

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
PSİKOLOJİ PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

DEMANS TANISI OLAN BİREYLERE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNE
YÖNELİK BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ TEMELLİ BİR
MÜDAHALENİN GELİŞTİRİLMESİ VE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ

ELÇİN YORULMAZ

Danışman
Prof. Dr. Gülay DİRİK

İZMİR – 2021

DOKTORA
TEZ ONAY SAYFASI

Üniversite : Dokuz Eylül Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Adı ve Soyadı : Elçin YORULMAZ
Öğrenci No : 2014801932
Tez Başlığı : Demans Tanısı Olan Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerine Yönelik Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Bir Müdahalenin Geliştirilmesi ve Etkilerinin İncelenmesi
Savunma Tarihi : 21/05/2021
Danışmanı : Prof.Dr. Gülay DİRİK

JÜRİ

<u>Ünvanı, Adı, Soyadı</u>	<u>Üniversitesi</u>	<u>İmza</u>
Prof.Dr. Gülay DİRİK	- Dokuz Eylül Üniversitesi	
Prof.Dr. Orçun YORULMAZ	- Dokuz Eylül Üniversitesi	
Doç.Dr. Nuran AYDEMİR	- İstanbul Üniversitesi	
Prof.Dr. Özlem BOZO ÖZEN	- Orta Doğu Teknik Üniversitesi	
Doç.Dr. Hanife Özlem SERTEL BERK	- İstanbul Üniversitesi	

Elçin YORULMAZ tarafından hazırlanmış ve sunulmuş olan bu tez savunmada başarılı bulunarak oy birliği(X) / oy çokluğu() ile kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Asuman ALTAY
Müdür

YEMİN METNİ

Doktora Tezi olarak sunduğum “Demans Tanısı olan Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerine Yönelik Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Bir Müdahalenin Geliştirilmesi ve Etkilerinin İncelenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, akademik kurallara ve etik değere uygun olarak yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

21/05/2021

Elçin YORULMAZ

İmza

ÖZET

Doktora Tezi

Demans Tanısı olan Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerine Yönelik Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Bir Müdahalenin Geliştirilmesi ve Etkilerinin İncelenmesi

Elçin YORULMAZ

Dokuz Eylül Üniversitesi

Sosyal Bilimler Enstitüsü

Psikoloji Anabilim Dalı

Psikoloji Programı

Demans, bireyin günlük hayatını sürdürmesini etkileyen hafıza, dil, problem çözme ve diğer düşünme becerilerinde azalma ile karakterize sorunların ve durumların genel adıdır. Demans tanısı olan bireylerin büyük bir kısmına aile üyeleri tarafından bakım verilmektedir. Hem bir yakınlarının demans tanısı alması hem de bakım vermenin uzun saatler alması bakım verenler için pek çok problemi de beraberinde getirmektedir. Bakım verenler yüksek düzeyde bakım yükü, stres ve psikolojik semptom rapor etmektedirler. Ayrıca, bakım vermek bakım verenlerin sosyal desteklerini ve yaşam kalitelerini de olumsuz etkilemektedir. Bakım vermenin bu etkileri psikolojik müdahalelerin önemini arttırmaktadır. Bakım verenler de en çok psikolojik yardıma ihtiyaçları olduğunu ifade etmişlerdir. Psikolojik yardım kapsamında da Bilişsel Davranışçı Terapi'nin etkili olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmanın amacı Bilişsel Davranışçı Terapi'den ve Stres Süreci Modeli'nden yola çıkarak demans tanısı olan bireylere bakım veren aile üyelerine yönelik Bilişsel Davranışçı Terapi temelli bir psikolojik müdahalenin geliştirilmesidir. Çalışmaya 35 demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyesi katılmıştır. Katılımcılar seçkisiz olarak müdahale ve kontrol grubuna atanmışlardır. Müdahale grubundaki katılımcılar sekiz hafta boyunca haftada bir, bir saat, bireysel olarak, geliştirilen müdahaleyi almışlardır. Müdahale grubundaki katılımcılardan müdahale öncesinde ve sonrasında ölçümler alınmıştır. Kontrol

grubundaki katılımcılardan ise sekiz hafta ara ile iki kez ölçüm alınmıştır. İkinci ölçümden sonra kontrol grubundaki katılımcılara bakım verme ve davranış yönetimi ile ilgili bilgi verilmiştir. Ölçümlerde katılımcılar Kişisel Bilgi Formu, Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu, Algılanan Stres Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu ve Müdahale Sonrası Değerlendirme ve Geri Bildirim Formu ölçeklerini tamamlamışlardır. Ana çalışma kapsamında müdahale ve kontrol grubunu karşılaştırmak için 2 (grup: müdahale grubu ve kontrol grubu) X 2 (zaman: müdahale öncesi ve müdahale sonrası) son faktörde tekrar ölçümlü karma ANOVA analizleri yapılmıştır. Müdahalenin demans tanısı olan bireylere bakım veren kişilerin psikolojik semptomlarını, stres düzeylerini ve bakım yüklerini azalttığı ve algıladıkları sosyal desteklerini ve yaşam kalitelerini ise artırdığı tespit edilmiştir. Geliştirilen müdahale programının demans tanısı olan bireye bakım verenlerin bakım yükü, algılanan stres, psikolojik semptom, depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite, algılanan sosyal destek, aileden algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın bulguları, güçlü ve zayıf yönleri ilgili alanyazın ışığında tartışılmıştır. Ayrıca, gelecek çalışmalar için önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Demans Tanısı olan Bireylere Bakım Vermek, Bilişsel Davranışçı Terapi, Psikolojik Sağlık, Sosyal Destek, Yaşam Kalitesi

ABSTRACT

Doctoral Thesis

Doctor of Philosophy (PhD)

**Development of Cognitive Behavioral Therapy Based Intervention for Family
Caregivers of Individuals with Dementia Diagnosis and Investigation of Its
Effects**

Elçin YORULMAZ

Dokuz Eylul University

Graduate School of Social Sciences

Department of Psychology

Psychology Program

Dementia is the general name of a group of problems and conditions characterized by a decrease in memory, language, problem solving and other cognitive skills that affect the daily life of the individual. Most of the individuals diagnosed with dementia are cared for by their family members. Both the diagnosis of dementia of a relative and the long hours of caregiving brings many problems to the caregivers. Caregivers report high levels of caregiver burden, stress, and psychological symptoms. In addition, caregiving negatively affects the social support and quality of life of caregivers. These effects of caregiving increase the importance of psychological interventions. Caregivers also stated that they needed psychological help the most. It is stated that Cognitive Behavioral Therapy is effective within the scope of psychological assistance. The aim of this study is to develop a cognitive behavioral therapy-based intervention for the caregivers of a person with dementia, based on cognitive behavioral therapy and the stress process model. Thirty-five family members caregiving for individuals with dementia participated in the study. Participants were randomly assigned to an intervention and a control group. Participants in the intervention group received the intervention individually, eight consecutive weeks, once a week for a hour. Measurements were taken from the participants in the

intervention group before and after the intervention. Measurements were taken twice, with an interval of eight weeks, from the participants in the control group. After the second measurement, the participants in the control group were informed about caregiving and behavior management. In the measurements, participants completed Demographic Information Form, Shortened Version of Zarit Caregiver Burden Interview, Perceived Stress Scale, Brief Symptom Inventory, Revised Form of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, World Health Organization Quality of Life – Short Form, and Intervention Evaluation and Feedback Form. Within the scope of the main study, 2 (group: intervention group and control group) X 2 (time: before intervention and after intervention) mixed ANOVA was applied to compare the intervention and control groups. It has been found that the intervention reduced the psychological symptoms, stress levels and burden of care for caregivers of individuals with dementia and increases perceived social support and quality of life. It is concluded that the newly developed intervention program has positive effects on caregiver burden, perceived stress, psychological symptoms, depression, anxiety, negative self concept, somatization, hostility, perceived social support, perceived social support from family, perceived social support from a friend, perceived social from a special person, and quality of life of the caregivers of a person with dementia. The findings, strengths and weaknesses of the study were discussed in the light of the relevant literature. Also, suggestions were made for future studies.

Keywords: Caring for Individuals with Dementia Diagnosis, Cognitive Behavioral Therapy, Psychological Health, Social Support, Quality of Life

**DEMANS TANISI OLAN BİREYLERE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNE
YÖNELİK BİLİŞSEL DAVRANIŞCI TERAPİ TEMELLİ BİR
MÜDAHALENİN GELİŞTİRİLMESİ VE ETKİLERİNİN İNCELENMESİ**

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI	ii
YEMİN METNİ	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
KISALTMALAR	xiv
TABLOLAR LİSTESİ	xv
ŞEKİLLER LİSTESİ	xvii
EKLER LİSTESİ	xviii
GİRİŞ	1

**BİRİNCİ BÖLÜM
ALANYAZIN VE AMAÇ**

1.1. DEMANSIN TANIMI, YAYGINLIĞI VE ÖZELLİKLERİ	4
1.1.1. Demansın Tanımı ve Yaygınlığı	4
1.1.2. Demansın Özellikleri	5
1.2. DEMANS TANISI OLAN BİREYE BAKIM VERMEK VE BAKIM VERMENİN ETKİLERİ	7
1.2.1. Bakım Vermek	7
1.2.2. Bakım Vermenin Etkileri ve Bakım Vermeyi Etkileyen Faktörler	8
1.2.2.1. Bakım Yüğü	8
1.2.2.2. Stres	12
1.2.2.2.1. Stres Süreci Modeli	14

1.2.2.3. Psikolojik Etkiler	19
1.2.2.4. Bakım Vermeyi Etkilen Bir Faktör Olarak Sosyal Destek	23
1.2.2.5. Bakım Verme ve Yaşam Kalitesi	26
1.3. BAKIM VERENLERE YÖNELİK PSİKOLOJİK MÜDAHALELER	28
1.3.1. Bilişsel Davranışçı Terapi	29
1.3.1.1. Bakım Verenlere Yönelik Bilişsel Davranışçı Terapi	30
1.3.1.2. Bakım Verenlere Yönelik Uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapi Öğeleri	46
1.3.1.2.1. Psikoeğitim	46
1.3.1.2.2. Davranış Yönetimi	46
1.3.1.2.3. Aktivite Planlaması	48
1.3.1.2.4. Sosyal Destek	52
1.3.1.2.5. Problem Çözme	53
1.3.1.2.6. İletişim	55
1.3.1.2.7. Bilişsel Yeniden Yapılandırma	55
1.3.1.2.8. Aşamalı Kas Gevşetme	58
1.4. DEMANS TANISI OLAN BİREYE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNE YÖNELİK BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ TEMELLİ BİR MÜDAHALENİN GELİŞTİRİLMESİ	59
1.5. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ	60

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. PİLOT ÇALIŞMA	63
2.1.1 Katılımcılar	63
2.1.2. Veri Toplama Araçları	65
2.1.2.1. Kişisel Bilgi Formu	66
2.1.2.2. Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu	66

2.1.2.3. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)	67
2.1.2.4. Kısa Semptom Envanteri (KSE)	69
2.1.2.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)	71
2.1.2.6. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)	72
2.1.2.7. Müdahale Sonrası Değerlendirme ve Geri Bildirim Formu	74
2.1.3. Müdahale	74
2.1.4. İşlem	77
2.1.5. İstatistiksel Analizler	78
2.1.6. Bulgular	79
2.1.6.1. Çalışmanın Değişkenlerinin Tanımlayıcı Özellikleri	79
2.1.6.2. Pilot Çalışma Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar	80
2.1.6.3. Pilot Çalışmanın Bulguları	85
2.1.6.4. Katılımcıların Geri Bildirimleri	86
2.2. ANA ÇALIŞMA	87
2.2.1. Katılımcılar	87
2.2.1.1. Tüm Katılımcılar	87
2.2.1.2. Müdahale Grubu	88
2.2.1.3. Kontrol Grubu	89
2.2.2. Veri Toplama Araçları	96
2.2.3. Müdahale	96
2.2.4. İşlem	96
2.2.5. İstatistiksel Analizler	98

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. ANA ÇALIŞMA	100
------------------	-----

3.1.1. Müdahale Grubuna Dair Analizler	100
3.1.1.1. Çalışmanın Değişkenlerinin Tanımlayıcı Özellikleri	100
3.1.1.2. Çalışmanın Değişkenlerinin Korelasyonları	102
3.1.2. Kontrol Grubuna Dair Analizler	111
3.1.2.1. Çalışmanın Değişkenlerinin Tanımlayıcı Özellikleri	111
3.1.2.2. Çalışmanın Değişkenlerinin Korelasyonları	112
3.1.3. Müdahale ve Kontrol Gruplarına Dair Karşılaştırma Hipotezleri	125
3.1.3.1. Bakım Yükü Açısından Grupların Karşılaştırılması	125
3.1.3.2. Algılanan Stres Açısından Grupların Karşılaştırılması	126
3.1.3.3. Psikolojik Semptom Açısından Grupların Karşılaştırılması	128
3.1.3.4. Depresyon Açısından Grupların Karşılaştırılması	129
3.1.3.5. Anksiyete Açısından Grupların Karşılaştırılması	131
3.1.3.6. Olumsuz Benlik Açısından Grupların Karşılaştırılması	132
3.1.3.7. Somatizasyon Açısından Grupların Karşılaştırılması	134
3.1.3.8. Hostilite Açısından Grupların Karşılaştırılması	135
3.1.3.9. Algılanan Sosyal Destek Açısından Grupların Karşılaştırılması	136
3.1.3.10. Aileden Algılanan Sosyal Destek Açısından Grupların Karşılaştırılması	138
3.1.3.11. Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Açısından Grupların Karşılaştırılması	140
3.1.3.12. Özel Bir İnsandan Algılanan Sosyal Destek Açısından Grupların Karşılaştırılması	141

3.1.3.13. Yaşam Kalitesi Açısından Grupların Karşılaştırılması	143
3.1.3.13.1. Bedensel Alan	143
3.1.3.13.2. Ruhsal Alan	145
3.1.3.13.3. Sosyal Alan	146
3.1.3.13.4. Çevresel Alan	148
3.1.4. Müdahale Grubundaki Katılımcıların Geri Bildirimleri	149

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

4.1. KATILIMCILARIN ÖZELLİKLERİ	151
4.2. ANA ÇALIŞMA	154
4.2.1. Müdahaleden Sonra Bakım Yükündeki Değişimler	154
4.2.2. Müdahaleden Sonra Algılanan Stresteki Değişimler	155
4.2.3. Müdahaleden Sonra Psikolojik Semptomdaki Değişimler	157
4.2.4. Müdahaleden Sonra Depresyondaki Değişimler	158
4.2.5. Müdahaleden Sonra Anksiyetede Değişimler	160
4.2.6. Müdahaleden Sonra Olumsuz Benlikteki Değişimler	161
4.2.7. Müdahaleden Sonra Somatizasyondaki Değişimler	163
4.2.8. Müdahaleden Sonra Hostilitedeki Değişimler	164
4.2.9. Müdahaleden Sonra Algılanan Sosyal Destekteki Değişimler	165
4.2.10. Müdahaleden Sonra Aileden Algılanan Sosyal Destekteki Değişimler	167
4.2.11. Müdahaleden Sonra Arkadaştan Algılanan Sosyal Destekteki Değişimler	168
4.2.12. Müdahaleden Sonra Özel Bir İnsandan Algılanan Sosyal Destekteki Değişimler	170
4.2.13. Müdahaleden Sonra Yaşam Kalitesi-Bedensel Alandaki Değişimler	171

4.2.14. Müdahaleden Sonra Yaşam Kalitesi-Ruhsal Alandaki Değişimler	172
4.2.15. Müdahaleden Sonra Yaşam Kalitesi-Sosyal Alandaki Değişimler	173
4.2.16. Müdahaleden Sonra Yaşam Kalitesi-Çevresel Alandaki Değişimler	174
4.3. KATILIMCI GERİ BİLDİRİMLERİ	175
4.4. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ	176
4.5. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI	182
4.6. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ	185
SONUÇ VE ÖNERİLER	186
KAYNAKÇA	190
EKLER	

KISALTMALAR

BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
ANOVA	Analysis of Variance/Tek Yönlü Tek Değişkenli Varyans Analizi
ASÖ	Algılanan Stres Ölçeği
KSE	Kısa Semptom Envanteri
MSPSS	Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu
WHOQOL-BREF-TR	Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu
S	Sayı
SS	Standart Sapma
Min-Mak	Minimum-Maksimum
Ort	Ortalama
Df	Degrees of freedom/Serbestlik derecesi
Mdn	Medyan

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1: Çalışmaların Genel Özellikleri	s. 37
Tablo 2: Çalışmalarda Kullanılan BDT Temelli Müdahalelerin Özellikleri	s. 40
Tablo 3: Çalışmalarda Kullanılan BDT Temelli Müdahalelerin Sonuçları	s. 43
Tablo 4: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri	s. 64
Tablo 5: Bakım Alan Demans Tanısı olan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri	s. 65
Tablo 6: Pilot Çalışmanın Değişkenlerinin Tanımlayıcı Özellikleri	s. 79
Tablo 7: Pilot Çalışmanın Değişkenlerinin Korelasyon Analizleri	s. 81
Tablo 8: Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Çalışmanın Değişkenlerinin Farklılığı	s. 85
Tablo 9: Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Hostilite ve Aileden Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılığına İlişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları	s. 86
Tablo 10: Katılımcıların Demografik Özellikleri	s. 91
Tablo 11: Bakım Alan Demans Tanısı olan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri	s. 95
Tablo 12: Çalışmanın Değişkenlerinin Müdahale Grubu için Tanımlayıcı Özellikleri	s. 101
Tablo 13: Çalışmanın Değişkenlerinin Korelasyon Analizleri	s. 106
Tablo 14: Çalışmanın Değişkenlerinin Kontrol Grubu için Tanımlayıcı Özellikleri	s. 111
Tablo 15: Çalışmanın Değişkenlerinin Korelasyon Analizleri	s. 120
Tablo 16: Müdahalenin Bakım Yüğü Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları	s. 125
Tablo 17: Müdahalenin Algılanan Stres Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları	s. 127
Tablo 18: Müdahalenin Psikolojik Semptom Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları	s. 128

Tablo 19: Müdahalenin Depresyon Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları	s. 130
Tablo 20: Müdahalenin Anksiyete Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları	s. 131
Tablo 21: Müdahalenin Olumsuz Benlik Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları	s. 133
Tablo 22: Müdahalenin Somatizasyon Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları	s. 134
Tablo 23: Müdahalenin Hostilite Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları	s.136
Tablo 24: Müdahalenin Algılanan Sosyal Destek Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları	s. 137
Tablo 25: Müdahalenin Aileden Algılanan Sosyal Destek Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları	s. 139
Tablo 26: Müdahalenin Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları	s. 141
Tablo 27: Müdahalenin Özel Bir İnsandan Algılanan Sosyal Destek Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları	s. 142
Tablo 28: Müdahalenin Bedensel Alan Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları	s. 144
Tablo 29: Müdahalenin Ruhsal Alan Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları	s. 145
Tablo 30: Müdahalenin Sosyal Alan Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları	s. 147
Tablo 31: Müdahalenin Çevresel Alan Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları	s. 148
Tablo 32: Hipotez Sonuçlarına Dair Özet	s. 182

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Stres Süreci Modeli	s. 15
Şekil 2: Çalışmanın Akış Şeması	s. 97
Şekil 3: Bakım Yüğü Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği	s. 126
Şekil 4: Algılanan Stres Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği	s. 127
Şekil 5: Psikolojik Semptom Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği	s. 129
Şekil 6: Depresyon Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği	s. 130
Şekil 7: Anksiyete Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği	s. 132
Şekil 8: Olumsuz Benlik Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği	s. 133
Şekil 9: Somatizasyon Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği	s. 135
Şekil 10: Hostilite Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği	s. 136
Şekil 11: Algılanan Sosyal Destek Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği	s. 138
Şekil 12: Aileden Algılanan Sosyal Destek Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği	s. 139
Şekil 13: Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği	s. 141
Şekil 14: Özel Bir İnsandan Algılanan Sosyal Destek Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği	s. 143
Şekil 15: Bedensel Alan Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği	s. 144
Şekil 16: Ruhsal Alan Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği	s. 146
Şekil 17: Sosyal Alan Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği	s. 147
Şekil 18: Çevresel Alan Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği	s. 149

EKLER LİSTESİ

EK 1: Kişisel Bilgi Formu	ek s. 1
EK 2: Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu (Örnek Maddeler)	ek s. 2
EK 3: Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) (Örnek Maddeler)	ek s. 4
EK 4: Kısa Semptom Envanteri (KSE) (Örnek Maddeler)	ek s. 5
EK 5: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) (Örnek Maddeler)	ek s. 6
EK 6: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu (WHOQOL-BREF(TR)) (Örnek Maddeler)	ek s. 7
EK 7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	ek s. 11
EK 8: Seanslarda Ele Alınması Gereken Temel Noktalar	ek s. 15

GİRİŞ

Demans günümüzde de yaygındır ve yaygınlığının zamanla daha da artması beklenmektedir (Alzheimer's Disease International, 2013: 2). Demans ilerleyen hafıza kaybı, zaman, yer ve bireylerle ilişkili oryantasyon bozukluğu (Plassman ve diğerleri, 2007: 125), ajitasyon, atipik hareketler, kaygı, depresyon, ilgisizlik, halüsinasyon, coşku, uyku ve iştahta değişimler (Cerejeira ve diğerleri, 2012: 73), perseküsyon (başkalarının onu üzeceği ya da ona zarar vereceği ya da ona güldükleri inancı), bireylerin ya da eşyaların yanlış tanımlanması (televizyondan kendisine mesaj gönderildiğini düşünmek), kaybolma (Savva ve diğerleri, 2009: 212) ve günlük aktiviteleri gerçekleştirme becerilerinde azalma ile karakterizedir (Plassman ve diğerleri, 2007: 125). Günlük yaşamlarının pek çok alanının etkilenmesi nedeniyle, demans tanısı olan bireylerin büyük bir kısmına aile üyeleri tarafından evde bakım verilmektedir (Alzheimer 's Association, 2007: 17). Bakım vermek, kendisinin sağlayamadığı hizmetlerde akrabalara yardım etmeyi ve destek olmayı içeren aktivite ve deneyim olarak tanımlanmaktadır (Pearlin ve diğerleri, 1990: 583). Bakım vermek bakım verenlerin çok fazla vaktini almakta ve bakım vermeye ayrılan vakit demans ilerledikçe artmaktadır (Langa ve diğerleri, 2001: 770). Hem bir yakınlarının demans tanısı alması hem de bakım vermenin uzun saatler alması bakım verenler için pek çok problemi de beraberinde getirmektedir. Bakım verenler yüksek düzeyde bakım yükü (Papastavrou ve diğerleri, 2007: 446), stres (Oyebode, 2003:45) ve psikolojik semptom (Pinquart ve Sorensen, 2003: 250) rapor etmektedirler. Ayrıca, bakım vermek sosyal desteği de (Bergman-Evans, 1994: 6) sosyal desteğe dair algıyı da kötüleştirir (Brummet ve diğerleri, 2006: 220). Demans tanısı olan bireye bakım verenlerin yaşam kalitelerinin de bakım verme sürecinden olumsuz etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır (Abdollahpour ve diğerleri, 2015: 51). Özetle, bakım verme ihtiyacını doğuran demansın yaygınlığının giderek arttığı ve bakım verenlere yönelik olumsuz etkilerinin olduğu görülmektedir.

Bakım verme sürecinin stresli olması ve bakım verenin psikolojik sağlığını etkilemesi bakım verenlere yönelik psikolojik müdahalelerin önemini arttırmaktadır. Ayrıca, bakım verenler de en çok psikolojik yardıma ihtiyaçları olduğunu ifade etmişlerdir (Soner ve Aykut, 2017: 375). Yapılan çalışmalarda da demans tanısı olan

bireylere bakım veren aile üyeleri için en çok Bilişsel Davranışçı Terapi'nin etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Gallagher-Thompson ve Coon, 2007: 37).

Bu çalışma kapsamında Bilişsel Davranışçı Terapi ve Stres Süreci Modeli'nden yola çıkarak sekiz seanslık bilişsel davranışçı terapi temelli bir müdahalenin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bilişsel Davranışçı Terapi'ye ek olarak, stres süreci modelinden de yararlanılmasının sebebi demans tanısı olan bireye bakım verenlere dair kuramsal bir çerçeve ile temel oluşturulmak istenmesidir. Bu çalışma üç evreden oluşmaktadır. Birinci evrede, ilgili alanyazın incelenmiş ve demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyeleri için BDT müdahalesi hazırlanmıştır. Araştırmanın ikinci evresinde ise geliştirilen bu BDT müdahalesinin pilot uygulaması yapılmıştır. Pilot uygulamanın ardından sonuçlar analiz edilmiştir. Bu bulgulara dayanarak çalışmanın üçüncü evresinde, ana çalışma gerçekleştirilmiştir. İkinci evredeki pilot çalışmada sadece müdahale grubu bulunurken, üçüncü evredeki ana çalışmada hem müdahale hem de kontrol grubu bulunmaktadır. Demans tanısı olan bireylere bakım verenler için terapilere katılım bir problem oluşturduğundan (Czaja ve Rubert, 2002: 469; Mavandadi ve diğerleri, 2017: 1103), müdahale katılımcıların evlerinde haftada bir, bir saat sürecek şekilde sekiz hafta olarak planlanmıştır. Müdahale grubundaki katılımcılardan müdahale öncesinde ve müdahale sonrasında ölçüm alınırken, kontrol grubundaki katılımcılardan ise sekiz hafta ara ile iki kez ölçüm alınmıştır. Müdahalenin bakım yükü, algılanan stres, psikolojik semptom, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi üzerinde olumlu etkilerinin olması, katılımcıların da bu müdahaleden fayda sağladıklarını belirtmeleri beklenmektedir.

Demans tanısı olan bireye bakım verenlere yönelik alanyazında pek çok çalışma olduğu görülse de (örn. Aboulafia-Brakha ve diğerleri, 2014: 801; Akkerman ve Ostwald, 2004: 117; Ali ve Bokharey, 2015: 249) ulusal alanyazında böyle bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ulusal alanyazında böylesine ihtiyaç olan bir örnekleme yönelik herhangi bir müdahalenin var olmaması çok büyük bir eksikliği oluşturmaktadır. Bakım verenlerin yaşadıkları kronik stresin optimal bakım sağlamaya yönelik becerilerini de azalttığı bulgusuna dayanarak (Chamine ve diğerleri, 2014: 725), müdahale geliştirilmesinin hem bakım verenler için hem de bakım alan demans tanısı olan bireyler için avantajlarının olacağı düşünülmektedir.

Bu faydaya ek olarak, bu çalışmanın gelecek çalışmalar için de temel bir çalışma olabileceği düşünülmektedir.



