. ☐ Aynı eskisi kadar ☐ Pek eskisi kadar değil ☐ Yalnızca biraz eskisi kadar ☐ Neredeyse hiç eskisi kadar değil
3. Sanki kötü birşey olacakmış gibi korkuya kapılıyorum. ☐ Kesinlikle öyle ve oldukça da şiddetli ☐ Evet, ama çok da şiddetli değil ☐ Biraz, ama beni endişelendiriyor ☐ Hayır, hiç de öyle değil
4. Gülebiliyorum ve olayların komik tarafını görebiliyorum. ☐ Her zaman olduğu kadar ☐ Şimdi pek o kadar değil ☐ Şimdi kesinlikle o kadar değil ☐ Artık hiç değil
5. Aklımdan endişe verici düşünceler geçiyor. ☐ Çoğu zaman ☐ Birçok zaman ☐ Zaman zaman, ama çok sık değil ☐ Yalnızca bazen
6. Kendimi neşeli hissediyorum. ☐ Hiçbir zaman ☐ Sık değil ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman
7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum. ☐ Kesinlikle ☐ Genellikle ☐ Sık değil ☐ Hiçbir zaman
8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum. ☐ Hemen hemen her zaman ☐ Çok sık ☐ Bazen ☐ Hiçbir zaman

9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi tedirginliğe kapılıyorum. ○ Hiçbir zaman ○ Bazen ○ Oldukça sık ○ Çok sık
10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim. ○ Kesinlikle ○ Gerektiği kadar özen göstermiyorum ○ Pek o kadar özen göstermeyebilirim ○ Her zamanki kadar özen gösteriyorum
11. Kendimi sanki hep birşey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum. ○ Gerçekten de çok fazla ○ Oldukça fazla ○ Çok fazla değil ○ Hiç değil
12. Olacakları zevkle bekliyorum. ○ Her zaman olduğu kadar ○ Her zamankinden biraz daha az ○ Her zamankinden kesinlikle daha az ○ Hemen hemen hiç
13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum. ○ Gerçekten de çok sık ○ Oldukça sık ○ Çok sık değil ○ Hiçbir zaman
14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum. ○ Sıklıkla ○ Bazen ○ Pek sık değil ○ Çok seyrek

EK-6: Kişilik İnanç Ölçeği – Kısa Formu

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyunuz ve HER BİRİNE NE KADAR İNANDIĞINIZI belirtiniz. Her bir ifadeyle ilgili olarak ÇOĞU ZAMAN nasıl hissettiğinize göre karar veriniz. Her bir ifade için sizin için en uygun olanı daire içine alınız.

4	3	2	1	0
Tümüyle inanıyorum	Çok fazla inanıyorum	Orta derecede inanıyorum	Biraz inanıyorum	Hiç İnanmıyorum

NE KADAR

İNANIYORSUNUZ?

	4	3	2	1	0
	Tümüyle inanıyorum	Çok fazla inanıyorum	Orta derecede	Biraz inanıyorum	Hiç inanmıyorum
1. Aşağılanma veya yeterizlikle karşılaşmak katlanılmaz birşeydir.	4	3	2	1	0
2. Ne pahasına olursa olsun rahatsızlık verici durumlardan kaçınmalıyım.	4	3	2	1	0
3. Eğer insanlar dostça davranıyorlarsa beni kullanmaya ya da sömürmeye çalışıyor olabilirler.	4	3	2	1	0
4. Bir yandan yetkili kişilerin hakimiyetine karşı direnmeli ama aynı zamanda takdir ve benimsemelerini sağlamalıyım.	4	3	2	1	0
5. Rahatsızlık verici duygulara katlanamam.	4	3	2	1	0
6. Kusurlar, eksiklikler ya da yanlışlıklar hoş görülemez.	4	3	2	1	0
7. Diğer insanlar sıklıkla çok şey isterler.	4	3	2	1	0
8. İlgi merkezi olmalıyım.	4	3	2	1	0
9. Eğer bir sistemim olmazsa herşey darmadağın olur.	4	3	2	1	0
10. Hak ettiğim saygının gösterilmemesi veya hakkım olanı alamamak katlanılmaz bir durumdur.	4	3	2	1	0
11. Herşeyde kusursuz iş çıkarmak önemlidir.	4	3	2	1	0
12. Diğer insanlarla birlikte birşey yapmaktansa kendi başıma yapmaktan daha çok hoşlanırım.	4	3	2	1	0
13. Eğer dikkat etmezsem başkaları beni kullanmaya ya da yönlendirmeye çalışır.	4	3	2	1	0
14. Diğer insanların gizli amaçları vardır.	4	3	2	1	0
15. Olabilecek en kötü şey terk edilmektir.	4	3	2	1	0
16. Diğer insanlar ne kadar özel biri olduğumu fark etmelidirler.	4	3	2	1	0
17. Diğer insanlar bilerek beni aşağılıyorlar.	4	3	2	1	0
18. Karar verirken diğer insanların yardımına ya da bana ne yapacağımı söylemelerine gereksinim duyarım.	4	3	2	1	0