BİRİNCİ BÖLÜM

ALANYAZIN VE AMAÇ

1.1. DEMANSIN TANIMI, YAYGINLIĞI VE ÖZELLİKLERİ

1.1.1. Demansın Tanımı ve Yaygınlığı

Demans, bireyin günlük hayatını sürdürmesini etkileyen hafıza, dil, problem çözme ve diğer düşünme becerilerinde azalma ile karakterize sorunların ve durumların genel adıdır (Alzheimer Association, 2020) ve günümüzde oldukça sık görülmektedir. 2015 yılında Dünya üzerinde 47.47 milyon demans tanısı olan bireyin olduğu belirtilmektedir. Demans tanısı alan kişi sayısının her geçen gün artacağı öngörülmekte, 2030 yılında 75.63 milyon, 2050 yılında ise 135.46 milyon demans tanısı almış kişinin olması beklenmektedir (Alzheimer's Disease International, 2013: 2). Daha da çarpıcı olanı her 4.1 dakikada, yeni bir vaka ortaya çıkmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 2015: 2). Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise demans yaygınlığının %8.4 ile %20 arasında değiştiği tespit edilmiştir (Arslantaş ve diğerleri, 2009: 1455; Gurvit ve diğerleri, 2008: 67; Keskinoglu ve diğerleri, 2013: 135). Bir başka deyişle, demans günümüzde de yaygındır ve yaygınlığının gelecekte artması beklenmektedir.

Demansın yaygınlığına ek olarak, yaşa bağlı yaygınlığı da farklılık gösterebilmektedir. Örneğin, 65 yaş üzeri bireyler için demans geliştirme riski 14’te bir iken, bu riskin 80 yaş üzerinde altıda bire çıktığı ifade edilmektedir (Prince ve diğerleri, 2014: 8). Bu bulguyu destekleyen bir başka çalışmada da demans yaygınlığının 35 yaşından sonra, her beş yaş artışında iki katına çıktığı sonucuna ulaşılmıştır (Harvey ve diğerleri, 2003: 1206). Bir başka deyişle, yaşın artması ile demans geliştirme riski de artmaktadır. Ancak, 65 yaşından önce başlayan demans yani erken başlangıçlı demans da azımsanmayacak düzeydedir. Birleşik Krallık’ta yapılan bir çalışmada 65 yaşın altında 18.319 demans tanısı olan bireyin olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada yaşlara göre demans yaygınlığı da incelenmiştir. Demans yaygınlığının, 30-64 yaş aralığında her 100.000 kişide 54 kişi, 45-64 yaş aralığında her 100.000 kişide 98.1 kişi olduğu belirlenmiştir (Harvey ve

diğerleri, 2003: 1206). Sonuç olarak, demans görülme ihtimali yaşa bağlı olarak artsa da erken başlangıçlı demans vakaları da mevcuttur.

Demans yaş arttıkça görülme riski artan bir rahatsızlıktır (Prince ve diğerleri, 2014: 8). Türkiye de 65 yaşın üzerindeki nüfusun hızlı bir şekilde arttığı bir ülkedir. 2014 yılında nüfusun %8'ini, 2019 yılında ise %9.1'ini 65 yaş üzerindeki bireyler oluşturmaktadır, bu oranın giderek yükseleceği 2023 yılında %10.2, 2030 yılında %12.9 ve 2060 yılında ise %22.6 olacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2020). Yaşlı nüfusun artması ile demans yaygınlığının da artması öngörülmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2011: 16). Özet olarak, yaşlı nüfusun artması ile ilerleyen günlerde ülkemizde demans tanısı alan kişi sayısının da artacağı tahmin edilmektedir.

1.1.2. Demansın Özellikleri

Demansta ilerleyen hafıza kaybı, zaman, yer ve bireylerle ilişkili oryantasyon bozukluğu (Plassman ve diğerleri, 2007: 125), ajitasyon, atipik hareketler, kaygı, depresyon, ilgisizlik, halüsinasyon, coşku, uyku ve iştahta değişimler (Cerejeira ve diğerleri, 2012: 73), perseküsyon (başkalarının onu üzeceği ya da ona zarar vereceği ya da ona güldükleri inancı), bireylerin ya da eşyaların yanlış tanımlanması (televizyondan kendisine mesaj gönderildiğini düşünmek), kaybolma (Savva ve diğerleri, 2009: 212) ve günlük aktiviteleri gerçekleştirme becerilerinde azalma görülmektedir (Plassman ve diğerleri, 2007: 125). Hatta, apatinin, depresyonun, anksiyetenin ve ajitasyonun demans tanısı olan bireylerde en yaygın görülen belirtiler olduğu ve demans tanısı olan bireylerin %90'ında görüldüğü ifade edilmektedir (Torrise ve diğerleri, 2017: 103). Demans tanısı olan bireylerin büyük bir çoğunluğunu Alzheimer tanısı olan kişiler oluştururken (%70), Alzheimer tipi demansı vasküler demans (%17) ve diğer ilişkili durumlar (%13) (örneğin, Parkinson hastalığı, Lewy cisimcikli demans) takip etmektedir (Plassman ve diğerleri, 2007: 125). Bir başka deyişle, demans bireylerin günlük yaşamlarını etkileyen beceri kaybı görülen rahatsızlıkların genel adıdır ve pek çok belirtisi bulunmaktadır.

Demansta görülen belirtilerden yola çıkarak tanı koyabilmek için kriterler oluşturulmuştur. ICD-10'a (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-UHS) göre demans (bunama) şu şekilde tanımlanmıştır: “genellikle kronik ya da ilerleyici beyin

hastalığına bağlı bellek, düşünme, yönelim, anlama, hesaplama, öğrenme yetisi, yargılama ve dil gibi birden fazla yüksek beyin işlevinde bozulma ile giden bir sendromdur. Bilinç bozukluğu yoktur. Duygusal kontrol, sosyal davranış veya motivasyonda zayıflama sıklıkla bilişsel bozukluğa eşlik eder; bazen ondan önce görülebilir.” (Dünya Sağlık Örgütü, 1992: 187). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı’nın 4. Basımına (DSM – IV) göre, bir bireyin demans tanısı alabilmesi için belleğinde bir bozulma olması ve belirtilen bilişsel (kognitif) bozukluklardan en az birinin bulunması “ afazi (dil bozukluğu)”, “apraksi (devinsel işlevlerde bozukluk olmamasına karşın devinsel etkinlikleri yerine getirme yetisinde bozulma)”, “agnozi (duyu işlevlerinde bozukluk olmamasına karşın nesneleri tanıyamama ya da tanımlayamama)” ve “yönetsel işlevlerde bozukluk (yani, tasarlama, organize etme, sıraya koyma, soyutlama)” gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000). DSM – IV’teki yukarıda bahsedilen kriterlere ek olarak, bir kişinin demans tanısı alabilmesi için bilişsel becerilerdeki düşüşün bireyin günlük yaşamını etkilemesi gerekmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2000). DSM-5’te demansa dair kriterler yerine demansın tipleri hafif nörobilişsel bozukluk ve majör nörobilişsel bozukluk başlıkları altında sınıflandırılmıştır. Ancak, klinik uygulamalarda DSM-IV daha fazla kullanılmakta olup, nöropsikolojik değerlendirmeler ve tanı DSM-IV’e göre yapılmaktadır (Abreu ve diğerleri, 2018: 318). Bu sebeple, bu bölümde DSM-IV’ün kriterlerine yer verilmiştir. Sonuç olarak, demans tanısı için çeşitli kriterleri içeren farklı sınıflandırma sistemleri geliştirilmiştir.

Özetle, demans dünyadaki pek çok insanı etkileyen, yaşlı nüfusun artması ile yaygınlığı giderek artan ve artması beklenen bir sendromdur. Demansın tanımlanmasına ve tanınmasına yönelik kriterler geliştirilmiştir. Demans tanısı olan bireylerin becerilerindeki düşüş hayatlarına yalnız devam etmelerini zorlaştırmaktadır. Bu sebeple de demans tanısı olan kişilere bakım vermek gerekmektedir. Demans tanısı alan kişi sayısı her geçen gün arttığı için demans tanısı olan kişilere bakım veren kişi sayısı da artmaktadır.

1.2. DEMANS TANISI OLAN BİREYE BAKIM VERMEK VE BAKIM VERMENİN ETKİLERİ

1.2.1. Bakım Vermek

Günlük yaşamlarının pek çok alanının etkilenmesi nedeniyle, demans tanısı olan bireylerin büyük bir kısmına aile üyeleri tarafından evde bakım verilmekte (Alzheimer 's Association, 2007: 17) ve demans tanısı olan bireylerin % 69'u bakım verenle birlikte yaşamaktadırlar (Rosa ve diğerleri, 2010: 54). Bakım verenlerin, demans tanısı olan birey ile yakınlıkları incelendiğinde; bakım verenlerin eşler (%49 - %73) (örn. Fauth ve diğerleri, 2012: 699; Fauth ve Gibbons, 2014: 263), çocuklar (%29 - %51) (örn. Fauth ve diğerleri, 2012: 699; Heru ve diğerleri, 2004: 533), ya da diğer aile üyeleri ve arkadaşlar olduğu belirtilmektedir (Heru ve diğerleri, 2004: 533). Yapılan bir sistematik gözden geçirme çalışmasına göre de bakım verenin sıklıkla kadın eş ve kız çocuğu olduğu ifade edilmiştir (Kwon ve diğerleri, 2017: 394). Kısaca, demans tanısı olan bireye bakım sıklıkla aile üyeleri tarafından ve ailenin kadın bireyleri tarafından verilmektedir.

Bakım vermek, kendisinin sağlayamadığı hizmetlerde akrabalara yardım etmeyi ve destek olmayı içeren aktivite ve deneyim olarak tanımlanmaktadır (Pearlin ve diğerleri, 1990: 583). Demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyeleri, bakım verdikleri bireye yemek yedirmek, giydirmek, banyo yaptırmak ve tuvalete götürmek gibi çok çeşitli hizmetlerde bulunmaktadır (Alzheimer's Association, 2004: 3). Demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyelerinin yarısının, haftada en az 46 saatlerini bakım verme ile geçirdikleri belirtilmektedir (Schulz ve diğerleri, 2003: 1936). Bir başka çalışmada ise yaşlı olan ancak normal bilişlere sahip bir bireye haftada ortalama 4.6 saat bakım verildiği, demans tanısı olanlarda bu ortalama bakım saatine ek olarak, hafif düzey demansı olan bireye 8.5 saat, orta düzey demansa 17.4 saat ve ileri düzey demansta ise 41.5 saat bakım verildiği tespit edilmiştir (Langa ve diğerleri, 2001: 770). Bir başka deyişle, bakım verme eylemi bakım verenlerin çok fazla vaktini almakta ve bakım vermeye ayrılan vakit demans ilerledikçe artmaktadır. Bu da pek çok problemi beraberinde getirmektedir. Örneğin; demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyeleri kendilerine zaman ayırmak, doktora gitmek,

alışverişe gitmek, yürüyüş yapmak ve yemek yapmak açısından sıkıntı yaşadıklarını belirtmektedirler (Altuntaş ve Koç, 2015: 35). Yine benzer şekilde, demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyelerinin büyük bir kısmı tam zamanlı bakım veren olduklarını ve kendilerine çok az zaman kaldığını belirtmişlerdir (Liu ve diğerleri, 2017:1291) ve yapılan çalışmalarda da ihtiyaçlarının karşılanmadığına dair bulgular mevcuttur (örn. Zwingmann ve diğerleri, 2019: 527). Bir başka deyişle, demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyeleri, bakım verdikleri bireye pek çok hizmette bulunmakta, bakım için zaman ayırmakta; buna karşın kendilerine vakit ayırmakta ve günlük işlerini devam ettirmekte sıkıntı yaşamaktadırlar. Özetle, demans bakım gerektirmekte ve demans tanısı olan bireylere sıklıkla aile üyeleri tarafından evde bakım verilmektedir. Bakım vermenin, bakım verenlerin hayatlarına da pek çok etkileri olmaktadır.

1.2.2. Bakım Vermenin Etkileri ve Bakım Vermeyi Etkilen Faktörler

1.2.2.1. Bakım Yüğü

Bakım vermenin uzun saatler alması ve bakım verenlerin hayatlarını etkilemesi göz önüne alındığında bakım verenlerin bakım verme yükü deneyimlemeleri kaçınılmaz görünmektedir (Etters ve diğerleri, 2008: 423; Srivastava ve diğerleri, 2016: 133; Wang ve diğerleri, 2014: 1369). Yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin % 68'i yüksek düzeyde bakım yükü rapor etmişlerdir (Papastavrou ve diğerleri, 2007: 446). Bakım yükü, bakım verme deneyimi ile ilişkili fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve maddi sıkıntılara yönelik çok yönlü tepkidir (Kasuya ve diğerleri, 2000: 119). Bakım yükü kavramının teorik temelleri de bu tanımlama ile paraleldir. Şöyle ki, bakım verenler için bakım yükü kavramının teorik temeli Lazarus ve Folkman (1984) tarafından geliştirilen stres ve baş etmenin bilişsel modeline dayanmaktadır. Bu modele göre; bakım yükü fiziksel ve zihinsel sağlık problemlerinin öncülü olarak görülen negatif bilişsel değerlendirme olarak tanımlanmaktadır (O'Rourke ve Tuokko, 2003: 121). Özetle, bakım verenler bakım yükü yaşamakta ve tanımlamalar değerlendirildiğinde bakım yükünün stresli durumlara yönelik bir tepki, bir değerlendirme olduğu görülmektedir.

Bakım yükü çok boyutlu bir kavram olarak kabul edilirken, boyutlar farklı çalışmalarda farklı şekillerde değerlendirilmiştir (örn. Savundranayagam ve diğerleri, 2011: 321; Zarit ve diğerleri, 1986: 260). Bakım yükü daha önceki çalışmalarda objektif ve sübjektif olarak incelenmekteydi. Objektif bakım yükü bakıma ayrılan zaman olarak tanımlanırken, sübjektif bakım yükü ise daha karmaşık ve çok boyutlu olarak incelenmektedir. Sübjektif bakım yükünün bakım verenin psikolojik ve fiziksel iyi oluşu ile ilgili olduğu ifade edilmektedir (Zarit ve diğerleri, 1986: 260). Daha güncel çalışmalarda da bakım yükü çok boyutlu olarak ele alınmakla beraber, bakım yükünün, stres (anksiyete), ilişki (bakım alan-bakım veren ikilisindeki) ve objektif bakım yükü (bakım vermeye ayrılan saat) olmak üzere üç boyutunun olduğu ifade edilmektedir (Savundranayagam ve diğerleri, 2011: 321). Kısaca, bakım yükü farklı boyutlarda ele alınan bir kavramdır.

Bakım yükünü etkileyen faktörler de yapılan çalışmalarla incelenmiştir. Bakım veren anlamında günlük aktivitelerin bozulması, bakım vermeye ayrılan saat (Kim ve diğerleri, 2012: 846), kadın olmak (Papastavrou ve diğerleri, 2007: 446; Stewart ve diğerleri, 2016: 150), bakım verenin baş etme tarzı, kişilik özellikleri özellikle nörotisizm, bakım verme anlamında kendisini ne kadar yeterli hissettiği (van der Lee ve diğerleri, 2014: 76), bakım verenin fiziksel işlevselliği (Lee ve diğerleri, 2019; Liu ve diğerleri, 2017: 1291), karşılanmayan duygusal ve tıbbi ihtiyaçları ve dinlenme ihtiyacı (Hughes ve diğerleri, 2014: 1876) bakım yükü ile ilişkilidir. Bakım verenlerin psikolojik semptomları da bakım yükü ile ilişkili bulunmuştur. Örneğin; yapılan bir çalışmada yüksek düzey depresyon ve anksiyete ile yüksek düzey bakım yükü arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Liu ve diğerleri, 2017: 1291). Bir başka çalışmada da psikolojik semptomlar bakım yükü açısından karşılaştırılmışlardır. Kısa semptom envanterinin anksiyete ve hostilete alt boyutları diğer alt boyutlara göre bakım yükü ile daha ilişkili bulunmuştur (Anthony-Bergstone ve diğerleri, 1988: 245). Bakım alan demans tanısı olan birey açısından bakım verenin bakım yükünü belirleyen faktörler ise demans tanısı olan bireyin davranış problemleri (Brodaty ve diğerleri, 2014: 756; Lee ve diğerleri, 2019; van der Lee ve diğerleri, 2014: 76), nöropsikiyatrik belirtileri (Hughes ve diğerleri, 2014: 1876; Lim ve diğerleri, 2018: 537; Torrisi ve diğerleri, 2017: 103), bağımlılık düzeyi (Hughes ve diğerleri, 2014: 1876), ruh halindeki değişiklikler, tekrarlar ve

unutkanlıklar (Soner ve Aykut, 2017: 375) olarak belirlenmiştir. Nöropsikiyatrik semptomların bakım yükünün en güçlü yordayıcısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Nöropsikiyatrik semptomlardan da davranış bozukluklarının, delüzyonun ve duygudurum bozukluklarının sırasıyla bakım yükünü yordadığı ifade edilmektedir. Davranış bozukluklarının daha fazla rahatsız etmesinin nedeninin bakım veren ve bakım alan bireyler arasındaki duygusal bağa en olumsuz etkiyi davranış bozukluklarının yapıyor olmasının olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca, davranış bozukluklarının diğer alanlarda yaşanan zorlukları da arttırdığı belirtilmektedir (Cheng, 2017: 64). Demans tanısı olan birey ile bakım verenin ilişkileri açısından değerlendirildiğinde, demans öncesindeki ilişkilerinden daha memnun olan bakım verenler daha az bakım yükü rapor etmektedirler (Lea Steadmen ve diğerleri, 2007: 115). Özetle, bakım yükünü etkileyen pek çok faktör mevcuttur.

Bakım yükü, bakım verenlerin demans tanısı olan bireye yakınlıkları bağlamında da incelenmiştir. Yapılan bazı çalışmalarda demans tanısı olan bireyin eşi olmak (Örn. Kim ve diğerleri, 2012: 846), bazı çalışmalarda da kız evladı olmak (Coen ve diğerleri, 2002: 164) yüksek bakım yükü ile ilişkili bulunmuştur. Yapılan bir başka çalışmada ise bakım veren çocuklar ve eşler bakım yükü açısından karşılaştırılmışlardır. Bakım veren eşler ve çocukların benzer düzeyde bakım yükü rapor ettikleri ifade edilmektedir. Bakım veren eşler için demans düzeyi bakım yükü için belirleyici iken, bakım veren çocuklar için kendilerinin depresyonları bakım yükünde belirleyicidir (Kaizik ve diğerleri, 2017: 1109). Yakınlığa paralel olarak, demans tanısı olan bireyle beraber yaşamak da bakım yükü ile ilişkili bulunmuştur (Kim ve diğerleri, 2012: 846). Benzer şekilde, demans tanısı olan birey ile yaşayan bakım veren çocukların daha az sosyal çevrelerinin olduğu ve beraber yaşamayan çocuklara göre daha fazla bakım yükü yaşadıkları ifade edilmektedir (Kaizik ve diğerleri, 2017: 1109). Sonuç olarak, demans tanısı olan birey ile bakım veren bireyin yakınlığı da bakım yükü kapsamında incelenmiştir ve farklı bulgulara ulaşılmıştır.

Bakım yükünün bakım verme sürecindeki değişimi de yapılan çalışmalarda ele alınmıştır. Bakım alan demans tanısı olan bireyin en başta fiziksel anlamda daha kötü durumda olması bakım yükünün daha az kötüleşmesi ile ilişkili bulunmuştur. Bunun da bakım alan bireyin fiziksel durumuna alışma sebebiyle olabileceği

belirlenmektedir (Armstrong ve diğ erleri, 2019: 587). Benzer şekilde, demans tanısı olan bireylerin davranışsal problemlerindeki değışimin de bakım yükü ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Allen ve diğ erleri, 2020: 52). Bakım yükünün zaman içerisinde değışebileceği sonucuna ulaşan bu çalışmaların aksine, yapılan bir başka çalışmada bakım yükünün sabit olduğu ifade edilmektedir (Heru ve Ryan, 2006: 222). Özetle, bazı çalışmalar bakım yükünün zaman içerisinde değıştiğini vurgularken, bazı çalışmalarda bakım yükünün sabitliği üzerinde durulmuştur.

Bakım yükü, bakım veren bireylerin yaşamlarını olumsuz etkilemektedir. Bireylerin bakım yükü arttı a yaşam kaliteleri düşmekte (Coen ve diğ erleri, 2002: 164; Srivastava ve diğ erleri, 2016: 133) ve iş hayatındaki üretkenlikleri azalmaktadır (Fujihara ve diğ erleri, 2019: 125). Yapılan bir çalışmada katılımcılar yüksek düzeyde bakım yükü rapor edenler ve düşük düzeyde bakım yükü rapor edenler olmak üzere ikiye ayrılmışlardır. Yüksek düzeyde bakım yükü rapor edenlerin daha fazla psikolojik rahatsızlık yaşadıkları, bakım verdikleri demans tanısı olan bireyin davranış problemlerinin daha fazla olduğu ve sosyal desteği daha olumsuz değerlendirdikleri belirtilmiştir (Coen ve diğ erleri, 2002: 164). Bakım verenlerin yüksek düzeyde bakım yükü rapor edenler ve düşük düzeyde bakım yükü rapor edenler olarak ikiye ayrıldıkları bir başka çalışmada, bakım verenler bir yıl boyunca takip edilmişlerdir. En başta yüksek düzeyde bakım yükü rapor edenler, düşük düzey bakım yükü rapor edenlere kıyasla bir yılın sonunda daha yüksek düzeyde depresyon rapor etmişlerdir. Bir başka deyişle, uzun süreli bakım yükü, depresif belirtilere yol açabilmektedir (Epstein-Lubow ve diğ erleri, 2008: 198). Kısaca belirtmek gerekirse, bakım yükünün bireylerin psikolojik ve sosyal yaşamlarına etkileri yapılan çalışmalarca tespit edilmiştir.

Sonuc olarak, demans tanısı olan bireylere bakım verenler bakım yükü yaşamaktadırlar. Bakım yükünü etkileyen pek çok faktör olmakla birlikte, demans tanısı olan birey ile bakım verenlerin yakınlıkları da bakım yükü kapsamında incelenmiştir. Ayrıca, bakım yükünün zaman içerisindeki değışimine dair çelişkili sonuçlar olsa da bireylerin yaşamına dair olumsuz etkileri olduğu tespit edilmiştir.

1.2.2.2. Stres

Bakım verme durumlarında stres, bakım veren tarafından deneyimlenen problemlili durumlar ve zor koşullar olarak tanımlanmıştır. Bir başka deyişle, stres bireyin uyum sağlama kapasitesini aşan ya da zorlayan durumlar ve engellerdir (Aneshensel ve diğerleri, 1995). Bakım verenler yüksek seviyede stres rapor etmişlerdir (Oyebode, 2003: 45). Yapılan bir çalışmada demans tanısı olan bireye bakım verenlerin %76,9'u stres rapor etmişlerdir (Bruce ve diğerleri, 2005: 345). Demans tanısı olan bireye bakım verenlerin stres rapor etmelerine ek olarak, demans tanısı olan bireye bakım verenler ile farklı örneklemeler stres açısından karşılaştırılmışlardır. Örneğin; bir çalışmada Alzheimer hastalarına bakım verenler ile demans olmayan kronik hastalığı bulunan bireylere bakım verenler karşılaştırılmışlardır. Alzheimer hastalarına bakım verenler daha yüksek düzeyde stres rapor etmişlerdir (Gonzalez-Salvador ve diğerleri, 1999: 701). Benzer şekilde, bir başka çalışmada da demans tanısı olan bireye bakım verenler ile demans tanısı olmayan yaşlı bireylere bakım verenler karşılaştırılmışlardır. Demans tanısı olan bireye bakım verenler, demans tanısı olmayan bireylere bakım verenlere kıyasla daha yüksek düzeyde stres rapor etmişlerdir (Bertrand ve diğerleri, 2006: 534). Bir başka çalışmada ise demans tanısı olan bireylere bakım verenler ile bakım vermeyen bireyler stres açısından karşılaştırılmışlardır. Demans tanısı olan bireye bakım verenler bakım vermeyenlere göre daha yüksek düzeyde stres rapor etmişlerdir (Oken ve diğerleri, 2011; 191). Özetle, demans tanısı olan bireye bakım verenler yüksek düzeyde stres yaşamaktadırlar. Demans tanısı olan bireye bakım verenler ile başka rahatsızlıklara bakım verenler ve bakım vermeyenlerin karşılaştırıldıkları çalışmalar da göstermektedir ki demans tanısı olan bireye bakım verenler daha fazla stres yaşamaktadırlar.

Demans tanısı olan bireye bakım verenler için stresin belirleyicileri de incelenmiştir. Demans tanısı olan bireylerin nöropsikiyatrik semptomlarının (Svendsboe ve diğerleri, 2016: 1075) ve davranışsal belirtilerinin, bakım verenlerin ise günlük yaşam aktivitelerindeki bozulmanın (Gonzalez-Salvador ve diğerleri, 1999: 701) ve depresyon düzeylerinin (Mioshi ve diğerleri, 2009: 76), bakım verenlerin stres düzeyleri için belirleyici olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, bakım

verenlerin demans tanısı olan bireye yakınlıklarına göre stresin belirleyicileri de incelenmiştir. Eşler için stresin kaynağı yaşlı olmak ve yaşlı olmakla ilişkili fiziksel ve ekonomik problemler iken; yetişkin çocuklar için stresin kaynağının çelişen sorumluluklar olduğu ifade edilmektedir (Oyebode, 2003: 45). Bir başka deyişle, demans tanısı olan bireye bakım verenlerin stres yaşamalarında etkili pek çok faktör incelense de bakım veren bireyin demans tanısı olan birey ile yakınlığının da stresin belirleyicilerinden olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

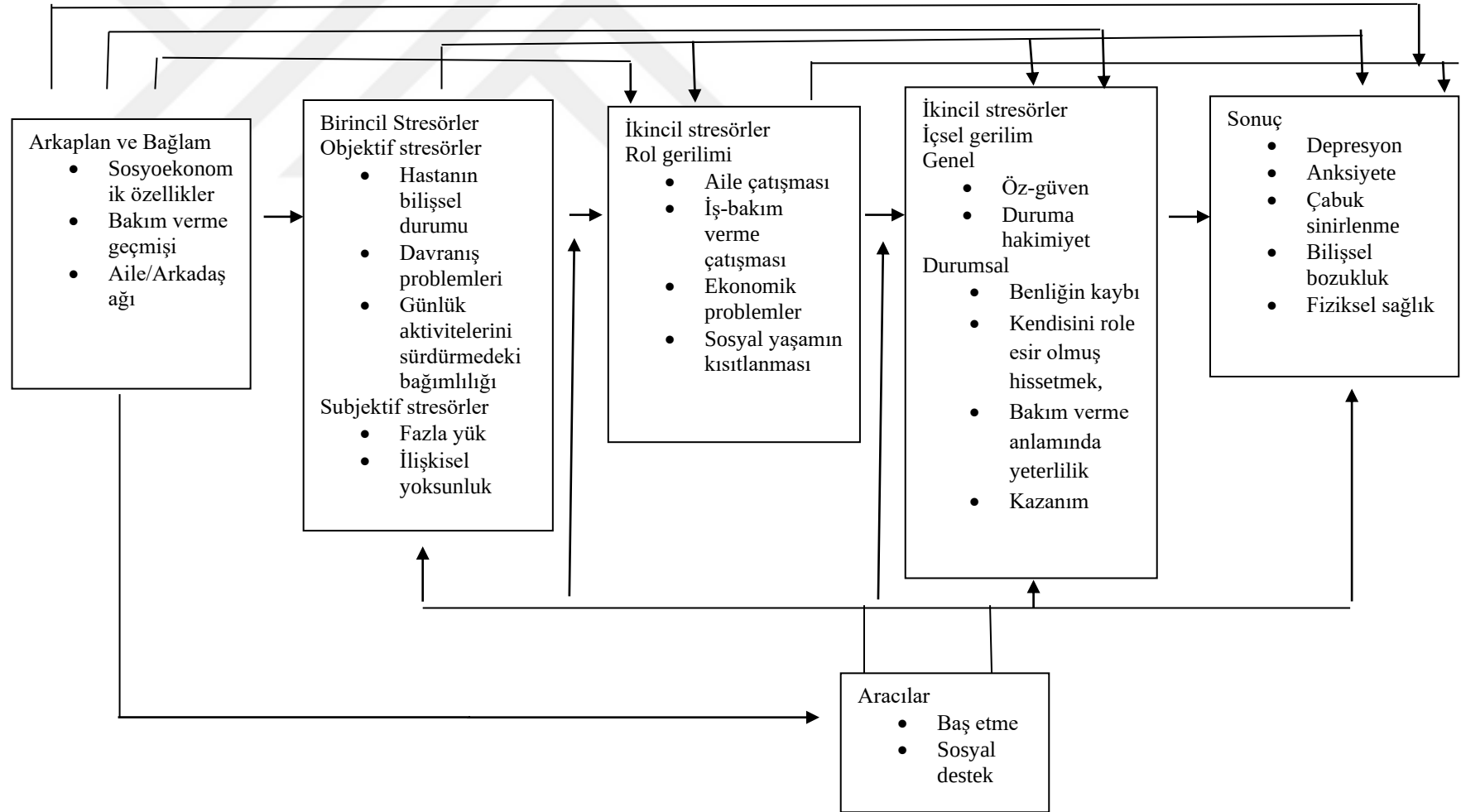
Bakım verenlerin strese sürekli şekilde maruz kalmalarının, bağışıklık sistemlerinin zayıflaması (Damjanovic ve diğerleri, 2007: 4249), kalp ve damar hastalıkları (Mausbach ve diğerleri, 2010: 2599; Vitaliano ve diğerleri, 2002: 418), yüksek tansiyon (Shaw ve diğerleri, 2003: 293) ve depresyon (Leggett ve diğerleri, 2014, 820; Simpson ve Carter, 2013: 509) ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Benzer şekilde, demans tanısı olan bireye bakım verenlerin yaşadıkları kronik stres hastalıklara karşı hassasiyetlerini arttırmaktadır (Chamine ve diğerleri, 2014: 725). Stresin bakım verenler açısından bu olumsuz etkilerine ek olarak, yaşanan stresin bakım alan demans tanısı olan birey bakımından da olumsuzlukları bulunmaktadır. Demans tanısı olan bireye bakım verenlerin yaşadıkları kronik stres optimal bakım sağlamaya yönelik becerilerini de azaltmaktadır (Chamine ve diğerleri, 2014: 725). Bir başka deyişle, bakım verenlerin yaşadıkları stres demans tanısı olan bireyin alacağı bakımı da etkilemektedir. Ayrıca, bakım veren bireyin yaşadığı stres düzeyi arttıkça demans tanısı olan birey daha sık davranışsal problem ve ajitasyon gösterebilmektedir (Dunkin ve Anderson-Hanley, 1998: S53). Özetle, demans tanısı olan bireye bakım verenler stres yaşamakta, yaşadıkları stresin de hem kendilerine hem de verdikleri bakıma hem de demans tanısı olan bireye etkileri bulunmaktadır.

Sonuç olarak, demans tanısı olan bireye bakım verenler stres yaşamakta, yaşadıkları bu stres de başka rahatsızlıklara bakım verenlere ve bakım vermeyenlere göre daha yüksek olmaktadır. Stresi etkileyen pek çok faktör olduğu gibi stresin etkileri de kaçınılmaz olmaktadır.

1.2.2.2.1. Stres Süreci Modeli

Stres süreci modeli ilk olarak Alzheimer hastalarına bakım verenler için geliştirilmiştir (Pearlin ve diğerleri, 1990: 583). Bu modele göre bakım vermek pek çok durumdan oluşan bir süreçtir ve bu durumlar birbiri ile etkileşim halindedir. Modelde arka plan ve bağlam, stresörler, stres araçları ve sonuç olmak üzere dört temel alan bulunmaktadır. Arka plan ve bağlam başlığı altında sosyoekonomik özellikler, bakım verme geçmişi ve aile/arkadaş ağı yer almaktadır. Stresörler, birincil stresörler ve ikincil stresörler olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Birincil stresörler, objektif ve sübjektif olabilmektedir. Objektif stresörler bakım alanının bilişsel durumu, problemleri davranışları ve günlük aktivitelerini sürdürmedeki bağımlılığıdır. Sübjektif stresörler ise fazla yük ve ilişkisel yoksunluktur. İkincil stresörler ise hastalık ya da bakım vermenin direk sonucu olarak ortaya çıkmamaktadır. Bunlar rol gerilimi ve içsel gerilimdir. Rol gerilimi, aile, iş ve sosyal yaşam sebebiyle olmaktadır. İçsel gerilim ise bakım verenin kendisi ile ilişkili faktörlerden oluşmaktadır. Bunlar genel ve durumsal olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Genel faktörler, öz-güven ve duruma hakimiyet iken, durumsal faktörler benliğin kaybı, kendisini role esir olmuş hissetmek, bakım verme anlamında yeterlilik ve kazanımlardır. Birincil stresörler ile ikincil stresörlerin çift yönlü bir ilişkilerinin olduğu ifade edilmektedir. Modeldeki bir diğer alan olan stres araçları başlığının altında da baş etme ve sosyal destek bulunmaktadır. Sonuç değişkenini ise psikolojik ve fiziksel iyilik hali oluşturmaktadır. Bu bağlamda da depresyon, anksiyete, çabuk sinirlenme, bilişsel bozukluk ve fiziksel sağlık değerlendirilmektedir (Pearlin ve diğerleri, 1990: 583). Stres süreci modeline dair özet bilgi Şekil 1'de yer almaktadır. Özetle, stres süreci modeli Alzheimer hastalarına bakım verenler için geliştirilmiş olup, stres yaşantısında etkili olabilecek ve stresin neden olabileceği durumları ele almaktadır.

Şekil 1: Stres Süreci Modeli



(Pearlin ve diğerleri, 1990: 583)

Stres süreci modelinin hem araştırma hem de pratik için uygun olduğu ifade edilmektedir (Family Caregiver Alliance, 2006) ve bu anlamda yapılmış pek çok çalışma bulunmaktadır. Stresi genel anlamda ele alan ve Alzheimer hastalarına bakım veren eşler ile gerçekleştirilen bir çalışmada, daha yüksek stresin daha fazla depresif belirti ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Daha fazla stres yaşamının ise daha düşük hakimiyet ve öz yeterlik, daha fazla aktivite kısıtlaması ve kaçınan baş etme ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir. Stres ile ilişkili bu değişkenlerin stres ve depresif belirti ilişkisinde de aracı rolünün olduğu belirtilmektedir (Mausbach ve diğerleri, 2012: 27). Stresörlerin boyutlarını inceleyen çalışmalar da mevcuttur. Örneğin; Alzheimer hastalarına bakım verenler ile yapılmış bir çalışmada, birincil stresörlerin sonuç değişkenlerini direkt olarak etkilemediği belirtilirken, değerlendirme, baş etme ve sosyal destek gibi psikososyal kaynakların sonuç değişkenlerini etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Goode ve diğerleri, 1998: 190). Bir başka çalışma Alzheimer hastalarına bakım veren eşler ve yetişkin çocukları ile gerçekleştirilmiştir. Birincil stresörlerin ve bakım veren özelliklerinin, rol, anksiyete ve fiziksel sağlık üzerindeki etkisinde destek ve baş etmenin aracı rolü incelenmiştir. Bakım verenin aşırı yükünün, kötüleşen sağlık durumu ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bakım verenin anksiyetesi ise bakım alan bireyin düşük düzey bağımlılığı, yüksek düzey bakım veren yükü ve bir yıl önce ölçülen yüksek düzey anksiyete ile ilişkili bulunmuştur. Ancak ne destek ne de baş etmenin, stres ve bakım veren özellikleri ile rol, anksiyete ve fiziksel sağlık arasındaki ilişkide aracı rolü olduğu bulunmamıştır (Winslow, 1997: 27).

Birincil stresörler, bir önceki paragrafta belirtildiği gibi objektif ve sübjektif olarak ikiye ayrılmaktadır (Pearlin ve diğerleri, 1990: 583). Yapılan bir çalışmada, objektif ve sübjektif stresörler incelenmiştir. Demansın düzeyine göre objektif ve sübjektif stresörlerin farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Demans düzeyi daha ileri olan demans tanısı olan bireye bakım verenler, daha yüksek düzeyde objektif ve sübjektif stres rapor etmişlerdir. Ancak, demansın düzeyine göre bakım verenin baş etmesi, sosyal destek düzeyi psikolojik sıkıntısı farklılık göstermemektedir (Lee ve diğerleri, 2006: 788). Bir başka çalışmada ise objektif ve sübjektif stresörlerin sağlık öz-bildirimi, sağlık davranışları ve sağlık hizmetlerinin kullanımı üzerine olan etkisi incelenmiştir. Objektif stresör olarak bakım alanın davranışsal problemleri ele

alınırken, sübjektif stresör bağlamında ise algılanan fazla yük değerlendirilmiştir. Yüksek düzey objektif ve sübjektif stresörler rapor eden bakım verenler sağlıklarını daha kötü değerlendirmişler, daha olumsuz sağlık davranışlarında bulunmuşlar ve sağlık hizmetlerini daha fazla kullanmışlardır (Son ve diğerleri, 2007: 871). Sonuç olarak, yapılan çalışmalarda stres süreci modeli test edilmiş olup, stres genel anlamda incelendiği gibi birincil stresörlerin de incelendiği görülmektedir.

Bu çalışmalara ek olarak, stres süreci modelini temel alan başka çalışmalar da mevcuttur. Örneğin; Alzheimer hastalarına bakım verenler ile yapılan bir çalışmada kötü algılanan fiziksel sağlık durumunun direkt (doğrudan) ve indirekt (dolaylı) olarak artan depresif belirti ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılrken, bu indirekt ilişkide bakım verenin öz yeterliğinin aracı rol üstlendiği belirlenmiştir. Bir başka deyişle, algılanan fiziksel sağlık öz yeterliği etkilemekte, öz yeterlik de depresif belirtileri etkilemektedir (Au ve diğerleri, 2010: 298). Demans tanısı olan bireye bakım veren eşlerin katıldığı bir çalışmada ise katılımcıların sağlık davranışları Stres Süreci Modeli kapsamında incelenmiştir. Bakım vermenin sağlık davranışlarını olumsuz etkilediği ifade edilirken, sağlık davranışlarındaki bu olumsuz değişimin, depresif belirti ve objektif bakım yükünden direkt etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, öz-yeterliğin ve objektif bakım yükünün sağlık davranışlarının değişimi üzerindeki etkisinde depresif belirtilerin aracı rol üstlendiği belirtilmektedir (Gallant ve Connell, 1998: 267). Bu çalışmalardan farklı olarak, yapılan bir başka çalışmada Amerika ve Çin'deki Alzheimer hastalarına bakım verenler fiziksel ve psikolojik semptom açısından karşılaştırılmışlardır. İki kültürden bakım verenlerin de bakım vermeyenlere kıyasla daha fazla depresif ve fiziksel belirti rapor ettikleri sonucuna ulaşılmıştır. Çin'de yaşayan bakım verenler Amerika'da yaşayan bakım verenlere göre duygusal desteğe daha az ulaşmaları olduğunu ifade etmişlerdir. Bu bulgu üzerine bu iki farklı kültürden gelen örneklem Stres Süreci Modeli kapsamında karşılaştırılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkinin iki örnekleme farklı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Patterson ve diğerleri, 1998: 1071). Özetle, modelin farklı parçaları çalışmalarda incelendiği gibi kültürlerarası karşılaştırmalar da yapılmıştır.

Modelin tamamının ve farklı parçalarının test edildiği çalışmalara ek olarak, Stres Süreci Modeli daha önce demans tanısı olan bireylere bakım verenlere yönelik bir müdahalede kullanılmıştır. Çalışma kapsamında Bilişsel Davranışçı Terapi

uygulamasý Stres Süreci Modeli'nden temel alarak Afro-Amerikalý bakým verenlerin depresyonu için geliştirilmiştir. Seanslar bir gruba yüz yüze bir gruba ise telefon temelli olarak uygulanmıştır. On iki seanstan oluşan müdahalenin yedi seansı grup olarak beř seansı ise bireysel olarak yapılmıştır. İlk altı seans grup olarak gerçekleştirilmiştir. İlk seansta demans ile ilgili bilgi verildiği, ikinci seansta gevşeme egzersizi yapıldığı, üçüncü seansta düşünce biçimlerinin ele alındığı, dördüncü seansta bakým verenlerin duygusal iyi oluşlarının iyileştirilmeye çalışıldığı, beşinci seansta bakým vermede girişkenliğin ele alındığı ve son olarak altıncı seansta ise bakým verme durumlarındaki zorlayıcı durumların yönetimi üzerine çalışıldığı görölmektedir. Bireysel olarak gerçekleştirilen sonraki beř seansta ise bakým verme amaçları dahilinde problem çözme ele alınmıştır. Grup olarak gerçekleştirilen son seans olan on ikinci seansta ise kazanımların sürdürölmesi ve destek ağının geliştirilmesi incelenmiştir. Araştırmanın sonucunda hem telefon destekli müdahale alan katılımcılar hem de yüz yüze müdahale alan katılımcılar fayda sağlamışlardır. Bakým verenlerin bakým yükünde iyileşme görölmüştür. Fiziksel belirtilerde ve depresyon düzeylerinde de iyileşme görölmüş olup bu iyileşmenin yüz yüze görüşme grubunda telefon grubuna göre daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak, bu çalışmanın 11 katılımcı ile tamamlanan bir pilot çalışma olduğu daha geniş örneklemlerle de tekrarının yapıldığı ifade edilmektedir (Glueckauf ve diğerleri, 2012: 124-139). Özetle, model test edildiği gibi model müdahalelerde örneğin demans tanısı olan bireye bakým veren aile üyelerine yönelik Biliřsel Davranışçı Terapi geliştirilmesinde de kullanılmıştır.

Sonuç olarak, Stres Süreci Modeli Alzheimer hastalarına bakým verenler için geliştirilmiş olup hem araştırma hem de uygulama için kullanışlı bir ereve sunmaktadır. Modele dair çalışmalar günümüzde de devam etmektedir. Modelin belirli parçaları değerlendirildiği gibi modelin tamamının test edildiği çalışmalar da mevcuttur. alışmalar farklı ölkelerde gerçekleştirildiği gibi kóltürlerarası karşılaştırmalar da yapılmıştır. Ayrıca, terapi geliştirme çalışmalarında da bu modelden yararlanıldığı görölmektedir.

1.2.2.3. Psikolojik Etkiler

Bakım verme süreci, bakım verenlerin psikolojik sağlıklarını etkilemektedir (Schulz ve diğerleri, 1995: 771; Pinquart ve Sørensen, 2003: 250). Hatta, demans tanısı olan bireye bakım verenler, diğer hastalara bakım verenlere göre bile bu süreçten daha olumsuz etkilenmektedirler (Pinquart ve Sorensen, 2003: 250). Bakım verenlerin psikolojik sağlıklarını etkileyen faktörler; demans düzeyi (Yazar ve diğerleri, 2018: 903), bakım verme ile ilişkili pozitif deneyimler, düşük gerginlik, bakım alan bireyin ve bakım verenin yaşam kalitesinin yüksek olması, bakım alan bireyin erkek olması, daha az nöropsikiyatrik ve depresif semptom rapor etmesi (Lethin ve diğerleri, 2017: 1138) ve işlevselliğinde azalma olması ve demans tanısı olan bireye evde bakım verilmesi (Pot ve diğerleri, 1997: 261) olarak belirlenmiştir. Psikolojik sağlıkları daha iyi olan bakım verenlerin verdikleri bakımın daha iyi olduğu, demansla ilişkili hizmetleri daha sık kullandıkları, sıklıkla erkek oldukları, bakım verdikleri demans tanısı olan birey ile yaşamadıkları, sıklıkla demans olan bireyin yetişkin çocukları oldukları ve psikolojik sağlıkları daha kötü durumda olan bireylere göre daha az sıklıkla bakım verdikleri ifade edilmiştir (Lethin ve diğerleri, 2017: 1138).

Demans tanısı olan kişilere bakım vermek bakım veren kişilerin psikolojik sıkıntılar yaşamasına yol açabilmektedir. Demans tanısı olan bireylere bakım verenlerde depresyon yaygın olarak görülmekte olup (Coope ve diğerleri, 1995: 237; Covinsky ve diğerleri, 2003: 1006; Cuijpers, 2005: 325; Mahoney ve diğerleri, 2005: 795; Omranifard ve diğerleri, 2018: 34; Sallim ve diğerleri, 2015: 1034), depresyon yaygınlığının bakım verenlerde bakım vermeyenlere kıyasla daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Bandeira ve diğerleri, 2007: 14; Damjanovic ve diğerleri, 2007: 4249). Demans tanısı olan bireylerde depresyon yaygınlığına dair yapılan bir çalışmada klinik depresyon yaygınlığının %14.9 olduğu belirtilmektedir. Katılımcıların %43.2'sinde hafif düzey depresyon belirtileri, %20.3'ünde orta düzey depresyon belirtileri, %6.8'inde orta-ileri depresyon belirtileri ve % 3.6'sında ise ileri düzey depresyon belirtileri olduğu tespit edilmiştir (Alfakhri ve diğerleri, 2018: 1). Bir başka çalışmada ise katılımcıların %39.6'sı depresif belirti rapor ederken, %4.7'si intihar düşünceleri olduğunu, %1.6'sı ise bu düşüncelerin birden daha fazla

kez akıllarına geldiğini belirtmişlerdir (Joling ve diğerleri, 2018: 263). Depresyon yaygınlığının kadın bakım verenlerde 1.53 kat, erkeklere bakım verenlerde 1.86 kat ve bakım veren eşlerde ise 2.51 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (Sallim ve diğerleri, 2015: 1034). Özetle, demans tanısı olan bireye bakım verenlerde depresyon yaygın olarak görülmektedir.

Demans tanısı olan bireylere bakım verenlerde depresyonun yaygın olarak görülüyor olması hangi koşullarda ve kimlerde depresyon daha yaygındır? sorusunu da beraberinde getirmektedir. Yapılan çalışmalarda da bu soru incelenmiştir. Depresyon bakım verenin özellikleri, demans tanısı olan bireyin özellikleri ve aralarındaki ilişki bağlamlarında incelenmiştir. Bakım veren açısından, kadın olan (Thompson ve diğerleri, 2004: 319), daha yaşlı olan, daha düşük eğitim düzeyine sahip olan, diğer aile üyelerinden daha az destek alan (Omranifard ve diğerleri, 2018: 34), finansal zorluk deneyimleyen (Nam, 2016: 1093), haftalık bakım verme süresi ve bakım yükü daha fazla olan, demans tanısı olan bireyin bellek ve davranış problemlerine daha fazla tepki veren (Crespo ve diğerleri, 2005: 592), sağlık durumunu kötü olarak rapor eden (Mahoney ve diğerleri, 2005: 795) ve daha fazla aktivite kısıtlaması yaşayan (Watson ve diğerleri, 2019: e597) bakım verenler daha yüksek düzey depresyon rapor etmişlerdir. Demans tanısı olan birey açısından incelendiğinde ise, bakım verilen bireyin demans düzeyi daha ileri olduğunda, (Omranifard ve diğerleri, 2018: 34), irritabilitesi yüksek olduğunda (Mahoney ve diğerleri, 2005: 795), günlük aktivitelerde daha fazla bağımlı olduğunda ve daha ağır ve sık davranışsal belirtileri olduğunda (Lee ve diğerleri, 2017: 36) bakım verenler daha fazla depresif belirti göstermektedirler. Son olarak, bakım veren ve bakım alan bireyin ilişkileri açısından değerlendirildiğinde, bakım alan ve bakım verenin ilişkileri kötü olduğunda (Mahoney ve diğerleri, 2005: 795), bakım verenlerin depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, bakım veren eşlere kıyasla, kadın ve yetişkin çocuk bakım verenlerin (Watson ve diğerleri, 2019: e597), bakım veren kız evlatlara kıyasla bakım veren gelinlerin (Lee ve diğerleri, 2017: 36) depresif belirti yaşama ihtimalleri daha yüksek olarak bulunmuştur. Sonuç olarak, demans tanısı olan bireylerdeki depresyon düzeyini etkileyen pek çok faktör mevcuttur.

Demans tanısı olan bireylerde görülen bir diğer psikolojik sıkıntı anksiyetedir (Coope ve diğerleri, 1995: 237; Cooper ve diğerleri, 2007: 175; Liu ve diğerleri, 2017: 1291; Mahoney ve diğerleri, 2005: 795). On çalışmanın bulgularını değerlendiren bir çalışmada anksiyete yaygınlığı %32.1 olarak rapor edilirken (Kaddour ve Kishita, 2020: 161), bir başka çalışmada bakım verenlerin yaklaşık olarak %25’inde klinik olarak anlamlı düzeyde anksiyetenin bulunduğu tespit edilmiştir (Cooper ve diğerleri, 2007: 175). Bakım veren bireylerin anksiyete düzeylerinin, bakım vermeyen bireylere göre daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Bandeira ve diğerleri, 2007: 14; Cooper ve diğerleri, 2007: 175). Bakım verenler arasında ise, kadın (Mahoney ve diğerleri, 2005: 795; Thompson ve diğerleri, 2004: 319), daha fazla bakım yükü olan (Cooper ve diğerleri, 2007: 175; Crespo ve diğerleri, 2005: 592), fiziksel sağlığı daha kötü olan (Mahoney ve diğerleri, 2005: 795, Cooper ve diğerleri, 2007: 175), bakım verdikleri bireyin günlük yaşam aktivitelerinde daha fazla bozulma olan, bakım alan birey ile beraber yaşayan ve bakım verdikleri birey ile kötü ilişkileri olan (Mahoney ve diğerleri, 2005: 795) bakım verenler daha yüksek anksiyete rapor etmişlerdir. Özet olarak, demans tanısı olan bireylere bakım verenlerde anksiyete de yaygın görülmektedir ve depresyonda olduğu gibi daha yüksek düzeyde görülmesi ile ilişkili çeşitli faktörler mevcuttur.

Alanyazında anksiyete ve depresyonun birlikte incelendiği çalışmalar da mevcuttur. Örneğin, bir çalışmada bakım verenlerden iki yıl boyunca ölçüm alınmıştır. İki yıllık süre zarfında bakımverenlerin %60’ının depresif bozukluk ve/veya anksiyete bozukluğu geliştirdiği ifade edilmektedir. Daha detaylı incelendiğinde %37’sinin depresyon, %55’inin anksiyete ve %32’sinin ise her iki bozukluğu da geliştirdiği sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmanın başındaki ölçümlerde de depresif belirtilerin olmasının ve bakım verenin kötü sağlık durumu öz-bildiriminin rahatsızlıkların başlangıcı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Joling ve diğerleri, 2015: 293). Ayrıca, anksiyete ve depresyon düzeylerinin kadınlarda, 70 yaş üstünde ve 39 yaş altında (Um ve Choi, 2018: 65) ve bakım verilen bireyin problemli davranışları fazla olduğunda (Watson ve diğerleri, 2019: e597) daha yüksek olduğu, sosyal ağları daha geniş olan ve sosyal aktivitede bulunanlarda ise daha düşük olduğu ifade edilmektedir (Um ve Choi, 2018: 65). Depresyon ve anksiyete anlamında, demans tanısı olan birey ile yaşamının da önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir. Demans

tanısı olan eşleri ile yaşayan bakım verenler, bakım vermeyen bireylere göre daha yüksek seviyede depresyon ve anksiyete rapor etmişlerdir (Ask ve diğerleri, 2014: 413). Anksiyete ve depresyonun karşılaştırıldığı bir başka çalışmada ise bakım alan birey ile yaşayan bakım verenlerin anksiyete bozukluğu geliştirme ihtimallerinin depresyon ihtimaline göre daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Mahoney ve diğerleri, 2005: 795). Özet olarak, depresyon ve anksiyeteyi ayrı ayrı inceleyen çalışmalar olduğu gibi birlikte ele alan ve karşılaştıran çalışmalar da mevcuttur. Tüm bu çalışmalardan edinilen ortak sonuç da demans tanısı olan bireye bakım veren bireylerde depresyon ve anksiyetenin yaygın olduğudur.

Demans tanısı olan kişiler ile yapılan çalışmalarda sıklıkla depresyon ve anksiyetenin incelendiği görülmektedir (örn. Coope ve diğerleri, 1995: 237; Mahoney ve diğerleri, 2005: 795). Öfke, demans tanısı olan bireylere bakım verenlerde yoğun olarak görülüyor olmasına rağmen (Gallagher ve diğerleri, 1989: 235), öfke ile ilişkili durumlar görece daha az incelenmiştir (Crespo ve Fernandez-Lansac, 2014: 454). Öfke, çok boyutlu bir yapı olarak görülmekte olup farklı yollarla ifade edilmektedir. Öfke, agresif davranışların duygu boyutu olarak tanımlanırken, agresif davranışların bilişsel boyutu hostilitedir. Hostilite, adaletsizlik duygularını ya da kötü niyet şüphesini yansıtmaktadır (Buss ve Perry, 1992: 455) ve demans tanısı olan bireylere bakım verenler daha çok hostilite rapor etmişlerdir (Anthony-Bergstone ve diğerleri, 1988: 245; Razani ve diğerleri, 2007: 1417). Hatta, bakım vermeyenler ile kıyaslandığında bakım veren bireylerin rapor ettiği hostilite düzeyi daha yüksektir (Madruga ve diğerleri, 2020: 1078). Hostiliteyi belirleyen faktörler üzerine yapılan bir çalışmada, Alzheimer hastasına bakım veren eşler yedi yıl boyunca altı ayda bir değerlendirilmişlerdir. Bakım vermeye yeni başlayan ve demansla ilişkili daha fazla problemli davranışla karşılaşan bakım verenlerde hostilitenin daha yaygın olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Shaw ve diğerleri, 2003: 297). Ayrıca, kadınlar ve erkekler hostilite düzeyleri bağlamında karşılaştırılmışlardır. Yapılan bir çalışmada kadınların ve erkeklerin hostilite anlamında farklı olmadığı sonucuna ulaşılrken (Avdikou ve diğerleri, 2019: 231), bir başka çalışmada ise demans tanısı olan bireylere bakım veren kadın eşlerin, erkek eşlere göre daha yüksek hostilite rapor ettikleri ifade edilmektedir (Thompson ve diğerleri, 2004: 319).