19. Ayrıntılar son derece önemlidir.	4	3	2	1	0
20. İnsanlar çok fazla patronluk tasarlarsa onların isteklerini dikkate almamaya hakkım vardır.	4	3	2	1	0
21. Yetkili kişiler sınırlarını bilemeyen, sürekli iş isteyen, müdahaleci ve denetleyicidirler.	4	3	2	1	0
22. İstediklerimi almanın yolu, insanları etkilemek ya da eğlendirmektir.	4	3	2	1	0
23. Karlı çıkabilmek için elimden gelen herşeyi yapmalıyım.	4	3	2	1	0
24. Eğer insanlar benimle ilgili birşeyler açığa çıkarırlarsa, bunu bana karşı kullanacaklardır.	4	3	2	1	0
25. İnsan ilişkileri karışıktır ve özgürlüğe engeldir.	4	3	2	1	0
26. Beni ancak benim gibi zeki insanlar anlayabilirler.	4	3	2	1	0
27. Çok üstün biri olduğum için özel muamele ve ayrıcalıkları hak ediyorum.	4	3	2	1	0
28. Benim için başkalarından bağımsız ve özgür olmak önemlidir.	4	3	2	1	0
29. Çoğu durumda yalnız başıma kaldığımda kendimi daha iyi hissedirim.	4	3	2	1	0
30. Her zaman en yüksek standartlara ulaşmaya çalışmak gereklidir yoksa herşey darmadağın olur.	4	3	2	1	0
31. Rahatsız edici duygular giderek artar ve kontrolden çıkar.	4	3	2	1	0
32. Vahşi bir ortamda yaşıyoruz ve güçlü olan hayatta kalır.	4	3	2	1	0
33. Başkalarının dikkatini çektiğim durumlardan kaçınmalı ve mümkün olduğunca göze çarpmamalıyım.	4	3	2	1	0
34. Başkalarının bana olan ilgilerini sürdüremezsem benden hoşlanmazlar.	4	3	2	1	0
35. Eğer birşey istiyorsam onu elde etmek için ne gerekirse yapmalıyım.	4	3	2	1	0
36. Diğer bir insana “bağlanıp” kalmaktansa yalnız olmak daha iyidir.	4	3	2	1	0
37. İnsanları eğlendirmedikçe ya da etkilemedikçe bir hiçim.	4	3	2	1	0
38. Eğer ilk önce hareket edip üstünlük kurmazsam karşımdaki bana üstünlük kurar.	4	3	2	1	0
39. İnsanlarla ilişkilerimde herhangi bir gerginlik işareti bu ilişkinin kötüye gideceğini gösterir bu nedenle o ilişkiyi bitirmeliyim.	4	3	2	1	0
40. Eğer en yüksek düzeyde iş yapmıyorsam başarısız olurum.	4	3	2	1	0
41. Zaman sınırlarına uymak, istenenlere itaat etmek ve uyumlu olmak onuruma ve kendi yeterliliğime doğrudan bir darbedir.	4	3	2	1	0

42. Genellikle bana haksız davranılıyor. Bu nedenle ne şekilde olursa olsun payımı almak hakkımdır.	4	3	2	1	0
43. İnsanlar bana yaklaşırlarsa benim “gerçekten” ne olduğum ortaya çıkar ve benden uzaklaşırlar.	4	3	2	1	0
44. Muhtaç ve zayıfım.	4	3	2	1	0
45. Yalnız başıma bırakıldığımda çaresizim.	4	3	2	1	0
46. Diğer insanlar benim ihtiyaçlarımı gidermelidir.	4	3	2	1	0
47. İnsanların beklediği şekilde kurallara uyarsam bu benim davranış özgürlüğüme engel olacaktır.	4	3	2	1	0
48. Eğer fırsat verirsem insanlar beni kullanırlar.	4	3	2	1	0
49. Her zaman hazırlıklı olmalıyım.	4	3	2	1	0
50. Özel hayatım insanlara yakın olmaktan çok daha fazla önemlidir.	4	3	2	1	0
51. Kurallar keyfidir ve beni sıkar.	4	3	2	1	0
52. İnsanların beni görmezden gelmeleri berbat bir durumdur.	4	3	2	1	0
53. İnsanların ne düşündüğünü önemsemem.	4	3	2	1	0
54. Mutlu olabilmek için diğer insanların dikkatini çekmeye ihtiyacım var.	4	3	2	1	0
55. Eğer insanları eğlendirirsem benim güçsüzlüğümü fark etmezler.	4	3	2	1	0
56. İşimi yaparken ya da kötü bir durumla karşılaştığımda bana yardım etmesi için her zaman yanımda birilerinin olmasına gereksinim duyarım.	4	3	2	1	0
57. Yaptığım işte herhangi bir hata ya da kusur felakete yol açabilir.	4	3	2	1	0
58. Çok yetenekli olduğum için mesleğimde ilerlerken insanlar benim yolumdan çekilmelidir.	4	3	2	1	0
59. Eğer başkalarını ben sıkıştırmazsam, onlar beni boyun eğmeye zorlar.	4	3	2	1	0
60. Diğer insanlara uygulanan kurallara uymak zorunda değilim.	4	3	2	1	0
61. Bir şeyi yapmanın en iyi yolu zor kullanmak ve kurnazlıktır.	4	3	2	1	0
62. Her zaman birilerine ulaşabilecek durumda olmalıyım.	4	3	2	1	0
63. Temelde yalnızım – kendimi daha güçlü bir kişiye bağlayamadığım müddetçe.	4	3	2	1	0
64. Diğer insanlara güvenemem.	4	3	2	1	0
65. Diğer insanlar kadar mücadele gücüm yok.	4	3	2	1	0

ÖZGEÇMİŞ

Serra Alemdar 1994’te Sankt Georg Avusturya Lisesi’nden mezun oldu. Lisansını 2001’de Eckerd College’da İnsan Gelişimi alanında, yüksek lisansını ise 2005’te Antioch New England Graduate School’da Uygulamalı Psikoloji – Çift ve Aile Terapisi uzmanlık alanında tamamladı. Üniversite ve yüksek lisans mezuniyetinden sonra A.B.D. ve Türkiye’de farklı kurumlarda sosyal hizmet uzmanı ve psikoterapist olarak çalıştı. 2020 yılında T.C. İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü - Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans programına kabul edildi. Halen öğrenim ve çalışma hayatına devam etmektedir.