Hostilite ile benzer şekilde, yapılan inceleme sonucunda somatizasyonun da demans tanısı olan bireylere bakım verenler için yaygın biçimde çalışılmadığı görülmektedir. Ancak, kısıtlı sayıda araştırma olsa da yapılan bir çalışmada demans tanısı olan bireylere bakım verenler yüksek düzeyde somatizasyon rapor etmişlerdir (Abreu ve diğerleri, 2018: 317) ve bakım verenlerde, bakım vermeyenlere kıyasla (Madruga ve diğerleri, 2020: 1078), kadın eşlerde erkek eşlere kıyasla (Thompson ve diğerleri, 2004: 319) daha yüksek düzeyde somatizasyon olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hostilite ve somatizasyon ile ilgili kısıtlı çalışmalara ulaşılırken, olumsuz benlik ve demans tanısı olan bireylere bakım verenler ile ilgili bir çalışmaya rastlanmamıştır. Özetle, hostilite ve somatizasyon demans tanısı olan bireylere bakım verenlerde sıklıkla çalışılmıyor olsa da yapılan çalışmalarda bakım verenlerin hostilite ve somatizasyon rapor ettikleri gözlemlenmektedir.

1.2.2.4. Bakım Vermeyi Etkilen Bir Faktör Olarak Sosyal Destek

Sosyal destek Cobb tarafından “kişinin beğenildiğine ve sevildiğine, saygın ve değerli olduğuna ve karşılıklı sorumlulukların olduğu bir sosyal çevrenin üyesi olduğuna inanmasını sağlayan bilgi” olarak tanımlanmaktadır (1976: 300). Cohen ve McKay ise sosyal desteği, stresli durumlar karşısında bireyi koruyan kişilerarası ilişki olarak tanımlamışlardır (1984: 253). Bakım verenler açısından değerlendirildiğinde, bakım vermeye çok fazla zaman ayrılması bakım verenlerin sosyalleşmeleri için ayırabilecekleri zamanı da kısıtlamaktadır. Diğerleri ile geçirilecek zamanın azalması, sevilen birinin demans sebebiyle ilerleyen kaybı, algılanan sosyal desteğin kötüleşmesi ile sonuçlanabilmektedir (Bergman-Evans, 1994: 6). Benzer şekilde, bakım vermenin sosyal destek algısını kötüleştirdiği belirtilmektedir (Brummet ve diğerleri, 2006: 220). Özetle, sosyal desteğe dair pek çok tanımlama yapılmıştır ve bakım verenler düşük düzey sosyal destek rapor etmektedirler.

Demans tanısı olan bireylerle yapılan çalışmalarda sosyal destek ile ilişkili faktörler de incelenmiştir. Sosyal destek, bakım yükü (Heo, 2014: 368) ve depresyon (Cannuscio ve diğerleri, 2004: 1247; Heo, 2014: 368; Khusaifan ve El Keshky, 2017: 239) ile negatif ilişkiyken; uyku kalitesi (Vitaliano ve diğerleri, 2002: 418) ve

yaşam doyumu (Khusaifan ve El Keshky, 2017: 239) ile pozitif ilişkili bulunmuştur. Bir başka deyişle, sosyal destek arttıkça bakım yükü ve depresyon azalmakta, uyku kalitesi ve yaşam doyumu artmaktadır. Bu ilişkilere ek olarak, sosyal desteğe dair yapılan bir başka çalışmada, katılımcılar sosyal destek, depresif belirtiler ve yaşam doyumu bağlamlarında beş yıl boyunca izlenmişlerdir. Bakım verenlere yardım sağlayan desteğin zaman içerisinde azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, sosyal destekten duyulan yüksek düzey memnuniyet, daha düşük depresif belirti ve yüksek düzey yaşam doyumu ile ilişkili bulunmuştur (Clay ve diğerleri, 2008: 857). İlişkilere dair çalışmaların ve takip çalışmasının yanı sıra, sosyal desteğin bakım verenlerin bakım verme davranışlarına etkisi de incelenmiştir. Örneğin; demans tanısı olan bireye bakım verenlerle yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin istismar edici davranışları ile sosyal desteğin ilişkisi incelenmiştir. Sosyal destek ile istismar edici davranışlar arasında negatif ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bir başka deyişle, daha fazla sosyal desteği olan bakım verenler daha az istismar edici davranmaktadırlar. Sosyal desteğin istismar karşısında koruyucu bir rolü bulunmaktadır (Serra ve diğerleri, 2018: 1132). Ayrıca, yapılan bir başka çalışmada sosyal desteğin dayanıklılığa etkisi incelenmiştir. Sosyal destek dayanıklılığı olumlu yönde etkilemektedir. Aile desteği yüksek olanların yüksek düzey dayanıklılık yaşama ihtimallerinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Wilks ve Croom, 2008: 357). Özetle, demans tanısı olan bireylere bakım verenlerde sosyal destek pek çok faktörle ilişkili bulunmuş olup hem bakım verenlerin psikolojik sağlığı hem de bakım verme davranışları üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır.

Yapılan bazı araştırmalar sosyal desteğin, stresin psikolojik ve fiziksel etkileri üzerindeki koruyucu rolüne değinmektedir. Bu araştırmalar stres tampon hipotezine dayanmaktadır. Stres tampon hipotezine göre, sosyal desteği olmayan ya da az olan bireylerin fiziksel ve psikolojik sağlıkları psikososyal stresten daha olumsuz etkilenmektedir. Ancak, güçlü sosyal destek bu etkiyi azaltmakta ya da ortadan kaldırmaktadır (Cohen ve Willis, 1985: 323). Yapılan bir çalışmada da stres ve dayanıklılık ilişkisinde sosyal desteğin rolü incelenmiştir. Sosyal desteğin stres ve dayanıklılık ilişkisinde düzenleyici rolü olduğu, bir başka deyişle stresin dayanıklılık üzerindeki olumsuz etkisini azaltıcı rolü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Wilks ve Croom, 2008: 357). Sonuç olarak, sosyal desteğin stresin etkileri üzerindeki

koruyucu rolüne dair hipotezler demans tanısı olan bireye bakım verenler açısından da sınanmış ve doğrulanmıştır.

Sosyal desteğin farklı sınıflandırılmaları mevcuttur. Bunlardan biri sosyal desteğin alınan ve algılanan olmak üzere ikiye ayrılmasıdır (Lakey ve Cohen, 2000: 41). Algılanan sosyal destek, bireyin çevresinden aldığı sosyal desteğe dair algısına dayanmaktadır (aktaran Mackinnon, 2012: 474). Araştırmalarda hem daha çok algılanan sosyal desteğe yer verilirken (Thoits, 1995: 53), hem de araştırma sonuçları algılanan sosyal desteğin psikolojik sağlık (Haber ve diğerleri, 2007: 133) ve bakım yükü (Chiou ve diğerleri, 2009:419) gibi kavramlarla alınan sosyal desteğe göre daha fazla ilişkilerinin olduğunu göstermektedir. Demans tanısı olan bireye bakım verenler de algılanan sosyal destek açısından incelenmişlerdir. Bu kapsamda, bakım verenler ile bakım vermeyenler algılanan sosyal destek açısından karşılaştırılmışlardır. Yapılan bir çalışmada demans tanısı olan bireye bakım verenler, bakım vermeyenlere kıyasla daha düşük düzey algılanan sosyal destek rapor ederlerken (Brummett ve diğerleri, 2006: 222), bir başka çalışmada ise bakım verenler, bakım vermeyen kontrol grubuna göre daha yüksek sosyal destek algıladıklarını rapor etmişlerdir (Zhang ve diğerleri, 2013: 3419). Bu nedenle net bir sonuca ulaşmak mümkün görünmemektedir. Özet olarak, algılanan sosyal desteğin alınan sosyal desteğe kıyasla daha iyi bir yordayıcı olduğu belirlenmiş olsa da, bakım verenlerin algıladıkları sosyal desteğe dair karşılaştırma çalışmaları açısından net bir sonuca ulaşılamamaktadır.

Demans tanısı olan bireye bakım verenler açısından kimlerin daha fazla sosyal destek algıladıklarına dair çalışmalar yapılmıştır. Örneğin; Alzheimer hastalarına bakım verenler ile yapılan bir çalışmada yaşı 51 ve üstü olan, kadın olan, okuma yazma bilmeyen ve Alzheimer hastalarının eşi olan bakım verenler, düşük düzey algılanan sosyal destek rapor etmişlerdir (Yurtsever ve diğerleri, 2013: 1). Bu çalışmalara ek olarak, algılanan sosyal desteğin ilişkili olduğu değişkenler de incelenmiştir. Algılanan sosyal destek ile bakım yükünün negatif ilişkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bir başka deyişle, bakım verenlerin bakım yükü arttıkça algıladıkları sosyal destek düşmektedir. İlişki diğer yönden ele alındığında da algılanan sosyal destek düştükçe bakım yükü artmaktadır (Yurtsever ve diğerleri, 2013: 1). Tez yazarının yüksek lisans tezinde de demans tanısı olan bireye bakım

verenlerin depresif belirtilerinin ve tükenmişlik düzeylerinin, algılanan sosyal destek ile negatif ilişkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yani, demans tanısı olan bireye bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek arttıkça, depresif belirtileri ve tükenmişlikleri düşmektedir (Ayrancı, 2015: 47). Demans tanısı olan bireye bakım verenler bağlamında algılanan sosyal desteğin koruyucu bir rolünün olduğu görülmektedir (Chiou ve diğerleri, 2009: 419). Sonuç olarak, algılanan sosyal desteğin psikolojik sağlık değişkenleri ile ilişkileri demans tanısı olan bireye bakım verenler bağlamında pek çok çalışmada tespit edilmiştir.

Sosyal desteğin stres tampon hipotezine dair incelemelerine ek olarak (Cohen ve Willis, 1985: 323), algılanan sosyal destek de stres tampon hipotezine göre incelenmiştir. Yapılan bir çalışmada algılanan sosyal desteğin etkisi stres tampon hipotezi kapsamında erken evre demans tanısı olan bireye bakım verenler ile test edilmiştir. Stres yaşam kalitesi ilişkisinde algılanan sosyal desteğin koruyucu rolünün olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Gellert ve diğerleri, 2018: e0189849). Bir başka deyişle, stresin olumsuz etkileri sosyal destek ile azaltılırken, algılanan sosyal destek bağlamında da aynı sonuca ulaşılmıştır.

Sonuç olarak, sosyal desteğe dair pek çok tanımlama yapılmıştır. Sosyal desteğin alınan ve algılanan olmak üzere olan iki türü de araştırmalarca incelenmiştir ve algılanan sosyal desteğin daha iyi bir yordayıcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Algılanan sosyal desteğin pek çok olumsuz sağlık sonucu ile ilişkili olduğu araştırmalarca bulgulanmıştır ve algılanan sosyal desteğin koruyucu rolünün olduğu görülmektedir.

1.2.2.5. Bakım Verme ve Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi Dünya Sağlık Örgütü tarafından bireyin kültürü, değerleri, amaçları, beklentileri, standartları ve ilgileri bağlamında yaşamdaki konumuna dair algısı olarak tanımlanmıştır (1996). Demans tanısı olan bireylere bakım verenlere dair yapılan çalışmalarda sıklıkla sağlıkla ilişkili yaşam kalitesinin değerlendirildiği görülmüştür (Örn; Arango-Lasprilla ve diğerleri, 2010: 556; Markowitz ve diğerleri, 2003: 209; Shuter ve diğerleri, 2014: 379). Ancak bu bölümde, yaşam kalitesini ve

yaşam kalitesinin alt boyutları olan bedensel alanı, psikolojik alanı, sosyal ilişkileri ve çevresel alanı ele alan çalışmalar incelenmiştir.

Bakım vermek yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (Gaugler ve diğerleri, 2015: 1179; Kang ve diğerleri, 2017: 458; Kuo ve diğerleri, 2017: 124). Demans tanısı olan bireylere bakım verenlerin katıldığı bir çalışmada katılımcıların %22,8'i yaşam kalitelerini kötü ya da çok kötü olarak rapor etmişlerdir (Abdollahpour ve diğerleri, 2015: 51). Bakım verenler yaşam kalitesinin alt boyutları olan bedensel alan, psikolojik alan, sosyal ilişkiler ve çevresel alan ölçümlerinde düşük puanlar rapor etmişlerdir (Srivastava ve diğerleri, 2016: 133). Ayrıca, bakım veren eşlerin yaşam kalitelerinin bakım verdikleri Alzheimer hastalarından ve sağlıklı yaşlılardan daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Schölzel-Dorenbos ve diğerleri, 2009: 171). Bakım veren eşlerle ilgili yapılan bir diğer karşılaştırma çalışmasına, bakım veren yetişkin çocuklar katılmışlardır. Bakım veren yetişkin çocukların, bakım veren eşlere göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Rigby ve diğerleri, 2019: 1). Özetle, yaşam kalitesi bakım verme kapsamında sıklıkla incelenmiştir ve bakım verenlerin yaşam kalitelerinin düşük olduğu görülmektedir.

Bakım vermenin bakım verenlerin yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilediğine dair yapılmış çalışmalara ek olarak, yapılan çalışmalarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler de incelenmiştir. Bakım veren açısından incelendiğinde, bakım yükünün fazla olması (Abdollahpour ve diğerleri, 2015: 51; Perdomo-Romero ve Ramirez-Perdomo, 2017: 26; Schölzel-Dorenbos ve diğerleri, 2009: 171; Srivastava ve diğerleri, 2016: 133), daha fazla tükenmişlik yaşamak (Takai ve diğerleri, 2009: e1; Takai ve diğerleri, 2011: 98), depresif belirtilerin var olması (Takai ve diğerleri, 2011: 98), geleceğe dair kaygılar, yaşanan stres (Vellone ve diğerleri, 2008: 222), kadın olmak (Thomas ve diğerleri, 2006: 50), bakım verenin daha yaşlı olması (de Oliveira ve diğerleri, 2015: 18; Morrison ve diğerleri, 2020: 585) ve sosyal desteğin daha olumsuz değerlendirilmesi (Coen ve diğerleri, 2002: 164) yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bakım verenin bakım vermede daha fazla yardım almasının (Vellone ve diğerleri, 2008: 222), algılanan sosyal desteğinin yüksek olmasının (Morrison ve diğerleri, 2020: 585) ve erken başlangıçlı demans tanısı olan bireye bakım verenin daha yaşlı olmasının (Rosness ve diğerleri, 2011: 299) yaşam kalitesini olumlu etkilediği belirtilmektedir. Bakım alan demans tanısı

olan birey açısından incelendiğinde, demans düzeyinin ilerlemesinin (Vellone ve diğerleri, 2008: 222), demans tanısı olan bireyin yaşam kalitesinin kötü olmasının, davranış problemlerinin olmasının ve demansın daha uzun süredir var olmasının (Thomas ve diğerleri, 2006: 50) bakım verenin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, bakım alan demans tanısı olan bireyin sağlığının iyi olmasının ve bakım verilen bireyin bakım verene bağımlı olmamasının (Vellone ve diğerleri, 2008: 222) yaşam kalitesini iyileştirdiği sonucuna ulaşılmıştır. Yaşam kalitesinin alt boyutlarını değerlendiren bir çalışmada ise bakım yükünün, yaşam kalitesinin alt boyutları olan bedensel alan, psikolojik alan, sosyal ilişkiler ve çevresel alan ile negatif ilişkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bir başka deyişle, bakım yükü arttıkça yaşam kalitesinin alt boyutlarında azalma görülmektedir (Dawood, 2016: 892). Sonuç olarak, bakım verenlerin yaşam kalitelerini etkileyen pek çok faktör belirlenmiştir.

Yaşam kalitesi, bakım verenlerin psikolojik sağlıklarını da etkileyen faktörlerden biridir (Lethin ve diğerleri, 2017: 1138). Bu sebeple de yaşam kalitesinin iyileştirilmesi önem arz etmektedir. Bakım verenler yaşam kalitelerinin yükselmesi için bakım verme dışında daha fazla zamana ihtiyaçları olduğunu, sağlık hizmetlerinin ve sosyal hizmetlerin demansa uygun olmasının gerektiğini ve ekonomik desteğe ihtiyaçlarının olduğunu ifade etmişlerdir (Oliveira ve diğerleri, 2020: 939). Bu bulgulara ek olarak, sosyal desteği yeterli görmelerinin de yaşam kalitesi için önemli olduğu belirtilmektedir (Coen ve diğerleri, 2002: 164). Özetle, yaşam kalitesi pek çok faktörle ilişkili olduğu gibi bakım verenlerin psikolojik sağlıklarını da etkilemektedir. Bu anlamda yaşam kalitesini iyileştirici faktörlerin belirlenmesi ve bakım verenlere uygulanması yararlı olacaktır.

Sonuç olarak, demans tanısı olan bireye bakım verenlerin yaşam kaliteleri bakım verme sürecinden olumsuz etkilenmektedir. Bu anlamda, bu etkilenmeye neden olabilecek faktörler incelendiği gibi, yaşam kalitesini iyileştirecek faktörler de yapılan çalışmalarla ele alınmıştır.

1.3. BAKIM VERENLERE YÖNELİK PSİKOLOJİK MÜDAHALELER

Bakım verme sürecinin stresli olması ve bakım verenin psikolojik sağlığını etkilemesi, bakım verenlere yönelik psikolojik müdahalelerin önemini arttırmaktadır.

Ayrıca, bakım verenler de en çok psikolojik yardıma ihtiyaçları olduğunu ifade etmektedirler (Soner ve Aykut, 2017: 375). Çok çeşitli müdahale yöntemleri olmakla birlikte, demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyelerine yönelik müdahalelerden biri de Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT)'dir. Bu nedenle, bundan sonraki bölümlerde BDT ve demans tanısı olan bireylere bakım veren aile üyelerine yönelik yapılmış BDT çalışmaları ele alınacaktır.

1.3.1. Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel davranışçı terapi genel anlamda, değerlendirme, formülasyon, psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme egzersizleri ve nüks önlemeyi içermektedir. Değerlendirme aşaması, danışanın tanınması ve problemin saptanmasına yönelik bir aşamadır. Danışanın kişilik özellikleri, çevresi ile kurduğu ilişki, eğitim, sosyal ve iş hayatı, problemi ve bu problemin hayatına nasıl yansıdığı ile ilgili bilgiler alınarak formülasyon için zemin sağlanmaktadır. Formülasyon, terapistin seansların nasıl gideceği ile ilgili yol gösteren bir şema gibi düşünülebilir. Üzerinde çalışılacak konu, bu konu ile ilgili hangi yöntemlerin kullanılacağı, nasıl ölçüleceğine dair genel bir planı içerir. Seanslar ilerledikçe bu formülasyon gidişata uygun olarak güncellenebilmektedir. Psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapinin önemli bir ögesidir. Sorun saptandıktan sonra bu sorunun genel hatları ve ilerleyişi, terapinin nasıl ilerleyeceği, duygu, düşünce ve davranışların nasıl birbirlerini etkilediklerine dair bilgilerin sunulduğu kısımdır. İlerleyen seansların temelini oluşturması açısından önemli bir kısım olarak görülmektedir. Bilişsel yeniden yapılandırma, seansların büyük bölümünü kapsayabilmektedir. Danışanın otomatik düşüncelerini, işlevsel olmayan düşüncelerini, şemalarını keşfetmesini ve değiştirmesini içeren kısımdır. Düşünce kayıtlarının tutulması, bilişsel çarpıtmaların bulunması, kanıtların araştırılması, yeni anlamların yüklenmesi, bilişsel yeniden yapılandırma gibi yöntemlerin uygulanmasına imkân sağlamaktadır. Gevşeme egzersizleri, gerekli görüldüğünde danışanın fiziksel ve zihinsel rahatlamasını sağlayan bir müdahaledir. Birçok şekilde uygulanabilen bu egzersiz danışana gerildiği ve sıkıntılı hissettiği zaman uygulayabilmesi açısından öğretilmektedir. Nüks önleme, danışanın psikoterapiye gelme sebebinin tekrarlamaması için farkındalık kazandırmanın ve

çeşitli yöntemlerin belirlenerek bu yöntemlerle baş etme gücünü artırmanın amaçlandığı aşamadır (Köroğlu, 2015).

Temel amaç, problemin nasıl başladığı ve ilerlediği ile ilgili farkındalığın sonraki zamanlarda da fark edilerek, kendi kendine başa çıkmasının sağlanmasıdır. Hatırlatıcı kartlar, kendine yardım kitapları, ilk dönemde hazırlanan formülasyonlar bu aşamada kullanılabilecek yöntemlerdir (Köroğlu, 2015). Bilişsel davranışçı terapinin önemli aşamalarından biri de ev ödevlerini belirlemek ve danışanı ev ödevlerinin tamamlanması için desteklemektir. Ev ödevi vermenin amaçları, sorunlara uygulamalı çözümler bulmak, öz farkındalığı artırmak, bilişsel duygusal ve davranışsal beceri pratiğini artırmak, seanslarda öğrenilen teknikleri pekiştirmek, düşünceleri test etmek ve nüksleri önlemektir (Beck ve Tompkins, 2007: 53-54). Ev ödevlerinin etkinliğinin önemini araştıran çok sayıda çalışma ile de ev ödevlerinin, terapinin önemli bir bileşeni olduğu ve ilerleyişe olumlu katkılar sağladığı vurgulanmaktadır (Kazantzis ve diğerleri, 2000: 189; Rees ve diğerleri, 2005: 242).

Özetle, BDT belirli bölümleri olan ve belirli öğeleri içeren bir yaklaşımdır. Terapilerdeki amaç öncelikle danışanın problemlerinin azalmasını, ardından da terapi sonrasında bu problemlerinin tekrar ortaya çıkmamasını sağlamaktır. BDT'nin daha etkili olması için pek çok uygulamaya yer verilmektedir. Bunlardan biri de ev ödevidir.

1.3.1.1. Bakım Verenlere Yönelik Bilişsel Davranışçı Terapi

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) belirtildiği gibi bakım veren bireylere de uygulanmaktadır. Demans tanısı olan bireylere bakım veren aile üyelerine yönelik olarak geliştirilen müdahalelere ilişkin yapılan bir araştırmada, en güçlü desteği BDT almıştır (Gallagher-Thompson ve Coon, 2007: 37). Bu bölümde demans tanısı olan bireylere bakım verenlere uygulanan BDT çalışmalarına dair genel özelliklere değinilecektir.

Demans tanısı olan bireylere bakım veren aile üyelerine BDT uygulayan çalışmalarda demans türü, bakım alan birey ile bakım veren bireyin yakınlıkları, bakım verenlerin cinsiyetleri, bakım verme süreleri ve haftalık bakım verme süreleri incelenmiştir. Demans türü kapsamında Alzheimer tipi demans (örn. Aboulafia-

Brakha ve diğerleri, 2014: 801; Akkerman ve Ostwald, 2004: 117; Ali ve Bokharey, 2015: 249), vasküler demans (örn. Barnest ve Markham, 2018: 615; Glueckauf ve diğerleri, 2007: 21; Pan ve Chen, 2019: e55; Wilz ve diğerleri, 2017: 774) ve frontotemporal demans (örn. Meichsner ve diğerleri, 2018: 594; Meichsner ve diğerleri, 2019: 236; Meichsner ve Wilz, 2018: 218) tanısı olan kişilere bakım verenler yer almaktadır. Ayrıca, diğer demans türlerine bakım verenler de çalışmalara dahil edilmişlerdir (örn. Töpfer ve Wilz, 2018: 173; Wilz ve diğerleri, 2018a: e118). Bir başka deyişle, farklı tür demans tanısı olan kişilere bakım verenler incelenmiştir. Bakım verenlerin demans tanısı olan kişi ile yakınlıkları değerlendirildiğinde; eşlerin (Marquez-Gonzalez ve diğerleri, 2007: 616; Meichsner ve diğerleri, 2018: 594; Pan ve Chen, 2019: e55), çocukların (Aboulafia-Brakha ve diğerleri, 2014: 801; Barnest ve Markham, 2018: 615; Gonyea ve diğerleri, 2016: 292; Wilz ve diğerleri, 2018b: 301), gelinlerin (Ali ve Bokharey, 2015: 249; Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2007: 425; Losada ve diğerleri, 2011: 1119; Wilz ve diğerleri, 2017: 774), damatların (Wilz ve Soellner, 2016: 25), kız kardeşlerin (Passoni ve diğerleri, 2014: 275), yeğenlerin (Glueckauf ve diğerleri, 2007: 21; Losada ve diğerleri, 2011: 1119) ve torunların (Kwok ve diğerleri, 2014: 631) bakım verdikleri görülmektedir. Katılımcıların cinsiyetlerine dair verilen bilgiler de incelenmiştir. Çalışmalara sıklıkla kadınların katıldığı, kadın katılımcıların daha fazla olduğu (Meichsner ve diğerleri, 2019: 236; Passoni ve diğerleri, 2014: 275; Wilz ve Soellner, 2016: 25), hatta katılımcıların hepsinin kadın olduğu çalışmaların da olduğu görülmektedir (Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2007: 425). Çalışmalarda ayrıca demans tanısı olan bireye ne kadar süredir bakım verildiğine ve haftalık bakım verme süresine dair de bilgi alınmıştır (Aboulafia-Brakha ve diğerleri, 2014: 801; Glueckauf ve diğerleri, 2007: 21; Losada ve diğerleri, 2011: 1119). Demans tanısı olan bireye 7/24 bakım verenler de çalışmalarda yer almaktadırlar (Wilz ve diğerleri, 2017: 774). Sonuç olarak, çalışmalarda demans tanısı olan bireylere bakım veren aile üyelerine yönelik pek çok demografik bilginin alındığı görülmektedir.

Demografik değerlendirmelere ek olarak, çalışmalardaki katılımcı sayıları, kontrol grupları ve müdahalelerin uygulanış biçimleri de incelenmiştir. Katılımcı sayıları çalışmalarda oldukça farklılık gösterebilmektedir. Örneğin; sekiz katılımcı

ile sürdürülen bir çalışma olduğu gibi (Ali ve Bokharey, 2015: 249), 273 katılımcı ile gerçekleştirilmiş bir çalışma da bulunmaktadır (Wilz ve diğerleri, 2018a: e118). Kontrol grubu kapsamında değerlendirildiğinde; kontrol grubu olmayan çalışmalar olduğu gibi (Ali ve Bokharey, 2015: 249; Kwok ve diğerleri, 2014: 631; Wilz ve diğerleri, 2018b: 301), kontrol grubunun kullanıldığı pek çok çalışma da mevcuttur. Örneğin; standart bakım verilen kontrol grubu (Losada ve diğerleri, 2011: 1119; Meichsner ve diğerleri, 2019: 236; Töpfer ve Wilz, 2018: 173; Wilz ve diğerleri, 2017: 774; Wilz ve diğerleri, 2018a: e118), bekleme listesi kontrol grubu (Akkerman ve Ostwald, 2004: 117; Marquez-Gonzalez ve diğerleri, 2007: 616; Meichsner ve diğerleri, 2018: 594), psikoeğitim grubu (Gonyea ve diğerleri, 2016: 292), yalnızca bilgi verilen tartışma grubu (Barnest ve Markham, 2018: 615), günlük soruların sorulduğu telefon görüşmesi grubu (Pan ve Chen, 2019: e55), aşamalı kas gevşetmenin yapıldığı dikkat kontrol grubu (Wilz ve Soellner, 2016: 25), eğitim ve destek grubu (Glueckauf ve diğerleri, 2007: 21), bakım verme ve demans ile ilgili yazılı bilgi verilen grup (Meichsner ve Wilz, 2018: 218), kendine yardım grubu (Passoni ve diğerleri, 2014: 275) ve telefon destek grubu (Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2007: 425) yer almaktadır. Özetle, çalışmalara farklı sayılarda katılımcılar dahil edildiği gibi, kontrol grubu bağlamında da kontrol grubu kullanılmadığı gibi çok farklı kontrol grupları da kullanılmaktadır.

Bir diğer nokta da BDT'nin uygulanış biçimidir. BDT'nin yüz-yüze (Aboulafia-Brakha ve diğerleri, 2014: 801; Akkerman ve Ostwald, 2004: 117; Ali ve Bokharey, 2015: 249; Barnest ve Markham, 2018: 615; Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2007: 425; Gonyea ve diğerleri, 2016: 292), telefon (Glueckauf ve diğerleri, 2007: 21; Meichsner ve diğerleri, 2019: 236; Meichsner ve Wilz, 2018: 218; Töpfer ve Wilz, 2018: 173), ve internet aracılığıyla (Kwok ve diğerleri, 2014: 631; Meichsner ve diğerleri, 2018: 594) gerçekleştirildiği görülmektedir. Ayrıca, müdahaleler bireysel ve grup olarak uygulanmıştır. Yüz-yüze olan çalışmalar bireysel (Ali ve Bokharey, 2015: 249; Barnest ve Markham, 2018: 615; Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2007: 425; Pan ve Chen, 2019: e55) ve grup (Aboulafia-Brakha ve diğerleri, 2014: 801; Akkerman ve Ostwald, 2004: 117; Gonyea ve diğerleri, 2016: 292; Losada ve diğerleri, 2011: 1119; Marquez-Gonzalez ve diğerleri, 2007: 616; Passoni ve diğerleri, 2014: 275) olarak uygulanırken, yüz-yüze

uygulanan bireysel çalışmaların bakım verenlerin evlerinde de gerçekleştirilebildiği görülmektedir (Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2007: 425; Pan ve Chen, 2019: e55). Yüz yüze müdahalelere ek olarak, telefon görüşmeleri de bireysel (Meichsner ve diğerleri, 2019: 236; Wilz ve diğerleri, 2017: 774) olarak yapılabildiği gibi hem bireysel hem de grup görüşmeleri yapan çalışmalar da mevcuttur (Glueckauf ve diğerleri, 2007: 21). İnternet uygulamalarının ise genellikle bireysel yapıldığı göze çarpmaktadır (Kwok ve diğerleri, 2014: 631; Meichsner ve diğerleri, 2018: 594). Bireysel müdahaleler ile grup temelli müdahalelerin karşılaştırıldığı çalışmalarda, hangi uygulamanın daha etkili olduğuna dair çelişkili bulgulara ulaşılmıştır (Hopkinson ve diğerleri, 2018: e343; Knight ve diğerleri, 1993: 240; Selwood ve diğerleri, 2007: 75). Kısaca belirtmek gerekirse, demans tanısı olan bireylere bakım veren aile üyeleri için BDT temelli müdahaleler yüz yüze, telefon ve internet aracılığıyla bireysel ve grup olarak uygulanabilmektedir.

Demans tanısı olan bireylere bakım veren aile üyelerine yönelik BDT uygulamalarının seans sayıları değerlendirildiğinde, üç seans ile de on iki seans ile de görüşmelerin yapıldığı görülmektedir (örn. Barnest ve Markham, 2018: 615; Losada ve diğerleri, 2011: 1119). Seanslar ise haftada bir, iki haftada bir ve ayda bir uygulanmaktadır. Seanslarda uygulanan BDT'nin teknik ve müdahaleleri incelendiğinde sıklıkla psikoeğitimin, bilişsel yeniden yapılandırmanın, gevşeme egzersizlerinin, problem çözmenin, öfke yönetiminin, girişkenlik eğitiminin, aktivite planlamasının, iletişimin, değişim, yas ve kayıp ile baş etmenin, stres yönetiminin ve baş etme becerilerinin ele alındığı görülmektedir (ör., Akkerman ve Ostwald, 2004: 117; Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2007: 425; Passoni ve diğerleri, 2014: 275; Wilz ve diğerleri, 2018b: 301). Yani, seans sayıları çalışmalarda farklılık gösterdiği gibi, uygulanan BDT teknik ve müdahaleleri de farklılık gösterebilmektedir.

Seansların sayısına ve uygulanan müdahalelere ek olarak, demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyelerine yönelik BDT çalışmalarındaki değerlendirme zamanları da incelenmiştir. Çalışmalarda sıklıkla müdahaleden önce ve müdahaleden sonra ölçüm alındığı (Aboulafia-Brakha ve diğerleri, 2014: 801; Ali ve Bokharey, 2015: 249; Barnest ve Markham, 2018: 615; Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2007: 425; Glueckauf ve diğerleri, 2007: 21; Kwok ve diğerleri, 2014: 631; Losada ve diğerleri, 2011: 1119; Marquez-Gonzalez ve diğerleri, 2007: 616; Passoni ve

diğerleri, 2014: 275; Wilz ve diğerleri, 2018b: 301), bazı çalışmalarda ise takip değerlendirmelerinin yapıldığı görülmektedir (Akkerman ve Ostwald, 2004: 117; Gonyea ve diğerleri, 2016: 292; Meichsner ve diğerleri, 2018: 594; Meichsner ve diğerleri, 2019: 236; Meichsner ve Wilz, 2018: 218; Pan ve Chen, 2019: e55). Hatta müdahaleden iki yıl sonra ölçüm alan çalışmalar da mevcuttur (Wilz ve diğerleri, 2017: 774). Yapılan ölçümler değerlendirildiğinde, BDT uygulamalarının sonunda anksiyetenin (Aboulafia-Brakha ve diğerleri, 2014: 801; Akkerman ve Ostwald, 2004: 117; Barnest ve Markham, 2018: 615; Gonyea ve diğerleri, 2016: 292; Passoni ve diğerleri, 2014: 275), depresyonun (Barnest ve Markham, 2018: 615; Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2007: 425; Glueckauf ve diğerleri, 2007: 21; Losada ve diğerleri, 2011: 1119; Marquez-Gonzalez ve diğerleri, 2007: 616; Meichsner ve diğerleri, 2018: 594; Pan ve Chen, 2019: e55; Passoni ve diğerleri, 2014: 275; Wilz ve Soellner, 2016: 25), stresin (Aboulafia-Brakha ve diğerleri, 2014: 801; Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2007: 425), bakım yükünün (Aboulafia-Brakha ve diğerleri, 2014: 801; Ali ve Bokharey, 2015: 249), genel sağlık durumunun, öfkenin (Ali ve Bokharey, 2015: 249), bedensel şikâyetlerin (Wilz ve diğerleri, 2018a: e118), baş etmenin (Pan ve Chen, 2019: e55), yaşam kalitesinin (Barnest ve Markham, 2018: 615; Wilz ve diğerleri, 2017: 774), öz-yeterliliğin (Barnest ve Markham, 2018: 615; Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2007: 425; Glueckauf ve diğerleri, 2007: 21; Gonyea ve diğerleri, 2016: 292; Kwok ve diğerleri, 2014: 631), iletişim yeterliliğinin ve zorluğunun (Barnest ve Markham, 2018: 615), günlük yaşam etkinliklerinin (Pan ve Chen, 2019: e55; Passoni ve diğerleri, 2014: 275), bakım verenlerin değerlendirmelerinin, problem durumlarının (Glueckauf ve diğerleri, 2007: 21), hedeflere ulaşılmasının (Wilz ve diğerleri, 2018b: 301), psikolojik kaynak kullanımının (Meichsner ve diğerleri, 2018: 594; Töpfer ve Wilz, 2018: 173), yasın (Meichsner ve diğerleri, 2018: 594; Meichsner ve Wilz, 2018: 218), bakım verenin ihtiyaçlarının (Passoni ve diğerleri, 2014: 275), işlevselliğin (Aboulafia-Brakha ve diğerleri, 2014: 801), işlevsiz düşüncelerin (Losada ve diğerleri, 2011: 1119; Marquez-Gonzalez ve diğerleri, 2007: 616), serbest zaman doyumunun (Losada ve diğerleri, 2011: 1119), öz-kimlik kültürünün (Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2007: 425), bakım verilen demans tanısı olan kişinin nöropsikiyatrik belirtilerinin (Gonyea ve diğerleri, 2016: 292; Kwok ve diğerleri, 2014: 631), bakım verilen

bireyin bilişsel işlevlerinin (Pan ve Chen, 2019: e55), demansın davranışsal semptomlarının (Aboulafia-Brakha ve diğerleri, 2014: 801; Wilz ve diğerleri, 2018a: e118), demans tanısı olan kişinin hafıza ve davranış problemlerinin (Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2007: 425; Losada ve diğerleri, 2011: 1119; Marquez-Gonzalez ve diğerleri, 2007: 616), terapötik katılımın (Barnest ve Markham, 2018: 615), danışan memnuniyetinin (Glueckauf ve diğerleri, 2007: 21; Meichsner ve diğerleri, 2018: 594) ve tedavinin değerlendirilmesinin (Marquez-Gonzalez ve diğerleri, 2007: 616) ölçüldüğü görülmektedir. Tablo 3'te bu ölçümler yapılırken hangi ölçeklerin kullanıldığına dair örnekler yer almaktadır. Sonuç olarak, ele alınan çalışmalarda müdahaleden önce ve müdahaleden sonra ölçüm alındığı gibi takip ölçümlerinin de mevcut olduğu görülmektedir. Ayrıca, bakım verene, bakım alan demans tanısı olan bireye ve terapi sürecine dair değerlendirmeler yapılmıştır ve pek çok ölçüm aracından yararlanılmıştır.

BDT'nin hangi değişkenler üzerinde yararlı etkilerinin olduğu da incelenmiştir. BDT'nin fiziksel ve zihinsel/psikolojik sağlık (Ali ve Bokharey, 2015: 249; Meichsner ve diğerleri, 2019: 236; Wilz ve diğerleri, 2018a: e118), sağlık durumu (Meichsner ve diğerleri, 2019: 236; Wilz ve diğerleri, 2017: 774), kortizol düzeyi (Aboulafia-Brakha ve diğerleri, 2014: 801), bedensel yakınmalar (Wilz ve Soellner, 2016: 25), anksiyete (Passoni ve diğerleri, 2014: 275), depresif belirtiler (Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2007: 425; Gonyea ve diğerleri, 2016: 292; Losada ve diğerleri, 2011: 1119; Marquez-Gonzalez ve diğerleri, 2007: 616; Pan ve Chen, 2019: e55; Wilz ve diğerleri, 2018a: e118), öfke (Ali ve Bokharey, 2015: 249), bakım verme ile ilişkili stres (Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2007: 425), bakım ihtiyacı (Passoni ve diğerleri, 2014: 275), bakım yükü (Ali ve Bokharey, 2015: 249), kayıp öncesi yastan dolayı yaşanan yük (Meichsner ve Wilz, 2018: 218), öz-yeterlilik (Glueckauf ve diğerleri, 2007: 21; Gonyea ve diğerleri, 2016: 292; Kwok ve diğerleri, 2014: 631), yaşam kalitesi (Meichsner ve diğerleri, 2019: 236; Wilz ve diğerleri, 2017: 774), iyi oluş (Meichsner ve diğerleri, 2018: 594; Töpfer ve Wilz, 2018: 173; Wilz ve diğerleri, 2017: 774), baş etme (Meichsner ve diğerleri, 2018: 594; Pan ve Chen, 2019: e55; Wilz ve diğerleri, 2018a: e118), işlevsiz düşünceler (Losada ve diğerleri, 2011: 1119; Marquez-Gonzalez ve diğerleri, 2007: 616), davranışsal aktivasyon (Losada ve diğerleri, 2011: 1119), problem çözme (Glueckauf

ve diğerleri, 2007: 21), kaynak kullanımı (Meichsner ve diğerleri, 2018: 594; Töpfer ve Wilz, 2018: 173), kişisel amaçlara ulaşma (Wilz ve diğerleri, 2018b: 301), bakım verilen demans tanısı olan kişinin nöropsikiyatrik belirtileri (Aboulafia-Brakha ve diğerleri, 2014: 801; Gonyea ve diğerleri, 2016: 292; Kwok ve diğerleri, 2014: 631; Wilz ve diğerleri, 2018a: e118), bakım verenlerin nöropsikiyatrik semptomlara dair sıkıntıları (Gonyea ve diğerleri, 2016: 292; Kwok ve diğerleri, 2014: 631; Marquez-Gonzalez ve diğerleri, 2007: 616), iletişim zorluğu, bakım verdikleri kişi tarafından verilen değer, bakım verilen bireyi iletişim anlamında yeterli görme (Barnest ve Markham, 2018: 615), müdahale memnuniyeti (Glueckauf ve diğerleri, 2007: 21), tedaviye uyum ve tedavinin uygulanışı (Wilz ve diğerleri, 2018b: 301) üzerinde yararlı olduğu görülmektedir. Yapılan değerlendirmeler ile paralel olacak şekilde BDT müdahalelerinin demans tanısı olan bireye bakım verenlere, bakım verilen demans tanısı olan kişilere ve terapi sürecine olumlu katkılarının olduğu görülmektedir.

Bu kısma kadar demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyelerine yönelik BDT uygulamalarına dair genel bilgilere değinilmiştir. Aşağıdaki tablolarda örnek çalışmalar daha detaylı olarak yer almaktadır. Tablo 1’de çalışmaların genel özellikleri, Tablo 2’de çalışmalarda kullanılan BDT temelli müdahalelerin özellikleri bulunurken, Tablo 3’te ise BDT temelli müdahalelerin sonuçları mevcuttur.

Tablo 1: Çalışmaların Genel Özellikleri

Yazar ve Yıl	Ülke	Demans Türü	Demans Tanısı olan Kişi ile Yakınlığı	Katılımcı Sayısı	Yaş Ortalaması/ Standart Sapması	Yaş aralığı	Cinsiyet Dağılımı	Kontrol Grubu var mı?/Varsa Türü	Ortalama Bakım Verme süresi	Haftalık Bakım Vermeye Ayrılan Ortalama Zaman (saat)
Aboulafia-Brakha ve diğerleri, 2014	Brezilya (Sao Paulo)	AL	Eş, çocuk	27	BDTG: 59.42/6.67, EG: 55.07/10.68	BV	BDTG: %100'ü, EG: %67'si K	Eğitim alan grup ile BDT alan grup karşılaştırılıyor.	BDTG: 2.92 yıl, EG 3.60 yıl	BDTG: 42, EG: 37.8
Akkerman ve Ostwald, 2004	Amerika (Teksas)	AL	BV	35	BV	BV	BV	Var/Bekleme Listesi	BV	BV
Ali ve Bokharey, 2015	Pakistan (Lahor)	AL	Eş, çocuk, gelin	8	52.38/15.54	40-74	%37.5 E, %62.5 K	Yok	40 ay	BV
Barnest ve Markham, 2018	Birleşik Krallık	AL, VD ve KT	Eş ve çocuk	52	67/12.9	30-89	%23 E, %67 K	Var/Yalnızca bilgi verilen tartışma grubu	BV	BV
Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2007	Amerika (San Francisco)	Demans	Eş, kız çocuk ve gelin	45	DYG:60.91/10.99 TDG: 57.83/13.38	BV	%100 K	Var/ TDG	DYG 48.32 ay, TDG 41.26 ay	BV
Glueckauf ve diğerleri, 2007	Amerika (Florida)	AL ve VD	Eş, çocuk, kız kardeş ve yeğen	14	60.46/12.21	BV	%78.57 K, %21.43 E	Var/ Eğitim ve destek verilen kontrol grubu (Müdahale bittikten sonra isterlerse BDT'ye katılma seçeneği sunulmuştur)	5.50 yıl	46.14
Gonyea ve diğerleri, 2016	Amerika (Massachusetts)	AL	Eş, kız çocuk ve diğerleri	67	54.6/3.1	BV	%95.52 K %4.47 E	Var/Psikoeğitim Kontrol Grubu	BV	84

Kwok ve diğeri, 2014	Hong Kong	Demans	Eş, çocuk, gelin-damat, torun	26	BV	31- 60 yaş üstü	%73.1 K, %26.9 E	Yok	BV	BV
Losada ve diğeri, 2011	İspanya (Madrid)	AL ve diğeri	Eş, çocuk, gelin, damat, yeğen v.b	157	MG: 60.60/11.52, KG: 59.38/12.58	MG: 35-58, KG: 33-84	MG % 81.7'si K, %18.3'ü E, KG % 84'ü K, %16'sı E	Var/Standart bakım (Çalışma bittikten sonra kontrol grubundaki katılımcılara müdahaleye katılma teklifinde bulunulmuştur)	MG 50.76 ay, KG için 60.80 ay	MG: 80.71, KG: 70.07
Marquez-Gonzalez ve diğeri, 2007	İspanya (Madrid)	Demans	Eş, erkek evlat, diğeri akrabalar	74	İDDG: 58.1/13.9, BLKG: 55.4/15.9	İDDG: 24-83, BLKG: 18-85	İDDG: %82.4'ü K, %17.6'sı E, BLKG: %77.5 K, %22.5 E	Var/Bekleme Listesi	İDDG: 52.8, BLKG: 49 ay	İDDG: 91, BLKG: 63.7
Meichsner ve diğeri, 2018	Almanya (Jena)	AL, VD, FT ve B	Eş ve çocuk	37	62.11/9.67	41-82	%78.4 K, %21.6 E	Var/Bekleme listesi	4.5 yıl	BV
Meichsner ve diğeri, 2019	Almanya (Jena)	AL, VD, FT ve DT/B	Eş, çocuk ve diğeri	273	64.19/11.04	23-91	%80.6 K, %19.4 E	Var/Standart bakım	4.89 yıl	BV
Meichsner ve Wilz, 2018	Almanya (Jena)	AL, VD, FT ve DT/B	Eş, çocuk ya da başka bir aile üyesi	273	64.20/11.04	23-91	%80.6 K, %19.4 E	Var/ Bakım verme ve demans ile ilgili yazılı bilgi ve 40 Euro alıyorlar.	4.89 yıl	BV
Pan ve Chen, 2019	Çin	AL, VD, SMMT <17	Eş ve diğeri	112	62.7/10.9	BV	%62.5 K, %37.5 E	Var/Ayda 1 5-10 dakika uzunluğunda günlük sorular sorulan telefon görüşmesi	67.3 ay	119

Passoni ve diğerleri, 2014	İtalya (Milano)	AL	Eş, çocuk ve kız kardeş	102	BDTG: 58.9/12.9 , KYG: 56.5/12.2 , KG: 60.1/13.1	BV	%78.43 K, %21.6 E	Var, KYG ve sadece ölçüm alınan KG	BV	BV
Töpfer ve Wilz, 2018	Almanya (Jena)	AL, VD, FT ve DT/B	Eş, çocuk ve diğerleri	273	64.19/11.04	23-91	%80.6 K, %19.4 E	Var/Standart bakım	4.89 yıl	BV
Wilz ve diğerleri, 2017	Almanya (Jena)	AL, VD ve B	Eş, aynı jenerasyondan bir akraba, kız evlat, gelin, genç jenerasyondan bir akraba	105	61.40/9.41	BV	%82.9 K, %17.1 E	Var/Standart bakım	4.406 yıl	%81.8 7/24 bakım veriyor.
Wilz ve diğerleri, 2018a	Almanya (Jena)	AL, VD, FT ve DT/B	Eş, çocuk ve diğerleri	273	64.19/11.04	23-91	%80.6 K, %19.4 E	Var/Standart Bakım	4.89 yıl	BV
Wilz ve Soellner, 2016	Almanya (Hildesheim)	AL, VD ve DT	Eş, çocuk, gelin, damat	191	62.01/9.33	BV	%82.2 K, %17.8 E	Var/Tedavi görmeyen kontrol grubu ve sadece dikkat etkisini ölçmek amacıyla aşamalı kas gevşetme yapılan dikkat kontrol grubu	5.45 yıl	BV
Wilz ve diğerleri, 2018b	Almanya (Jena)	Yarısı AL	Eş, çocuk	139	63.91/11.47	23-85	%80.6 K, %19.4 E	Yok	4.02 yıl	BV

Not: AL: Alzheimer, BDTG: Bilişsel Davranışçı Terapi Grubu, BLKG: Bekleme Listesi Kontrol Grubu, DYG: Davranış Yönetimi Grubu, EG: Eğitim Grubu, KYG: Kendine Yardım Grubu, KG: Kontrol Grubu, İDDG: İşlevsiz Düşüncelerin Değiştirilmesi Grubu, MG: Müdahale Grubu, SMMT: Standardize Mini Mental Test, TDG: Telefon Destek Grubu, VS: Vasküler Demans, FD: Frontotemporal Demans, B: Bilinmeyen, DT: Diğer Türler, KT: Karma Tıp, K: Kadın, E: Erkek, BV: Bilgi verilmemiştir.

Tablo 2: Çalışmalarda Kullanılan BDT Temelli Müdahalelerin Özellikleri

Yazar ve Yıl	Tedavi Türü	Tedavi Yöntemi	Seans Bilgileri (adet/sıklık/süre)	BDT teknik ve müdahaleleri
Aboulafia-Brakha ve diğerleri, 2014	Yüz-yüze	Grup (6-9 katılımcılı)	8/Haftada 1/90 dakika	Psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, davranışsal aktivasyon, davranış yönetimi, bakım verilen birey ile eski ilişkilerin gözden geçirilip yakın ilişkinin yeniden kurulması, beklenen yas ve demansın ilerlemesi, bakım vermedeki yük ve stresin işaretlerini belirleme ve daha iyi baş etme için tavsiyeler
Akkerman ve Ostwald, 2004	Yüz-yüze	Grup (4-8 katılımcılı)	9 / Haftada 1 / 2 saat	Beceri eğitimi ve bakım verenlerin kaygısının fiziksel, bilişsel ve davranışsal öğeleri ele alınmıştır.
Ali ve Bokharey, 2015	Yüz yüze	Bireysel	10/ Haftada 1-2/45-60 dakika	Psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme egzersizleri, baş etme becerileri, öfke yönetimi, girişkenlik eğitimi, öz-yönetim ve kendi kendini sakinleştirici egzersizler, önel yük yönetimi ve fiziksel sağlık, uyku hijyeni ve eğitimi, zaman yönetimi becerisi, nüks önleme ve sosyal destek servisi
Barnes ve Markham, 2018	Yüz yüze	Bireysel	3/8 haftalık zaman diliminde 3 görüşme/1 saat	İletişim ve BDT'nin temel prensipleri
Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2007	Yüz-yüze	Bireysel (evde)	6 modül (her modül için 1 ya da daha fazla hafta gerekmektedir)/4 ay sürmekte/ 90 dakika	Davranış yönetimi, bilişsel yeniden yapılandırma, iletişim, aktivite planlaması
Glueckauf ve diğerleri, 2007	Telefon	Grup (7 seans) + Bireysel (5 seans)	12/Haftada 1/ İlk 6 seans 45 dakika, 7.- 11. Seanslar 1 saat	Demansın temel özelliklerine genel bakış, gevşeme eğitimi, bakım vermenin zorlayıcılığı ile ilgili etkili düşünme, hoş giden aktiviteler oluşturmak, bakım verme durumları ve aile ilgili girişkenlik, problem çözme ve sosyal destek
Gonyea ve diğerleri, 2016	Yüz yüze	Grup	5/Haftada 1/90 dakika ((3., 6., 9. ve 12. Haftalardaki grup seanslarından sonra telefonla görüşmesi	BDT'nin ABC modeli (davranışın öncülü, davranış ve davranışın sonucu), aktivite planlaması, iletişimin iyileştirilmesi, gevşeme egzersizleri, problem çözme ve öz-yeterlik iyileştirilmesi
Kwok ve diğerleri, 2014	İnternet	Bireysel	9/Haftada 1/BV	Demans tanısı olan kişinin davranış ve psikolojik semptomlarının yönetimi (bu semptomlarla ilgili işlevsiz düşüncelerin değiştirilmesi, öz-yardım stratejileri, etkili ve pratik baş etme stratejileri ve pozitif sonuçların ele alınması)
Losada ve diğerleri, 2011	Yüz-yüze	Grup (en fazla 8 katılımcılı)	12/Haftada 1 / Ortalama 1,5-2 saat	Bilişsel yeniden yapılandırma, davranışsal aktivasyon, yardım arama, yardım isteme

Marquez-Gonzalez ve diğerleri, 2007	Yüz-yüze	Grup (en fazla 8 katılımcı)	8/Haftada 1/2 saat	Bilişsel yeniden yapılandırma ve baş etme becerileri (yardım arama ve girişkenlik, gevşeme teknikleri ve hoş giden aktivitelerin arttırılması)
Meichsner ve diğerleri, 2018	İnternet	Bireysel	8/Tüm görüşmeler 8-20 hafta aralığında tamamlanmıştır/BV	Psikoeğitim, problem çözme, işlevsiz bilişlerin değiştirilmesi, desteğin arttırılması, değişim, yas ve kayıpla baş etme, öz-bakım ve aktivite arttırılması, stres yönetimi ve duygu düzenleme stratejileri
Meichsner ve diğerleri, 2019	Telefon	Bireysel	12/ilk 4 seans haftada 1, sonraki 6 seans 2 haftada 1, son 2 seans ayda 1 olmak üzere seanslar 6 ay içerisinde/50 dakika	Problem çözme, psikoeğitim, işlevsiz bilişlerin değişimi, bakımda destek almanın arttırılması, değişim, yas ve kayıp ile baş etme, öz-bakım, aktivite planlaması, stres yönetimi ve duygu düzenleme stratejisi
Meichsner ve Wilz, 2018	Telefon	Bireysel	12/ilk 4 seans haftada 1, sonraki 6 seans 2 hafta 1, son 2 seans ayda 1 olmak üzere seanslar 6 ay içerisinde/50 dakika	İşlevsiz bilişlerin değiştirilmesi ya da davranışsal problemlerle baş etme gibi bakım vermenin zorlayıcı yönlerine odaklanan 10 modül vardır. Bu modüllerden değişim, kayıp ve yas ile baş etme modülü bu çalışmanın en önemlisidir. Bu modülde ise acı veren düşüncelerin ve duyguların belirlenmesi ve ifadesi, acı veren duyguların yönetimi, düşüncelerin ve duyguların kabulü, işlevsel olmayan bilişlerin belirlenmesi ve değişimi, ilişkilerin yeniden tanımlanması, kaynakların aktifleştirilmesi, kayba adapte olma ele alınmaktadır.
Pan ve Chen, 2019	Yüz yüze	Bireysel (Ev)	5/Ayda 1/60 dakika (Her seanstan sonra 20-30 dakikalık telefon değerlendirmesi yapılmıştır)	Stres düzeylerinin, değerlendirmelerinin ve baş etmelerinin değerlendirilmesi ve üzerine eğitimlerin yapılması, beceri yönetimi ve gevşeme
Passoni ve diğerleri, 2014	Yüz-yüze	Grup (7-10 katılımcı)	6/ 15 günde 1/ 2 saat	Psikoeğitim, düşünce yeniden yapılandırılması, baş etme, problem çözme
Töpfer ve Wilz, 2018	Telefon	Bireysel	12/ilk 4 seans haftada 1, sonraki 6 seans 2 hafta 1, son 2 seans ayda 1 olmak üzere seanslar 6 ay içerisinde/50 dakika	Problem çözme, psikoeğitim, işlevsiz bilişlerin değişimi, bakımda destek almanın arttırılması, değişim, yas ve kayıp ile baş etme, öz-bakım, aktivite planlaması, stres yönetimi ve duygu düzenleme stratejisi
Wilz ve diğerleri, 2017	Telefon	Bireysel	7/ilk 4 seans haftada 1, 5. ve 6.seanslar 2 haftada 1, 7.seans ise 1 ay sonra olmak üzere toplamı 3 ayda gerçekleştirilmiştir/60 dakika	Problem çözme, rol oynama, öz-bakım aktiviteleri, bilişsel değerlendirme ve yeniden değerlendirme teknikleri, öfke yönetimi, bilişsel yeniden yapılandırma, psikoeğitim, rol değişimi ve kayıplara dair duyguların ele alınması, kayıp ve değişim ile baş etme ve yeni roller tanımlama

Wilz ve diğeri, 2018a	Telefon	Bireysel	12/ilk 4 seans haftada 1, sonraki 6 seans 2 hafta 1, son 2 seans ayda 1 olmak üzere seanslar 6 ay içerisinde gerçekleştirilmiştir/50 dakika	Problem çözme, psikoeğitim, işlevsiz bilişlerin değişimi, bakımda destek almanın artırılması, değişim, yas ve kayıp ile baş etme, öz-bakım, aktivite planlaması, stres yönetimi ve duygu düzenleme stratejisi
Wilz ve Soellner, 2016	Telefon	Bireysel	7/İlk 4 seans haftada 1, 5. Ve 6. Seanslar iki haftada 1, 7. Seans 1 ay sonra olmak üzere 3 aylık süre zarfında gerçekleştirilmiştir/60 dakika	Problem çözme, demans tanısı olan bireyin zorlayıcı davranışları ile baş etme, öz-bakımın artırılması, aktivite planlaması, nefes teknikleri, öfke yönetimi, duygu düzenleme becerileri ve baş etme, bilişsel yeniden yapılandırma, psikoeğitim, rol değişimi, kayıp ve yas ile baş etme
Wilz ve diğeri, 2018b	Telefon	Bireysel	12/seanslar 6 ay içerisinde gerçekleştirilmiştir/50 dakika	Problem çözme, psikoeğitim, işlevsiz bilişlerin değişimi, bakımda destek almanın artırılması, değişim, yas ve kayıp ile baş etme, öz-bakım, aktivite planlaması, stres yönetimi ve duygu düzenleme stratejisi

Tablo 3: Çalışmalarda Kullanılan BDT Temelli Müdahalelerin Sonuçları

Yazar ve Yıl	Değerlendirme zamanları	Ölçekler	BDT'nin yararları
Aboulafia-Brakha ve diğerleri, 2014	MÖ ve MS	ASÖ, ZBYT, BDE, STAI, TİDÖ, ADS ve tükürük örneği	Kortizol düzeyi ve Alzheimer tanısı olan kişinin nöropsikiyatrik semptomları
Akkerman ve Ostwald, 2004	MÖ, MS ve takip ölçümleri (Müdahale grubu için müdahaleden sonraki ölçümden 6 hafta sonra, bekleme listesi kontrol grubu için müdahaleden sonraki ölçümden 10 ve 16 hafta sonra)	BAE, HAM-A ve fizyolojik ölçümler	Anksiyete
Ali ve Bokharey, 2015	MÖ ve MS	HYDÖ, GSA-28 ve SÖÖTÖ	Yük, fiziksel ve zihinsel sağlık, öfke
Barnest ve Markham, 2018	MÖ ve müdahale başladıktan sonraki 12 haftanın içerisinde tekrar ölçümü	HAD, YKÖ, İÖÖ, GÖYÖ, İYÖ ve TKE	İletişim zorluğu, bakım verdikleri kişi tarafından verilen değeri hissetme, bakım verdikleri bireyi iletişim anlamında yeterli görme
Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2007	MÖ ve MS	EAMDA, ASÖ, HDPKL-R, ÖÖ-R ve SL-ASIA	Bakım verme ile ilişkili stres, depresif belirtiler
Glueckauf ve diğerleri, 2007	MÖ ve müdahale bittikten 1 hafta sonra	BVDE, BÖÖ, EAMDA, PDÖ ve DMÖ	Algılanan öz-yeterlik, problem çözme, müdahale memnuniyeti
Gonyea ve diğerleri, 2016	MÖ, MS ve 3 ay sonra takip değerlendirmesi	NPE, EAMDA, BÖÖ-R ve DKE	Demans tanısı olan kişinin nöropsikiyatrik semptomları ve bunlara dair bakım verenlerin sıkıntıları, bakım veren öz-yeterliği, depresif semptomlar
Kwok ve diğerleri, 2014	MÖ ve müdahaleden 1 ay sonra	NPE ve BÖÖ-R	Bakım verilen demans tanısı olan kişinin davranışsal ve psikolojik belirtileri ve bunlarla ilgili bakım verenin yaşadığı sıkıntı, bakım verenlerin üzücü düşünceleri kontrol etmelerine dair öz-yeterlikleri
Losada ve diğerleri, 2011	MÖ ve MS	HDPKL-R, BİDÖ, SZDÖ ve EAMDA	İşlevsiz düşünceler, davranışsal aktivasyon ve depresif belirtiler
Marquez-Gonzalez ve diğerleri, 2007	MÖ ve MS	EAMDA, BİDÖ, HDPKL ve TUD	Depresif belirtiler, işlevsiz düşünceler ve problemlili davranışların değerlendirilmesi
Meichsner ve diğerleri, 2018	MÖ, MS ve müdahaleden önce alınan ölçümden 5 ay sonra	DMÖ, EAMDA, BYÖ ve BPKKÖ	İyi oluş, bakım alan bireyin beklenen ölümü ile baş etme, psikososyal kaynak kullanımı

Meichsner ve diğerleri, 2019	MÖ, MS ve 6 ay sonra	WHOQOL-BREF	Yaşam kalitesi, sağlık durumundan memnuniyet, fiziksel ve psikolojik sağlık
Meichsner ve Wilz, 2018	MÖ, MS ve 6 ay sonra	BYÖ	Kayıp öncesi yastan dolayı yaşanan yük
Pan ve Chen, 2019	MÖ, MS ve 2 ay sonra	EAMDA, BÇÖ-20, GYAÖ ve SMMT	Depresif belirtiler ve aktif baş etme
Passoni ve diğerleri, 2014	MÖ ve 6 ay sonra	EGYAÖ, ADÖ, DÖ, DKE-KF ve BİD	Anksiyete ve bakım ihtiyacı
Töpfer ve Wilz, 2018	MÖ, MS ve 6 ay sonra	PKKÖ	İyi oluş ve gündelik hayatın zorlukları ile baş etme ile ilgili daha fazla kaynak kullanımı
Wilz ve diğerleri, 2017	MÖ ve 2 yıl sonra	EAMDA, GB, WHOQOL-BREF ve GAÖ	Duygusal iyi oluş, sağlık durumu, bedensel yakınmalar ve yaşam kalitesi
Wilz ve diğerleri, 2018a	MÖ, MS ve müdahale bittikten 6 ay sonra	EAMDA, GB, GAÖ ve ADS	Duygusal iyi oluş, depresyon, fiziksel sağlık semptomları, bakım verme durumlarıyla baş etme ve bakım alan bireyin davranışları
Wilz ve Soellner, 2016	MÖ, MS ve 6 ay sonra	EAMDA, GB, GAÖ	İyi oluş, bedensel yakınmalar, algılanan sağlık durumu, depresif belirtiler
Wilz ve diğerleri, 2018b	1. ve 2. Seanslarda amaçlar belirlenmiş olup, müdahalenin sonunda amaçlara ulaşıp ulaşılamadığı terapist ve katılımcı tarafından değerlendirilmiştir.	HUÖ ve seanslarla ilişkili değişkenleri değerlendirerek tedaviye uyum ve tedavinin uygulanışı değerlendirilmiştir.	Kişisel amaçlara ulaşma, tedaviye uyum ve tedavinin uygulanışı

Not 1: Türkçe adaptasyonu yapılan ölçeklerin adaptasyon yapılmış hallerinin isimleri yer alırken, adaptasyonu yapılmamış ölçeklerin yazarlar tarafından Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır.

Not 2: MÖ: Müdahaleden önce, MS: Müdahaleden Sonra

Not 3: ADÖ: Anksiyete ve Depresyon Ölçeği – Kısaltılmış Form (The Anxiety and Depression Scale-Reduced Form), ADS: Alzheimer Hastalığının Davranışsal Semptomları (BEHAVE-AD), ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği (Perceived Stress Scale), BAE: Beck Anksiyete Envanteri (Beck Anxiety Inventory), BÇÖ-20: 20 Maddelik Basitleştirilmiş Başa Çıkma Ölçeği (The 20-item Simplified Coping Scale), BDE: Beck Depresyon Envanteri (Beck Depression Inventory), BİD: Bakımveren İhtiyaç Değerlendirmesi (The Caregiver Need Assessment), BİDÖ: Bakımverme ile İlgili İşlevsiz Düşünceler Ölçeği (Dysfunctional Thoughts about Caregiving Questionnaire), BÖÖ: Bakımveren Öz-Yeterlik Ölçeği (The Caregiving Self-Efficacy Scale), BÖÖ-R: Bakımveren Öz-yeterliliği Ölçeği - Gözden Geçirilmiş Formu (Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy), BPKKÖ: Demans Hastalarına Aileden Bakımverenler için Psikolojik Kaynak Kullanım Ölçeği (Psychological Resource Utilization Questionnaire for Family Caregivers of People with Dementia), BVDE: Bakımveren Değerlendirme Envanteri (Caregiver Appraisal Inventory), BYÖ: Bakımveren Yas Ölçeği (The Caregiver Grief Scale), DKE: Durumluk Kaygı Envanteri – Durumluk (State Anxiety Inventory-State), DKE-KF: Durumluluk Kaygı Envanteri Kısaltılmış Form (State Anxiety Inventory Reduced Form), DMÖ: Danışan Memnuniyet Ölçeği (Client Satisfaction Questionnaire), DÖ: Depresyon Ölçeği – Kısaltılmış Form (Depression Questionnaire-Reduced Form), EAMDA: Epidemiyolojik Araştırmalar Merkezi-Depresyon

Skalası (Center for Epidemiological Studies Depression Scale), EGYAÖ: Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (Instrumental Activities of Daily Living), GAÖ: Görsel Analog Ölçeği (Visual Analog Scale), GB: Gießener Beschwerdebogen (GBB-24), GÖYÖ: Genel Öz-Yeterlik Ölçeği (The General Self-Efficacy Scale), GSA-28: Genel Sağlık Anketi – 28 (General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)), GYAÖ: Günlük Yaşam Etkinlikleri Ölçeği (Activities of Daily Living Scale), HAD: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale), HAM-A: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (Hamilton Anxiety Rating Scale), HDPKL: Hafıza ve Davranış Problemleri Kontrol Listesi (Memory and Behavior Problems Checklist), HDPKL-R: Gözden Geçirilmiş Bellek ve Davranış Problemleri Kontrol Listesi (Revised Memory and Behavior Problems Checklist), HUÖ: Hedefe Ulaşma Ölçeği (Goal Attainment Scaling), HYDÖ: Hastalık Yükü Değerlendirme Ölçeği (Burden Assessment Scale(BAS)), İÖÖ: İletişim Öz-Yeterlik Ölçeği (The Communication Self Efficacy Scale), İYÖ: İletişim Yeterliliği Ölçeği (The Communication Competence Scale), NPE: Nöropsikiyatri Envanteri (Neuropsychiatric Inventory-Severity Scale, Neuropsychiatric Inventory-Distress), ÖÖ-R: Öz-yeterlik Ölçeği Gözden Geçirilmiş Form (Revised Self-Efficacy Scale), PDÖ: Problem Değişim Ölçümleri (Issue Severity, Issue Frequency ve Issue Change), PKKÖ: Psikososyal Kaynak Kullanım Ölçeği (Psychosocial Resource Utilization Questionnaire), SL-ASIA: Suinn-Lew Asya Öz Kimlik Kültürü Ölçeği (The Suinn-Lew Asian Self-Identity Acculturation Scale), SMMT: Standardize Mini Mental Test (Mini Mental State Examination), SÖÖTÖ: Sürekli Öfke-Öfke Tarz Ölçeği (State-Trait Anger Expression Inventory – 2 (STAXI-2)), STAI: Durumluluk Sürekli Kaygı Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory), SZDÖ: Serbest Zaman Doyum Ölçeği (Leisure Time Satisfaction Scale), TİDÖ: Taşınabilir İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (Portable Functional Assessment Questionnaire), TKE: Terapötik Katılım Endeksi ve hazır olma (The Therapeutic Engagement Index (TEI) and readiness), TUD: Tedavi Uygulaması Değerlendirmesi (Assessment of Treatment Implementation), WHOQOL-BREF: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği – Kısa Form (World Health Organization Qol-BREF), YKÖ: Yetişkin Bakımverenler için Yaşam Kalitesi Ölçeği (Adult Carers Quality of Life Scale), ZBYT: Zarit Bakıcı Yükü Testi (Zarit Burden Interview)

1.3.1.2. Bakım Verenlere Yönelik Uygulanan Bilişsel Davranışçı Terapi Öğeleri

1.3.1.2.1. Psikoeğitim

Psikoeğitimin demans tanısı olan bireye bakım verenler için etkili bir öğe ve etkili bir müdahale olduğu belirtilmektedir (Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2001: 17; Hepburn ve diğerleri, 2006: 53; Livingston ve diğerleri, 2005: 1996; Pinquart ve Sörensen, 2006). Psikoeğitimin neleri kapsadığı incelendiğinde, psikoeğitim müdahalelerine dair yapılan bir gözden geçirme çalışmasında psikoeğitim müdahalelerinde Alzheimer hastalığı hakkında bilgi verildiği, bakıma dair plan yapıldığı, hastanın davranış yönetimine ve öz-bakımın önemine dair tavsiyeler verildiği, ayrıca stres yönetimine, hastanın davranış yönetimine, problem çözmeye ve karar vermeye dair eğitim verildiği görülmektedir. Bu müdahalelerin de bakım veren bireye uygun olarak bireyselleştirildiklerinde bakım yükünü azalttığı ifade edilmiştir (Beinart ve diğerleri, 2012: 638). Demans tanısı olan bireye bakım verenlere yönelik gerçekleştirilen bir başka psikoeğitim müdahalesinde ise demansa, olası bakım verme meselelerine, stres yönetimine ve demans tanısı olan bireyin davranışlarının yönetimine dair bilgi verilmiştir (Sörensen ve diğerleri, 2006:961). Özetle, psikoeğitim demans tanısı olan bireye bakım verenlerde kullanılmakta olup, farklı çalışmalarda farklı içeriklere sahip olabilmektedir.

1.3.1.2.2. Davranış Yönetimi

Stres Süreci Modeli'nde de belirtildiği gibi demans tanısı olan bireyin davranışları bakım verenler için ciddi bir sıkıntı oluşturmaktadır (Pearlin ve diğerleri, 1990: 583). Demans tanısı olan bireyin davranışlarının yönetimine dair yapılan pek çok müdahale bulunmaktadır. Örneğin, yapılan bir çalışmada demans tanısı olan bireyin nöropsikiyatrik belirtilerinin iyileştirilmesine yönelik psikolojik yaklaşımlar gözden geçirilmiştir. Çalışma kapsamında 162 çalışma ele alınmıştır. Demans tanısı olan bireyin nöropsikiyatrik semptomlarının yönetiminde, psikoeğitim müdahalelerinin etkili olduğu belirtilmiştir. Aynı etkinin bakım alanının ya da bakım

verenin davranışlarına özgü uygulanan davranış yönetimi tekniklerinde de görüldüğü ifade edilmiştir (Livingston ve diğerleri, 2005: 1996). Bir başka çalışmada ise hem egzersiz hem de davranış yönetimi uygulaması yapılmıştır. Davranış yönetimi bölümünde bakım verenlere bakım alan ve bakım veren etkileşimini olumsuz etkileyen ve günlük işleyişe zarar veren davranış problemlerini belirlemeleri ve değiştirmeleri öğretilmiştir. Bakım verenler bu davranışların ortaya çıkışını nasıl azaltacaklarına dair bilgi almalarının yanı sıra bakım verenlere demans tanısı olan bireyin sıkıntısının öncüllerini belirleme ve değiştirme de öğretilmektedir. Ayrıca, pozitif etkileşimi ve fiziksel ve sosyal aktiviteleri arttırmak için demans tanısı olan bireyin hoşuna giden aktivitelerin belirlenmesi konusunda bakım verenler desteklenmektedir. Çalışmanın sonucunda egzersiz ve davranış yönetimi müdahalesi alan katılımcıların bakım verdikleri bireyin, depresyon ve fiziksel sağlık düzeylerinin iyileştiği ifade edilmiştir (Teri ve diğerleri, 2003: 2015). Sonuç olarak, davranış yönetimine yönelik pek çok uygulama mevcuttur.

Demans tanısı olan bireylerin davranış problemlerini anlamak için bir model sunulmuştur. Bu model Karşılansız İhtiyaçlar Modeli'dir (Unmet Needs Model). Bu modelin demans tanısı olan bireylerin agresyon gibi davranışsal problemlerini anlamak için kullanışlı bir çerçeve sunacağı ifade edilmektedir. Bu model demans tanısı olan bireylerin davranışsal problemlerinin içsel (ağrı ya da susuzluk) ya da dışsal (çevreden ya da bakım verenden çok az ya da çok fazla uyarıcı almak) karşılansız ihtiyaçlar sonucunda ortaya çıktığını belirtmektedir. Bu model ayrıca, bu davranışların nedenlerinin değiştirilebilir olduğunu varsaymaktadır. Bir başka deyişle, bu modeli temel alan müdahalelerde karşılansız ihtiyaçlara müdahale edilmesinin, demans tanısı olan bireyin problemli davranışlarında azalma sağlayacağı ifade edilmektedir (Algase ve diğerleri, 1996: 10). Uykusuzluk, açlık ve iletişim zorlukları gibi problemleri ele alan ihtiyaç temelli müdahale çalışmaları da demans tanısı olan bireylerin problemli davranışlarını azaltmada etkili bulunmuştur (Palmer ve diğerleri, 1999: 312; Richards ve diğerleri, 2000: 62). Ancak, bu müdahalelerin tam olarak ihtiyaca yönelik olmayacağının bir kısıtlılık olacağı belirtilmiş olup, Cohen-Mansfield ve arkadaşları çalışmalarında ihtiyaçlar için karar verme ağacı protokolünden yararlanmışlardır. Çalışmanın sonucunda da ajitasyon düzeyinde azalma görülmüştür (Cohen-Mansfield ve diğerleri, 2007: 908). Özetle, demans

tanısı olan bireylerin davranışsal problemleri için davranış yönetimine dair uygulamalar olduğu gibi davranış problemlerinin temelindeki karşılanmayan ihtiyaçların da karar verme ağacı protokolü kullanılarak bireyselleştirilerek ele alınmasının yararlı olacağı belirtilmektedir.

1.3.1.2.3. Aktivite Planlaması

Hoşa giden aktivitelerin arttırılması BDT için önemli bir öge olmasının yanı sıra, bireylerin sıkıntılarının üzerinde olumlu etkilerinin olduğu bakım verenler de dahil olmak üzere pek çok örnekleme tespit edilmiştir (Carbonneau ve diğerleri, 2011: 31; Coon ve diğerleri, 2003: 678; Jacobson ve diğerleri, 2001: 255; Thompson ve diğerleri, 2002: 211). Ayrıca aktivite planlaması gibi davranışsal bir müdahalenin bilişsel sonuçları değiştirmede bilişsel müdahaleler kadar etkili olduğu ifade edilmektedir (Jacobson ve diğerleri, 1996: 295).

Yapılan bir çalışmada demans tanısı olan bireye bakım verenlerde, davranışsal aktivasyonun ve işlevsiz düşüncelerin değişiminin etkisi incelenmiştir. Yüz yetmiş demans tanısı olan bireye bakım veren birey, seçkisiz olarak müdahale ya da kontrol grubuna atanmışlardır. Katılımcıların depresyon seviyesi, davranışsal aktivasyonu ve işlevsiz düşünceleri hem başlangıçta hem de müdahaleden sonra değerlendirilmiştir. On iki grup temelli seanstan oluşan müdahalede bilişsel davranışçı tekniklerin yanı sıra bakım verenler demans tanısına sahip yakınlarına bakım vermenin basit prensipleri hakkında eğitim almışlardır. Davranışsal aktivasyon ile ilgili olarak boş zaman aktivitesi yapma ile ilgili zorluklar ele alınmıştır. Bu çalışmalar sırasında yaptıkları aktivite ve duygu durumlarının ilişkisini gösteren grafiklerden yararlanılmıştır. Ayrıca, bakım verenlerin sorumlulukları ve hoşa giden aktiviteleri arasındaki denge değerlendirilmiştir. Buna ek olarak, katılımcılar ile o hafta içerisinde yapabilecekleri beş hoşa giden aktivite seçilmiştir. Her seansta bir önceki seansta seçilen aktivite ile ilgili bilgi vermiştir. Müdahalenin sonunda müdahale grubundaki katılımcıların depresyon seviyelerinde, işlevsiz düşüncelerinde ve boş zaman aktivitelerinin sıklığında olumlu değişimler görülmüştür. Ayrıca, müdahaleye katılan bakım verenlerin depresyon seviyelerindeki olumlu değişimin işlevsiz düşüncelerdeki ve davranışsal aktivasyondaki olumlu

değişim ile sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır (Losada ve diğerleri, 2011: 1119). Bu çalışmada aktivite ve duygudurum ilişkisini gösteren grafiklerden yararlanılmasına benzer şekilde Alzheimer hastalarına bakım verenlerle yapılan bir başka çalışmada yirmi dört katılımcıdan iki hafta boyunca her gün dört kez olmak üzere günlük tutmaları istenmiştir. Bu günlükte katılımcılar yaptıkları aktiviteler ile pozitif ve negatif duygulanımlarına dair bilgi vermişlerdir. Aktivitede bulunmanın, pozitif duygulanım ile pozitif ilişkisinin olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca, aktivitelerden alınan keyif pozitif duygulanım ile pozitif ilişkili iken, negatif duygulanım ile negatif ilişkilidir (Mausbach ve diğerleri, 2008: 366). Yapılan bir başka çalışmaya, 100 demans tanısı olan bireye bakım veren katılmıştır. Katılımcılar hoş giden aktivite programı olan gruba ya da bilgi desteği verilen kontrol grubuna seçkisiz olarak atanmışlardır ve müdahale öncesi, sonrası ve müdahaleden bir yıl sonra depresyon, pozitif ve negatif duygulanım bağlamlarında değerlendirilmişlerdir. Hoş giden aktivite grubuna katılan katılımcıların müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçümleri karşılaştırıldığında depresif belirtilerinde ve negatif duygulanımlarında azalma görülmüştür (Moore ve diğerleri, 2013: 623). Sonuç olarak, demans tanısı olan bireye bakım verenlerin aktivitelerinin arttırılmasına dair müdahaleler bakım verenler için pek çok olumlu sonuç ile ilişkili bulunmuştur.

Yüz-yüze yapılan görüşmelere ek olarak, aktivite arttırılmasına dair telefon temelli görüşmeler de yapılmıştır. Telefon temelli yapılan bir çalışmaya 59 demans tanısı olan bireye bakım veren katılmıştır. Tüm katılımcılar ilk dört hafta haftada bir 30 dakika olmak üzere telefon aracılığıyla psikoeğitim almışlardır. Psikoeğitimin ilk haftasında bütün katılımcılar demans ile ilişkili davranışsal değişimler ve belirtiler ile ilgili bilgilendirilmişlerdir. Ayrıca, bu değişimlerin ve belirtilerin bakım veren üzerindeki olası etkileri ile ilgili de bilgi verilmiş olup, katılımcılar bakım verme deneyimlerini paylaşımları konusunda teşvik edilmişlerdir. İkinci haftada katılımcılar stresin fiziksel, sosyal ve psikolojik sonuçlarını ve kendi streslerinin farkında olmayı öğrenmiş olup, kendi stresleri ile ilgili konuşmaları konusunda teşvik edilmişlerdir. Üçüncü haftada kendileri için hoş giden aktivitelerin belirlenmesi ve planlanması hakkında bilgi edinmişlerdir. Psikoeğitimin son haftasında ise iletişimi, pasif, agresif ve girişken gibi farklı iletişim şekillerini ve aile üyelerinden destek alabilmek için kendi ihtiyaçları hakkında iletişim kurmayı

öğrenmişlerdir. Sonraki dört aylık süre zarfında ise iki haftada bir 15-20 dakika olmak üzere sekiz seans gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar sadece psikoeğitim ile psikoeğitim ve davranışsal aktivasyon gruplarına seçkisiz olarak atanmışlardır. Sadece psikoeğitim grubundaki katılımcılar psikoeğitim ve ilişkili bilgiler ile ilgili genel tartışmalara katılmışlardır. Psikoeğitim ve davranışsal aktivasyon grubundakiler ise hoş giden aktivitelerin programlanmasına ve iletişimin iyileştirilmesine odaklanmışlardır. İlk dört seansta hoş giden aktivite planlanmasına, sonraki dört seansta ise etkili iletişime odaklanılmıştır. En başta katılımcıların zamanlarını nasıl geçirdiklerini ve nasıl iletişim kurduklarını daha net anlamak için aktivite izlemi yapılmıştır. Sonrasında hoş giden aktivitelerin ve etkili iletişimin planlanması ele alınmıştır. Ardından, geri bildirim ve öz değerlendirmelere dayalı olarak hoş giden aktivitelerin ve iletişimin teşvik edilmesine veya değiştirilmesine odaklanılmıştır. Son olarak, değişim sonrasında aktivitelerin yeniden programlanması ve gözden geçirilmesi yer almaktadır. Uygulamanın sonucunda, psikoeğitim grubuna kıyasla psikoeğitim ve davranışsal aktivasyon alan grubun depresif belirtilerinde azalma görülmüştür (Au ve diğerleri, 2015: 611). Bu çalışma sonrasında, 93 katılımcılı daha büyük bir örneklem ile araştırma tekrarlanmış ve aynı bulguya bu çalışmada da ulaşılmıştır. Ayrıca, saat bağlamında daha fazla bakım veren bireylerin müdahaleden daha fazla fayda sağladıkları ve psikoeğitim ve davranışsal aktivasyon grubundaki katılımcıların duygu düzenleme stratejisi kullanım sıklığında artış olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Au, 2015: 190). Başka bir deyişle, aktivite planlamasına dair yüz-yüze görüşmelere ek olarak yapılan telefon temelli müdahalelerin de demans tanısı olan bireye bakım verenler için olumlu sonuçları bulunmaktadır.

Hoş giden aktivitelerde bulunmanın yanı sıra aktivitelerde kısıtlama olmasının da bireyleri olumsuz etkilediği ifade edilmektedir (Williamson ve Schulz, 1992: P367). Bu durum Aktivite Kısıtlama Modeli kapsamında incelenmiştir (Williamson, 2000: 339). Yapılan çalışmalarda bakım vermenin çoklu zorlukları ve bakım verenlerin karşılaştıkları büyük yaşam zorlukları nedeniyle bakım verenlerin kısıtlı sayıda aktivitede bulundukları ifade edilmiştir (Mausbach ve diğerleri, 2008: 366). Kısıtlı sayıda aktivitede bulunmanın hem bakım verenlerde (Mausbach ve diğerleri, 2011: 900) hem de daha spesifik olarak Alzheimer hastalarına bakım

verenlerde depresyon ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Mausbach, Patterson ve Grant, 2008: 459). Hoşa giden aktivitelerin gözlenebilir ve ölçülebilir olduğu, ancak aktivite kısıtlamasının bireyin bilişsel değerlendirmesine dayandığı ifade edilmektedir. Bireyin daha fazla hoşa giden aktivitede bulunmasının tek belirleyici olmayacağı, eğer birey aktivitelerinde kısıtlama hissediyorsa bunun da belirleyici olacağı belirtilmiştir. Yapılan bir çalışmada da bireylerin hem hoşa giden aktivite düzeyleri hem de aktivite kısıtlama düzeyleri incelenmiştir. Daha az hoşa giden aktivite ve daha fazla aktivite kısıtlaması yaşayan bireylerin daha fazla duygudurum bozukluğu, daha fazla olumsuz baş etme stillerinin kullanımı, daha az olumlu baş etme stratejileri kullanımı, psikolojik kaynakların azalımı, artan öznel sağlık zorlukları (Mausbach ve diğerleri, 2011: 900) ve daha fazla uyku bozukluğu (Moore ve diğerleri, 2013: 623) rapor ettikleri tespit edilmiştir. Bu çalışma davranışsal aktivasyon çalışmalarında, aktivite kısıtlamasının da ele alınmasının önemine işaret etmektedir. Aktivite kısıtlaması ile ilgili ölçek kullanılabildiği (Williamson ve Schulz, 1992: P367) gibi tek madde ile de aktivite kısıtlaması hakkında bilgi alınabilmektedir. Örneğin; düşme korkusu taşıyan bireylerde aktivite kısıtlamasını değerlendirmek için “Düşme korkunuzdan dolayı daha önce yaptığınız aktivitelerinizin kısıtlandığını düşünüyor musunuz?” sorusu yönlendirilebilmektedir (Buchner ve diğerleri, 1993: 297). Bu soru pek çok çalışmada da kullanılmaktadır (Curcio ve diğerleri, 2009: 460; Fletcher ve Hirdes, 2004: 273; Zijlstra ve diğerleri, 2007: 304). Kısaca belirtmek gerekirse, demans tanısı olan bireylere bakım verenler için sadece aktivite artırılması yeterli olmayabilmektedir, bireylerin kendilerini aktivite anlamında ne kadar kısıtlı hissettiklerinin de değerlendirilmesi önem taşımaktadır.

Bakım verenlerin aktiviteleri arttırıldığı gibi demans tanısı olan bireyin aktiviteleri de arttırılmaya çalışılmaktadır. Demans tanısı olan bireylerin aktivitelerini arttırmaya yönelik bir program olan “Kişiye Uyarlanmış Aktivite Programı (Tailored Activity Program)“, 4 ay süren 8 seanstan oluşmaktadır. Seanslarda bilgi verilmesinin, bakım veren ve bakım alan iletişiminin gözlenmesinin yanı sıra demans tanısı olan bireye uygun aktiviteler oluşturulmuştur. Bu aktiviteler görüşme sırasında hoşa giden aktiviteler ölçeğinden yararlanılarak, beyin fırtınası sonucunda oluşturulmuştur. Sonrasında üç aktivite seçilmiş ve bu aktivitelerden biri

ilk hedefe konulmuştur. Bakım veren ile rol yapma teknikleri ile hedefteki aktiviteyi nasıl uygulayacakları gösterilmiştir. Bu aktivite ile ilgili iletişim tekniklerinin nasıl olması gerektiği hakkında ve ortamın ve aktivitenin basitleştirilmesi hakkında bilgi verilmiştir. Sonrasında bu aktiviteyi ne zaman ve haftada kaç kez teklif etmesi görüşülmüştür. İlerleyen seanslarda ise hedef aktivitedeki ilerlemeler ve varsa problemler ele alınmaktadır. Bu programın sonucunda anımsatma ve fotoğraf, ev işleri, oyun ve boş zaman, sanat ve el işi, egzersiz ve fiziksel aktivite ve video ve müzik olmak üzere altı temel alan olarak belirlenen 170 aktivite belirlenmiştir. Bu aktivitelerin ortalama dört kez ve 23 dakika sürecek şekilde %81,5'inin uygulandığı belirtilmiştir. Bakım verenler demans tanısı olan bireyin davranışsal belirtileri ile ilgili daha az mutsuzluk, daha fazla beceri ve kişisel kontrol rapor etmişlerdir. Bu çalışmanın hem bakım verenlere hem de davranışsal belirtilerin yönetilmesinde demans tanısı olan bireye yararlı olabileceği ifade edilmiştir (Gitlin ve diğerleri, 2009: 428). Ayrıca hem bakımveren hem de bakım alan demans tanısı olan bireyin ortak yapacakları aktivitelerin de bakım verenlerin genel sağlık durumu ve bakım verme yükü üzerinde olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Searson ve diğerleri, 2008: 276). Özetle, demans tanısı olan bireyin aktivitelerinin arttırılması da hem bakım verenler için hem de demans tanısı olan bireyler için olumlu sonuçları beraberinde getirmektedir.

Sonuç olarak, demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyeleri için aktivitelerinin arttırılmasının ve aktiviteleri artsa bile kendilerini aktivite anlamında kısıtlanmış hissedip hissetmediklerinin değerlendirilmesinin faydalı olduğu görülmektedir. Ayrıca, demans tanısı olan bireyin aktivitelerinin arttırılması da yarar sağlamaktadır.

1.3.1.2.4. Sosyal Destek

Sosyal destek ile ilgili olarak, demans tanısı olan bireylere bakım verenlere yönelik yapılan sosyal destek müdahalelerine dair bir gözden geçirme çalışması yapılmıştır. Çalışma kapsamında 39 çalışma incelenmiştir. Akran desteği, aile desteği ve sosyal ağ müdahaleleri, destek grupları ve telefon ve internet ile uzaktan yürütülen müdahaleler gibi dört farklı sosyal destek müdahalesinin olduğu sonucuna

ulaşılmıştır. Çalışmaların büyük çoğunluğunda, sosyal destek müdahalesinin iyi oluş ile ilişkili değişkenlere etkisinin değerlendirildiği ifade edilmiştir. Sosyal destek müdahalelerinin başka ögelerle birlikte daha etkili olduğu belirtilmiştir (Dam ve diğerleri, 2016: 117). Bireylerin sahip oldukları sosyal destek çevrelerinden yardım almalarında etkilidir. Ancak, yardım alma davranışı ile ilgili olarak yapılan bir çalışmada, demans tanısı olan bireye bakım veren Çinli bireyler, aile üyelerini rahatsız etmekten endişe duyduklarını rapor etmişlerdir (Au ve diğerleri, 2013: 1422). Özetle, çok farklı sosyal destek müdahaleleri olsa da sosyal desteğin başka ögelerle daha etkili olduğu ifade edilmektedir. Sosyal desteğin demans tanısı olan bireye bakım verenlerin yardım aramalarında da etkili olduğu belirtilmektedir.

1.3.1.2.5. Problem Çözme

Lazarus ve Folkman'ın Stresle Baş Etme teorisine göre bireyin baş etme becerileri strese başarılı uyum için temel öneme sahiptir (1984). Stres yönetimini kolaylaştıran baş etmenin bir yönü de problem çözme becerisidir (D'Zurilla ve Goldfriend, 1971:107). Kanser hastalarına bakım verenler ile gerçekleştirilen bir çalışmada problem çözme ile ilgili basamaklar sunulmaktadır. Birinci basamağı problemin tanımlanması (problem ne zaman ortaya çıktı? Problemin sonuçları nelerdir?) oluştururken; ikinci basamakta problemle ilgili ne zaman profesyonel yardıma başvurulmalıdır (acile başvurulması gerekli olan ya da olmayan belirtiler) sorusu ele alınmaktadır. Üçüncü basamakta, yardım etmek için neler yapılabileceği incelenmektedir. Dördüncü basamakta ise bakım verme planı ile ilgili olası engeller değerlendirilmektedir. Son basamak olan beşinci basamakta ise planın gerçekleştirilmesi yer almaktadır. Bu beş basamak bakım verenlere bireysel olarak, diz üstü bilgisayardan sunum yapılarak ve genel bakım verme problemlerinden bir örnek ile açıklanmıştır. Katılımcılar kendi deneyimlerini aktarmaları ve soru sormaları konularında desteklenmişlerdir. Müdahale yaklaşık bir saat sürmektedir. Bu basamakların bakım verene aktarıldığı ve bu basamakların bakım vermenin genel problemlerine uyarlanabileceği ifade edilmektedir. Otuz dört katılımcı ile gerçekleştirilen bu müdahalenin sonucunda; katılımcıların duygusal gerilimlerinde, bakım vermeye dair güvenlerinde ve pozitif problem çözme yaklaşımlarında iyileşme

görülmüştür (Cameron ve diğerleri, 2004: 137). Yapılan bir başka çalışmada ise yakın zamanda hafif düzey bilişsel bozulma tanısı alan ya da demans başlangıcı olan bireylere bakım verenlere problem çözme terapisi uygulanmıştır. Çalışmaya 73 bakım veren katılmış olup, katılımcılar problem çözme terapisi ve beslenme eğitimi gruplarına seçkisiz olarak atanmışlardır. Değerlendirmeler en başta ve müdahaleden sonraki 1., 3., 6., ve 12. aylarda yapılmıştır. Müdahalenin iki aşaması bulunmaktadır. Bakımverenin evinde ve yaklaşık iki haftada bir ve herbiri yaklaşık 1,5 saat olarak gerçekleştirilen altı seanstan oluşan ilk aşama ve yine iki haftada bir olan ve herbirinin yaklaşık 45 dakika sürdüğü üç telefon görüşmesi şeklinde olan ikinci aşama mevcuttur. Problem çözme terapisi alan katılımcılar ilk seansta 1) seansların yapısı, 2) hafif düzey bilişsel bozulma ya da demans ve aile bakım vereninin rolleri, 3) problemler, aşırı stres, depresyon ve anksiyete belirtileri arasındaki bağlantı, 4) düşük duygudurum ve hoşla giden aktivitelerin azalması arasındaki ilişki ve 5) problem çözme eğitiminin gerekçelerine dair yazılı ve sözlü eğitim materyalleri almışlardır. İlerleyen seanslarda ise problem çözme eğitiminin uygulanmasının üzerinde durulmuş ve bu konu ile ilgili yazılı materyal almışlardır. Problem çözmenin aşamaları ise şu şekilde özetlenmiştir: 1) problemin net bir şekilde tanımlanması, 2) gerçekçi hedefler konulması, 3) çözümlere dair beyin fırtınası, 4) her çözüme dair artıların ve eksilerin listelenmesi, 5) çözüm seçmek, 6) bir hareket planı oluşturmak ve 7) gelişimi değerlendirmek. Müdahalenin ikinci aşamasına geçmeden önce en az bir problem, katılımcı ve müdahaleyi gerçekleştiren uzman tarafından beraber aşamalandırılmıştır. Müdahalenin sonunda, beslenme eğitimi alan gruba kıyasla problem çözme müdahalesi alan grubun depresif belirtilerinde azalma olduğu görülmüştür. Ayrıca, problem çözme müdahalesi alan katılımcıların anksiyete düzeylerinde ve negatif problem yönelimlerinde azalma olmuştur (Garand ve diğerleri, 2014: 771). Yani demans tanısı almış bireylere bakım verenlere uygulanan problem çözme terapisi bakım verenlerin depresif belirtilerini, anksiyete düzeylerini ve negatif problem yönelimlerini azaltmaktadır (Garand ve diğerleri, 2014: 771). Özetle, baş etmenin bir yönü olan problem çözme demans tanısı olan bireylere bakım verenlere de uygulanmış olup olumlu sonuçlar alınmıştır.

1.3.1.2.6. İletişim

Bakım veren ve bakım alan arasındaki iletişimin eksikliğinde ilişkide anlaşmazlıklar, sosyal izolasyon, depresyon, bakım yükü, stres ve erken dönemde kurumlara yatırma görülmektedir (Williamson ve Schulz, 1993: 747; Steeman ve diğerleri, 1997: 295; Orange ve Colton-Hudson, 1998: 56). Bu sebeple de yapılan araştırmalarda, bakım veren ve bakım alan arasındaki iletişimi güçlendirmeye yönelik pek çok öneri mevcuttur. Yapılan bir çalışmada da bu öneriler bir araya getirilmiştir. Bu öneriler; kısa ve basit cümleler kullanın, yavaş konuşun, aynı anda sadece bir soru sorun ya da bir talimat verin, demans tanısı olan bireye onun önünden ve yavaşça yaklaşın ve göz kontağı kurup sürdürün, dikkatini dağıtacak uyaranlardan uzak durun, cevap vereceği zaman fazlaca zaman ayırın ve konuşmasını bölmeyin, açık-uçlu sorular yerine evet-hayır sorularını kullanın, detaylandırması konusunda destekleyin, iletmek istediklerinizi aynı kelimelerle tekrarlayın ve tekrar edilen mesajları başka sözcüklerle aktarın şeklindedir (Small ve Gutman, 2002: 270). Sonuç olarak, demans tanısı olan birey ile bakım verenin iletişimi önemlidir ve bu anlamda araştırmalarda tavsiyelere yer verilmiştir.

1.3.1.2.7. Bilişsel Yeniden Yapılandırma

Bilişsel modele göre, olumlu veya olumsuz psikolojik durum uyumlu ya da uyum bozucu düşünce şekillerinin aktive olmasından kaynaklanmaktadır. Bir başka deyişle, bireylerin düşünce hataları, davranışları ve duyguları uyum bozucu şekilde yönlendirmektedir (Clark ve diğerleri, 1999). Bilişsel modelin bakım verenlere uygulanması da uyumsuz şemaların ve düşünce hatalarının bakım verenlerin iyi oluşlarını ve bakım verenlerin davranışları, duyguları ve baş etme davranışları yoluyla adaptasyonlarını etkilediği görüşüne dayanmaktadır (Losada ve diğerleri, 2006: 115). Paralel olarak, düşünce hatalarının, bakım vermeye özgü olsa da (Losada ve diğerleri, 2006: 115) olmasa da (McNaughton ve diğerleri, 1995: 78), bakım verenlerin sıkıntıları ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan bir çalışmada düşünce hatalarının, depresyon, dış kontrol odağı ve kötü sağlık ile pozitif ilişkisinin olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmanın altı ay sonraki izlem görüşmelerinde ise

düşünce hatalarına daha az takılıp kalmanın algılanan fiziksel sağlığın daha iyi olması ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (McNaughton ve diğerleri, 1995: 78).

Düşünce hatalarının değiştirilmesine dair yapılan pek çok müdahale bulunmaktadır. Bu müdahalelerde, bakım verenlerin işlevsiz inançlarının ve düşüncelerinin fark edilmesi ve değiştirilmesine yönelik bilişsel yeniden yapılandırma uygulanmaktadır. Bu çalışmaların bir diğer amacı da bakım verenlerin bakım verme sorumlulukları ile daha iyi baş edebilmeleri için daha gerçekçi inançlara ve amaçlara sahip olabilmelerini desteklemektir (Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2002). Bu anlamda yapılan bir grup çalışmasında, her biri iki saat süren sekiz seans yapılmıştır. Seanslar en fazla sekiz bakım veren ile haftada bir olacak şekilde gerçekleştirilmiştir. Müdahale, işlevsiz düşünceler ve davranışsal beceriler olmak üzere iki modülden oluşmaktadır. İşlevsiz düşünceler modülünde, işlevsiz düşüncelerin ve bilişsel hataların yönetimine odaklanılmaktadır. Temel amacı, bakım verenlerin bakım verme ile ilişkili işlevsiz düşüncelerini fark etmeleri ve değiştirmeleridir. Bu modülde bakım verenler öncelikle bilişsel davranışçı terapinin temel prensipleri ile tanıştırılmışlardır. Bu sayede bakım verme görevlerine ve durumlarına dair yorumlamaları ve düşünceleri ile duyguları arasındaki ilişkilerin farkında olmalarına yardım edilmektir. Ardından, durum, düşünce ve duygu olmak üzere üç sütunu olan formdan yararlanarak işlevsiz düşüncelerin belirlenmesi ve tanımlanması sağlanmaya çalışılmıştır. Son olarak, bakım verenler kendi işlevsiz düşüncelerini fark ettiklerinde bunları alternatif düşünceler ile değiştirmeleri sağlanmaya çalışılmıştır. Bu aşamada üç sütunlu olan forma alternatif düşünce ve alternatif düşünce ile ilişkili duygu olmak üzere iki sütun daha eklenmiştir. İkinci modül olan davranışsal becerilerde ise bakım verenlerin bakım verme sorumlulukları ile daha etkili baş edebilmeleri için baş etme becerilerinin öğretilmesi yer almaktadır. Uygulamada iki modül olsa da işlevsiz düşüncelere odaklanan birinci modüle ağırlık verilmiştir. Seanslarda ise öncelikle ev ödevi, ardından o haftanın uygulaması ele alınmış, sonrasında da o haftanın ödevi verilmiştir. Seansın son 10 dakikalık kısmında ise grup gevşeme egzersizleri yapılmaktadır. Bu çalışmaya 74 bakım veren dahil edilmiş olup, katılımcılar bakım vermeye dair işlevsiz düşüncelerin değiştirilmesi grubuna ve bekleme listesi grubuna seçkisiz atanmışlardır. Otuz dokuz katılımcı ile müdahale sonrası değerlendirmeler tamamlanmıştır. Müdahale

grubundaki katılımcıların bakım verme ile ilgili işlevsiz düşüncelerinin ve depresif belirtilerinin azaldığı ve bakım alan bireyin problemleri davranışlarına dair değerlendirmelerinin de değiştiği sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca bu çalışmanın bir diğer önemli bulgusu da yapılan bilişsel davranışçı terapi müdahalesi ile depresif belirtiler arasındaki ilişkide işlevsiz düşüncelerin aracı rolünün olmasıdır. Bir başka deyişle, bilişsel davranışçı terapi müdahalesinin depresif belirtiler üzerinde olumlu değişim yaratması işlevsiz düşüncelerdeki olumlu değişim ile açıklanmaktadır (Marquez-Gonzalez ve diğerleri, 2007: 616).

Demans tanısı olan bireye bakım verenler ile ilgili suçluluk da ele alınması gereken bir duygudur. Suçluluk bakım verenlerde sıklıkla görülse de alanyazında yeterli dikkati çekememiştir (Yaffe, 1988: 231). Hatta bazı araştırmalarda suçluluğun bakım yükünü arttıran temel duygu olduğu ifade edilmiştir (Brodsky, 2007: 363). Demans tanısı olan bireye bakım verenler ile ilişkili araştırmalarda suçluluk, bakım verme ile ilgili olarak davranış ya da düşünce bağlamında ahlaki ya da sosyal standartların ihlal edilmesine dair bireyin değerlendirmesi olarak tanımlanmaktadır (Gonyea ve diğerleri, 2008: 559). Bakımveren suçluluk ölçeğinde ise beş faktör ortaya çıkmıştır. Bunlar; bakım alana yönelik yanlış bir davranışta bulunmaktan dolayı suçluluk (guilt about doing wrong by the care recipient), bakım veren olarak gerekli yerlere yetişememekten dolayı suçluluk (guilt about not rising to the occasion as caregivers), öz-bakım, diğer akrabaları ihmal etmek ve diğer bireylere karşı olumsuz duygular hissetmektir (Losada ve diğerleri, 2010: 650). Suçluluk, kadınlarda ve ebeveynine bakım verenlerde daha yüksek düzeyde görülmüş ve depresif belirti, anksiyete, bakım yükü, davranışsal problemleri daha olumsuz değerlendirme ve düşük düzey boş zaman aktivitesi ile ilişkili bulunmuştur (Losada ve diğerleri, 2010: 650). Suçlulukla ilişkili bir diğer bulgu da yüksek suçluluk ile boş zaman aktivitelerinin sıklığı ve/veya memnuniyeti ve sosyal destek arasında da negatif bir ilişkinin varlığıdır (Losada ve diğerleri, 2010: 650). Suçluluk ve boş zaman aktivitelerine dair yapılan bir çalışmada, katılımcıların boş zaman aktiviteleri bağlamında bakım alana yönelik yanlış bir davranışta bulunulmasına, bakım vermenin zorluklarını karşılayamamaya ve öz-bakıma dair suçluluk ifade ettikleri rapor edilmiştir. Bakım veren eş ve erkek evlatların yüksek düzey suçluluğa sahip olmaları durumunda, az ya da çok sayıda boş zaman aktivitesinde bulunmaları fark

etmeksizin daha yüksek depresyon rapor ettikleri belirtilmiştir. Bakım veren kız evlatların daha az düzeyde boş zaman aktivitesinde bulunup daha yüksek düzeyde suçluluk rapor edenlerinin daha yüksek depresyon, daha düşük suçluluk düzeyine sahip olanların ise daha düşük düzey depresyon rapor ettikleri ifade edilmiştir. Yüksek düzeyde suçluluk hisseden bakımveren kız evlatların daha fazla boş zaman aktivitesinde bulunmalarının depresif belirtilerini azalttığı belirtilmiş olup, aynı etkiye düşük suçluluğa sahip bakım veren kız evlatlar için ulaşılammıştır (Romero-Moreno ve diğerleri, 2013: 502). Yüksek düzey suçluluk bakım verenlerin bir yandan hoş giden aktivitede bulunma sıklığını azaltmakta, bir yandan da daha az hoş giden aktivitede bulunulmasının da özellikle de kız evlatlar için depresyon şeklinde olumsuz etkileri bulunmaktadır. Suçlulukla ilişkili olarak demans tanısı olan bireylere bakım verenlerde bilişsel yeniden yapılandırma yapılmasının yararlı olabileceği ifade edilmektedir (Losada ve diğerleri, 2011: 1119). Özetle, demans tanısı olan bireye bakım verenler için bilişsel yeniden yapılandırma etkili bir öge olup, duygular kapsamında suçluluğun da ele alınmasının gerekli olduğu belirtilmektedir.

1.3.1.2.8. Aşamalı Kas Gevşetme

Demans tanısı olan bireye bakım verenlerde aşamalı kas gevşetmenin etkilerini değerlendirmek amacıyla bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara sekiz hafta aşamalı kas gevşetme uygulanmış olup, uygulamanın başında, sonunda ve müdahalede bittikten sekiz hafta sonra, altı ay sonra ve bir yıl sonra ölçümler alınmıştır. Bir yıl sonraki ölçümde, katılımcıların algıladıkları stres düzeyinde, demans tanısı olan bireyin rahatsız edici davranışlarında ve bu davranışlara yönelik duygusal tepkilerde düşüş ve uyku kalitesinde iyileşme gözlemlenmiştir. Ayrıca, katılımcıların tansiyonlarında iyileşme olduğu sonucuna ulaşılmıştır (O'Donnell, 2017). Ek olarak, bakım verenlerde yaygın olarak gözlenen (Gallagher ve diğerleri, 1989: 235) ancak kabul edilemez (Schmidt ve Keyes, 1985: 347) olarak görülen öfkeye müdahale etmek amacıyla da gevşeme teknikleri kullanılmaktadır (örn. Gallagher-Thompson ve DeVries, 1994: 548). Bir başka deyişle, demans tanısı olan

bireye bakım verenler için pek çok farklı duruma yönelik olarak aşamalı kas gevşetme kullanılmakta ve olumlu sonuçlara ulaşılmaktadır.

1.4. DEMANS TANISI OLAN BİREYLERE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNE YÖNELİK BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ TEMELLİ BİR MÜDAHALENİN GELİŞTİRİLMESİ

Bu çalışma kapsamında bilişsel davranışçı terapiden ve stres süreci modelinden yola çıkarak bilişsel davranışçı terapi temelli bir müdahalenin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bir metaanaliz çalışmasındaki sekiz ve sekizden az seansın sekizden fazla seans ile depresyon ve stresi azaltmada bir farklılığının olmadığı sonucundan (Hopkinson ve diğerleri, 2018: e343) yola çıkarak müdahale sekiz seans olarak yapılandırılmıştır. Sekiz seans olarak yapılandırılan mevcut müdahale geliştirilirken, bilişsel davranışçı terapi uygulamalarına ek olarak stres süreci modelinden yararlanılma amacı, demans tanısı olan bireye bakım verenlere dair kuramsal bir çerçeve ile temel oluşturulmak istenmesidir. Stres süreci modelinde demans tanısı olan bireylerin davranışsal problemlerinin stresör olarak ortaya konuyor olması nedeniyle davranış yönetimi seans olarak eklenmiştir. Ayrıca, baş etme ve sosyal desteğin stres araçları olarak modelde yer alıyor olması da bu kavramların seanslarda ele alınmasını beraberinde getirmiştir. Ek olarak hem Bilişsel Davranışçı Terapi’de hem de Stres Süreci Modeli’nde önemli olan aktivite planlaması, psikoeğitim, bilişsel yeniden yapılandırma da müdahale kapsamında ele alınmıştır. Ayrıca, BDT’ye dair uygulamalar demans tanısı olan bireylere bakım veren aile üyeleri üzerinde etkili olsa da katılım ciddi bir problem oluşturmaktadır (Czaja ve Rubert, 2002: 469; Mavandadi ve diğerleri, 2017: 1103). Bakım sağlama anlamında daha fazla dezavantajlı olan grubun evden çıkma ihtimalinin daha düşük olduğu düşünülmektedir. Daha dezavantajlı gruba ulaşmış olmak istenmesi sebebiyle ve demans tanısı olan bireylere bakım verenlerin müdahalelere katılımı zor olduğundan müdahale katılımcıların evlerinde gerçekleştirilmiştir.

1.5. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ

Bu çalışma üç evreden oluşmaktadır. Birinci evrede, ilgili alanyazın incelenmiş olup, demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyeleri için BDT müdahalesi hazırlanmıştır. Araştırmanın ikinci evresinde ise geliştirilen bu BDT müdahalesinin pilot uygulaması yapılmıştır. Pilot uygulamanın ardından sonuçlar analiz edilmiştir. Bu bulgulara dayanarak çalışmanın üçüncü evresinde ana çalışma gerçekleştirilmiştir. İkinci evredeki pilot çalışmada sadece müdahale grubu bulunurken, üçüncü evredeki ana çalışmada hem müdahale hem de kontrol grubu bulunmaktadır.

Çalışmanın hipotezleri şu şekildedir:

Müdahale grubundaki katılımcıların müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçümleri karşılaştırıldığında katılımcıların; daha düşük düzey bakım yükü, algılanan stres, psikolojik semptom (depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite) göstermeleri, buna karşın daha yüksek düzey algılanan sosyal destek (aileden algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek) ve yaşam kalitesi (bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan) rapor etmeleri beklenmektedir.

Kontrol grubunda ise, ilk ölçüm ve son ölçüm karşılaştırıldığında; bakım yükü, algılanan stres, psikolojik semptom (depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite), algılanan sosyal destek (aileden algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek) ve yaşam kalitesi (bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel alan) düzeylerinde bir değişimin olmaması beklenmektedir.

Ayrıca, müdahale grubunun müdahale sonrası ölçümü ile kontrol grubunun son ölçümü karşılaştırıldığında,

1. Müdahale grubunda; müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla bakım yükü düzeyinde azalma olması ve bu azalmanın da kontrol grubunun son ölçümü ile ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazla olması beklenmektedir.

2. Müdahale grubunda; müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla algılanan stres düzeyinde azalma olması ve bu azalmanın da kontrol grubunun son ölçümü ile ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazla olması beklenmektedir.

3. Müdahale grubunda; müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla psikolojik semptom düzeyinde azalma olması ve bu azalmanın da kontrol grubunun son ölçümü ile ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazla olması beklenmektedir.

3.1. Müdahale grubunda; müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla depresyon düzeyinde azalma olması ve bu azalmanın da kontrol grubunun son ölçümü ile ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazla olması beklenmektedir.

3.2. Müdahale grubunda; müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla anksiyete düzeyinde azalma olması ve bu azalmanın da kontrol grubunun son ölçümü ile ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazla olması beklenmektedir.

3.3. Müdahale grubunda; müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla olumsuz benlik düzeyinde azalma olması ve bu azalmanın da kontrol grubunun son ölçümü ile ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazla olması beklenmektedir.

3.4. Müdahale grubunda; müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla somatizasyon düzeyinde azalma olması ve bu azalmanın da kontrol grubunun son ölçümü ile ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazla olması beklenmektedir.

3.5. Müdahale grubunda; müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla hostilite düzeyinde azalma olması ve bu azalmanın da kontrol grubunun son ölçümü ile ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazla olması beklenmektedir.

4. Müdahale grubunda; müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla algılanan sosyal destek düzeyinde artış olması ve bu artışın da kontrol grubunun son ölçümü ile ilk ölçümüne kıyasla olan artıştan daha fazla olması beklenmektedir.

4.1. Müdahale grubunda; müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla aileden algılanan sosyal destek düzeyinde artış olması ve bu artışın da kontrol grubunun son ölçümü ile ilk ölçümüne kıyasla olan artıştan daha fazla olması beklenmektedir.

4.2. Müdahale grubunda; müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla arkadaştan algılanan sosyal destek düzeyinde artış olması ve bu artışın da kontrol grubunun son ölçümü ile ilk ölçümüne kıyasla olan artıştan daha fazla olması beklenmektedir.

4.3. Müdahale grubunda; müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla özel bir insandan algılanan sosyal destek düzeyinde artış olması ve bu artışın da kontrol grubunun son ölçümü ile ilk ölçümüne kıyasla olan artıştan daha fazla olması beklenmektedir.

5. Müdahale grubunda; müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla yaşam kalitesi-bedensel alan düzeyinde artış olması ve bu artışın da kontrol grubunun son ölçümü ile ilk ölçümüne kıyasla olan artıştan daha fazla olması beklenmektedir.
6. Müdahale grubunda; müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla yaşam kalitesi-ruhsal alan düzeyinde artış olması ve bu artışın da kontrol grubunun son ölçümü ile ilk ölçümüne kıyasla olan artıştan daha fazla olması beklenmektedir.
7. Müdahale grubunda; müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla yaşam kalitesi-sosyal alan düzeyinde artış olması ve bu artışın da kontrol grubunun son ölçümü ile ilk ölçümüne kıyasla olan artıştan daha fazla olması beklenmektedir.
8. Müdahale grubunda; müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla yaşam kalitesi-çevresel alan düzeyinde artış olması ve bu artışın da kontrol grubunun son ölçümü ile ilk ölçümüne kıyasla olan artıştan daha fazla olması beklenmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. PİLOT ÇALIŞMA

2.1.1 Katılımcılar

Çalışmaya katılım için gönüllülük esas alınmıştır. Gönüllü katılım olmasının yanı sıra demans tanısı olan aile üyesine bakım vermekte olan bireylerin çalışmaya katılabilmeleri için: (1) katılımı engelleyecek herhangi bir fiziksel ya da psikolojik rahatsızlığı bulunmaması, (2) katılımcıların aynı anda başka bir terapi almamaları ve (3) bakım verme anlamında en fazla sorumluluğun katılımcıya ait olması yani temel bakım veren olması (Alzheimer's Association, 2018: 32) koşulları aranmıştır.

Pilot çalışma müdahale grubundan seçkisiz olarak atanan 12 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Seçkisiz atama IBM SPSS Statistics (Version 21) ile yapılmıştır. Onbiri (%91.7) kadın, biri (%8.3) erkek olan 12 demans tanısı olan bireye temel bakım veren aile üyesinin yaşları 41 ile 75 arasında değişmektedir ($Ort = 56.83$, $SS = 9.10$). Katılımcıların büyük bir kısmının (%75) lise ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca, katılımcıların yine büyük bir kısmı (%58.3) evli iken, 11 katılımcının (%91.7) çocuğu bulunmaktadır. Çalışmanın katılımcılarının tamamı çalışmamakla beraber, aylık gelirleri 0 ile 20.000 arasında değişmektedir ($Ort = 5.125$, $SS = 5.261$). Bakım verenlerin rahatsızlıkları değerlendirildiğinde, bakım verenlerin 10'unun (%83.3) astım, romatizma, bel fıtığı, tansiyon, göz tansiyonu, işitme kaybı, prostat ve şeker gibi fiziksel rahatsızlıkları bulunmaktadır. Psikolojik rahatsızlıklar açısından ise bir katılımcının (%8.3) psikolojik rahatsızlığı (depresyonu) bulunmaktadır. Bu rahatsızlıklar katılım için engel oluşturmadığı gibi bu rahatsızlıklara yönelik tedavi kapsamında ise katılımcıların dördü (%33.3) ilaç tedavisine devam etmektedirler.

Bakım verenlerin bakım alan demans tanısı olan birey ile yakınlıkları değerlendirildiğinde, büyük bir kısmının demans tanısı olan bireyin (%75) kızı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların tümü bakım verdikleri bireye 7/24

bakım vermektedirler. Bakım vermede yardım almaları kapsamında, bakım verenlerin dördü (%33.3) bakım verme anlamında yardım alırlarken, sekizi (%66.7) bakım verme anlamında başka birinden herhangi bir yardım almamaktadır. Yardım alanların üçü kardeşlerinden bakım verme ve ev işlerinde yardım alırken, birinin ev işlerine gelen yardımcısı bulunmaktadır. Ancak, yardım alsa da almasa da katılımcılar bakım verdikleri demans tanısı olan birey için temel bakım veren durumundadırlar. Ayrıca bakım verenlerin dördü (%33.3) bakım verdikleri demans tanısı olan birey dışında başkalarına da bakım vermektedirler. Bu kişiler de anne, baba, çocuk ve torun olarak ifade edilmektedir. Bakım verenlerin detaylı sosyodemografik özellikleri Tablo 4’de yer almaktadır.

Tablo 4: Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler	S	%	Ort	SS
Cinsiyet				
Kadın	11	91.7		
Erkek	1	8.3		
Yaş			56.83	9.10
Medeni Durum				
Bekar	1	8.3		
Evli	7	58.3		
Boşanmış	4	33.3		
Eğitim Düzeyi				
Ortaokul	3	25		
Lise	6	50		
Üniversite	3	25		
Çalışma Durumu				
Evet	0	0		
Hayır	12	100		
Çocuk Sahibi Olma				
Evet	11	91.7		
Hayır	1	8.3		
Çocuk Sayısı				
1	4	33.3		
2	7	58.3		
Aylık Gelir Düzeyi*			5.125	5.261
Fiziksel Hastalık				
Var	10	83.3		
Yok	2	16.7		
Psikolojik Hastalık				
Var	1	8.3		
Yok	11	91.7		
Tedavi				
Var (İlaç)	4	33.3		
Yok	8	66.7		
Bakım Alan Birey ile Yakınlıkları				
Eş	2	16.7		
Gelin	1	8.3		

Kız	9	75
Bakım Süresi		
7 gün 24 saat	12	100
Bakım Verme Kapsamında Yardım		
Var	4	33.3
Yok	8	66.7
Başkasına Bakım Verme Durumu		
Var	4	33.3
Yok	8	66.7

* Aylık Gelir TL cinsindendir.

Bakım alan demans tanısı olan bireylerin sosyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde, bakım alanların yaşları 70 ile 93 arasında değişirken ($Ort = 81.17$, $SS = 6.19$), büyük çoğunluğunu (%83.3) kadınlar oluşturmaktadır. Demans tanısı olan bireylerin ilk tanı aldıkları zamandan bu zamana geçen zaman 1 yıl ile 15 yıl arasında değişmekle beraber ($Ort = 4.79$, $SS = 4.09$), büyük çoğunluğunun (%83.3) demansı orta düzeydedir. Ek olarak, bakım alan demans tanısı olan bireylerin sosyodemografik özellikleri ise Tablo 5’de sunulmaktadır.

Tablo 5: Bakım Alan Demans Tanısı olan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler	S	%	Ort	SS
Cinsiyet				
Kadın	10	83.3		
Erkek	2	16.7		
Yaş			81.17	6.19
Demans Düzeyleri				
Hafif	1	8.3		
Orta	10	83.3		
İleri	1	8.3		
İlk Tanı Aldıklarından Bu Zamana Geçen Süre			4.79	4.09

2.1.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada Kişisel Bilgi Formu, Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Kısa Semptom Envanteri (KSE), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği’nin Gözden Geçirilmiş Formu (MSPSS) ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR) kullanılmıştır. Bu ölçeklere ek olarak katılımcıların geri bildirim ve değerlendirmelerini alabilmek için araştırmacı tarafından oluşturulan form kullanılmıştır.

2.1.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Kişisel Bilgi Formu araştırmacı tarafından katılımcılara dair sosyodemografik bilgileri öğrenmek amacıyla oluşturulmuştur. Bu kapsamda hem demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyelerine yönelik hem de bakım verdikleri demans tanısı olan bireye yönelik sorular yer almaktadır. Demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyelerine yaşları, cinsiyetleri, eğitim düzeyleri, çalışma durumları, meslekleri, medeni halleri, çocuk sahibi olup olmadıkları, aylık gelirleri, bakım verdikleri birey ile yakınlıkları, haftada kaç saat bakım verdikleri sorulurken, bakım anlamında yardım alıp almadıkları, başka bakım verdiği birilerinin olup olmadığı, fiziksel ve psikolojik bir rahatsızlıklarının olup olmadığı ve herhangi bir tedavi alıp almadıklarına dair toplam 16 soru yöneltilmiştir. Ayrıca, demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyelerine, bakım verilen demans tanısı olan bireyin cinsiyeti, yaşı, tanı aldığından beri geçen süre ve demans düzeyini içeren dört soru sorulmuştur. Ek 1’de Kişisel Bilgi Formu verilmiştir.

2.1.2.2. Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu

Ölçeğin ilk versiyonu Zarit ve arkadaşları tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bu versiyonu 29 maddeden oluşmaktadır ve demans tanısı olan bireye bakım verenlerin bakım yükü düzeylerini değerlendirmek için geliştirilmiştir. Zarit, Orr ve Zarit tarafından 1985 yılında, ölçeğin mevcut halinden 22 maddelik yeni bir form oluşturulmuştur. Ölçeğin bu hali de öz-bildirime dayanmaktadır. Maddeler 5’li derecelendirme ile puanlanmaktadır. 0 = asla, 4 = neredeyse daima anlamlarına gelmektedir. Yüksek puanlar yüksek düzeyde bakım yüküne işaret ederken, ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 88 arasında değişmektedir. Ölçekte kesim noktası bulunmaktadır. 21 ve altı puanlar az ya da bakım yükü olmayan anlamına gelirken, 21 ile 40 arası hafif, 40 ile 60 arası orta ve 61 ve üstü ağır düzey bakım yükünü ifade etmektedir. Ölçeğin 12 maddelik kısa formu Bedard ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (2001: 652-657). Ölçeğin bu versiyonu da öz-bildirim olup, 5’li Likert derecelendirme ile puanlanmaktadır. Yüksek puanlar yüksek bakıcı yüküne işaret etmektedir. Ölçek 22 maddelik versiyonundan, 12 maddelik kısa haline

dönüştürülürken, faktör analizi ve madde toplam korelasyonundan yararlanılmıştır. Daha yüksek faktör yükü ve madde toplam korelasyonu olan maddeler 12 maddelik form için seçilmiştir. Ölçeğin ‘kişisel gerilim’ ve ‘rol gerilimi’ olmak üzere iki faktörlü bir yapısının olduğu belirlenmiştir. Ölçeğin güvenirliği kapsamında, Cronbach alfa katsayıları incelenmiş olup, tüm ölçeğin Cronbach alfa değeri .88 iken, ‘kişisel gerilim’ alt boyutunun .89, ‘rol gerilimi’ boyutunun ise .77 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ölçeğin geçerliği kapsamında da kısa formu ile uzun formunun korelasyonlarına bakılmış olup, korelasyon katsayılarının; .92 ile .97 arasında değiştiği belirtilmiştir. Ayrıca, ölçeğin kısa formunun bakım yükünü uzun formu kadar yordayıp yordamadığını değerlendirmek için bakım alan bireyin günlük yaşam aktivitelerine ve davranışsal problemlerine bakılmıştır. Kısa halinin de uzun hali ile benzer düzeyde yordadığı sonucuna ulaşılmıştır (Bedard ve diğerleri, 2001: 652-657).

Ölçeğin 12 maddelik versiyonunun Türkçe’ye uyarlanma çalışmasında demans tanısı olan bireylere bakım verenler yer almıştır. Güvenirlik anlamında, ölçeğin Cronbach alfa değerinin .92 olduğu ifade edilirken, madde toplam korelasyonunun da anlamlı olduğu belirtilmektedir. Geçerlik kapsamında da ölçeğin Mini Mental Test ile korelasyonu incelenmiştir. Bakım yükü ile demans düzeyinin anlamlı ilişkisinin olduğu, bunun da iyi düzeyde geçerlik gösterdiğine dair kanıt olduğunu belirtmişlerdir. Bu psikometrik değerlendirmeler ışığında, ölçeğin demansa bakım verenlerin bakım yükünü değerlendirmede güvenilir ve geçerli bir araç olduğu ifade edilmektedir (Babacan-Yıldız ve diğerleri, 2016: 60-64).

Mevcut çalışma kapsamında ise ölçeğin Cronbach alfa katsayısı ilk ölçüm için .88, son ölçüm için ise .89 olarak bulunmuştur. Ek 2’de Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu’na dair örnek maddeler verilmiştir.

2.1.2.3. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ)

Cohen, Kamarck ve Mermelstein tarafından 1983 yılında geliştirilmiştir. Ölçek algılanan stresi değerlendirmek için geliştirilmiş 14 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılar maddeleri 5’li Likert derecelendirme (0=hiçbir zaman, 4=çok sık) ile cevaplamaktadırlar. Ölçeğin yedi maddesi ters puanlanmaktadır. Bu maddeler 4., 5.,

6., 7., 9., 10., ve 13. maddelerdir. Ölçeğe verilen puanlar 0 ile 56 arasında değişmekte olup, yüksek puanlar algılanan stresin fazla olduğu anlamına gelmektedir. Ölçeğin geliştirme çalışmasında ikisi üniversite öğrencilerinden oluşan, biri de sigara bırakma programına kayıtlı bireylerden oluşan üç örneklem yer almıştır. Bu üç örneklemin Cronbach alfa güvenirliği .84, .85 ve .86 olarak bulunmuştur. Güvenirlik anlamında, test tekrar test güvenirliği de incelenmiştir (Cohen ve diğerleri, 1983: 385-396). Yapılan bir inceleme 2 gün sonra 82 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir. Bu inceleme sonucunda, test tekrar test güvenirliği .85 bulunurken, altı hafta sonra 64 katılımcılı sigara bırakma grubu ile gerçekleştirilen çalışmada test tekrar test güvenirliği .55 olarak bulunmuştur. Bu bulgulara dayanarak; ölçeğin yeterli düzeyde güvenilir olduğu ifade edilmektedir (Cohen ve diğerleri, 1983: 385-396). Geçerlik anlamında ise eş zamanlı geçerliği ve yordayıcı geçerliği incelenirken, eş zamanlı geçerlik kapsamında ölçeğin yaşamsal olayların sayısı ve yaşamsal olayların etkisi ile korelasyonlarına bakılırken, yordayıcı geçerlik anlamında ise ölçeğin fiziksel belirtileri ve sigara kullanımını azaltmayı sürdürmeyi yordadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ölçeğin geçerlik düzeyinin yeterli olduğu belirtilmektedir. Ölçeğin 14 maddelik bu formu dışında, 10 maddelik ve dört maddelik iki kısa formu da bulunmaktadır (Cohen ve diğerleri, 1983: 385-396).

Ölçek Türkçeye uyarlanmış olup, geçerliği ve güvenirliği sınanmıştır (Eskin ve diğerleri, 2013: 132-140). Bu çalışmada, ölçeğin hem 14 maddelik uzun versiyonu, hem de 10 ve 4 maddelik kısa formları üzerinde çalışılmıştır. Çalışmaya 234 öğrenci katılmıştır. Ölçeğin uzun formunun iç tutarlık katsayısı .84 olarak bulunurken, test tekrar test güvenirliğinin ise .87 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Geçerlik anlamında ise, ölçeğin eş zamanlı geçerliği incelenmiştir. Algılanan stres ölçeğinin hayat olayları ve depresyon ile anlamlı ve pozitif ilişkileri bulunurken, hayat doyumu, öz-saygı ve sosyal destek ile anlamlı ve negatif ilişkileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Başka bir ifadeyle, eş zaman geçerlik düzeyinin tatminkâr düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, temel bileşenler yöntemi ile 14 maddelik ölçeğin faktör yapısı incelenmiştir. Ölçeğin ‘yetersiz özyeterlik algısı’ ve ‘stres/rahatsızlık algısı’ olmak üzere iki faktörünün olduğu ve her bir faktörün yedi maddeden oluştuğu ifade edilmektedir (Eskin ve diğerleri, 2013: 132-140).

Mevcut çalışma kapsamında ise ölçeğin 14 maddelik uzun formu kullanılmış olup, toplam puan üzerinden analizler yapılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığı ilk ölçümler için .83, son ölçümler için .96 olarak bulunmuştur. Ek 3'te Algılanan Stres Ölçeği'ne dair örnek maddeler verilmiştir.

2.1.2.4. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

KSE Derogatis tarafından psikolojik belirtileri tespit etmek amacıyla geliştirilmiştir (1992). Elli üç maddeden oluşan ve öz-bildirime dayalı bir ölçektir. Likert tipi ölçek üzerinden puanlanmakla beraber, 0 = hiç, 4 = çok fazla anlamlarına gelmektedir. Ölçek 90 maddelik Semptom Belirleme Listesi'nin kısaltılmış halidir (SCL-90). Ölçeğin orijinalinde somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler ve psikotizm olmak üzere dokuz alt ölçek bulunmaktadır. Bireylerin son bir haftaya dayanarak kendilerini değerlendirmeleri istenmektedir (Derogatis, 1992). Ölçeğin psikometrik özelliklerinin incelendiği üç farklı çalışmada ölçeğin iç tutarlık katsayısı alt ölçekler için .71 ile .85 arasında değişkenlik göstermektedir. Bir başka güvenirlik değerlendirmesi ise test tekrar test güvenirliği üzerinden yapılmıştır. Alt ölçekler için korelasyon katsayılarının .68 ile .91 arasında değiştiği sonucuna ulaşılmıştır (Derogatis, 1992). Geçerlik kapsamında ise ölçeğin alt ölçekleri ile MMPI klinik ölçekleri, İçerik Ölçekleri ve Küme Ölçekleri karşılaştırılmıştır. Elde edilen korelasyonların .30'un üzerinde olduğu belirtilmiştir (Derogatis, 1992). Ayırdedici geçerliğe dair çalışmaların ise sigara kullananlar ve kullanmayanlar (Chiles ve diğerleri, 1990), kalp hastalığı olanlar ve olmayanlar (Kushner, Beitman ve Beck, 1989) ve şizofrenik hastalarda intihar riski olanlar ve olmayanlar (Cohen, Test ve Brown, 1990) ile gerçekleştirildiği ifade edilmektedir (akt. Şahin ve Durak, 1994: 46). Yapı geçerliği kapsamında ise faktör analizi yapılmıştır ve ölçeğin 9 faktörden oluştuğu sonucuna ulaşılmıştır (Derogatis, 1992).

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanma çalışması dört ayrı çalışma üzerinden yürütülmüştür. Üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilen ilk çalışmada ölçeğin güvenirlik katsayılarının alt ölçekler için .61 ile .81 arasında değiştiği sonucuna ulaşılmıştır. Birleşen geçerlik kapsamında ise ölçeğin Sosyal Karşılaştırma Ölçeği,

Boyuneğicilik Ölçeği ve Strese Yatkınlık Ölçeği ile ilişkileri incelenmiştir. Ölçeğin bu ölçekler ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. Yapı geçerliği bağlamında ise faktör analizi yapılmış olup, ölçeğin beş faktörlü bir yapısının olduğu ifade edilmiştir (Şahin ve Durak, 1994: 44-56). Bu kapsamda gerçekleştirilen ikinci çalışmada ise ortaokul, lise ve üniversite öğrencileri ile yetişkin kişiler yer almaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı tüm ölçek için .96 olarak bulunurken, alt ölçekler için .61 ile .86 arasında değişmektedir. Geçerlik kapsamında ise ölçeğin Kişilerarası İlişkiler Ölçeği, UCLA- Yalnızlık Ölçeği ve Offer Yalnızlık Ölçeği ile ilişkileri incelenmiştir (Şahin ve Durak, 1994: 44-56). Üçüncü çalışmaya ise uyum sorunları yaşayan bireyler katılmışlardır. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı tüm ölçek için .95 olarak bulunurken, alt ölçekler için .55 ile .82 arasında değişmektedir. Geçerlik kapsamında ise ölçeğin Beck Depresyon Envanteri ile ilişkileri incelenmiştir (Şahin ve Durak, 1994: 44-56). Son çalışmada ise psikolojik yardım almamış ve psikolojik yardıma başvurmuş 1129 üniversite öğrencisi yer almaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayıları .64 ile .84 arasında değişirken, ölçeğin psikolojik yardım alanlar ve almayanları ayırttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmalarda ölçeğin alt ölçeklerinin Cronbach alfa katsayılarının .63 ile .86 arasında değiştiği görülmektedir. Ayrıca, ölçeğin birlikte geçerliği ve yapı geçerliğinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ölçeğin yapı geçerliği kapsamında yapılan faktör analizinde beş faktörlü bir yapının olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu faktörler anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilitedir. Anksiyete alt boyutu 13, depresyon alt boyutu 12, olumsuz benlik 12, somatizasyon 9 ve hostilete alt boyutu ise 7 maddeden oluşmaktadır. Yapılan analizler sonucunda Kısa Semptom Envanteri'nin geçerli ve güvenilir olduğu belirtilmektedir (Şahin ve Durak, 1994: 44-56).

Mevcut çalışma kapsamında da ölçeğin hem toplam puanı (psikolojik semptom) hem de alt ölçekleri kullanılmıştır. Bu kapsamda Cronbach alfa güvenirlik katsayıları da hesaplanmıştır. İlk ölçümlerde psikolojik semptom için Cronbach alfa .96 olarak bulunurken, alt ölçeklerden depresyon için .92, anksiyete için .88, olumsuz benlik için .77, somatizasyon için .82 ve son olarak hostilete için .75 olarak bulunmuştur. Son ölçümlerde psikolojik semptom için Cronbach alfa .93 olarak bulunurken, alt ölçeklerden depresyon için .79, anksiyete için .80, olumsuz benlik

için .77, somatizasyon için .55 ve son olarak hostilite için .72 olarak bulunmuştur. Ek 4’de Kısa Semptom Envanteri’ne dair örnek maddeler verilmiştir.

2.1.2.5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)

Bu ölçek aile, arkadaş ve özel bir insan gibi kaynaklardan algılanan sosyal desteği değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş olup, 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçek aile, arkadaş ve özel bir insan olmak üzere üç farklı kaynaktan algılanan sosyal desteği değerlendirmektedir. Ölçek 7’li derecelendirme ölçeğidir. 1=kesinlikle hayır, 7=kesinlikle evet anlamlarına gelmektedir. Alt ölçekteki maddelerin toplanması ile farklı kaynaklardan algılanan sosyal destek puanlarına ulaşılırken, tüm maddelerin toplanması ile toplam algılanan sosyal destek puanına ulaşılmaktadır. Ölçekteki yüksek puanlar yüksek algılanan sosyal desteğe işaret etmektedir. Ölçeğin psikometrik özelliklerinin sınındığı çalışmaya 136 kadın ve 139 erkek üniversite öğrencisi katılmıştır. Faktör yapısı incelendiğinde, ölçeğin aile, arkadaş ve özel bir insan olmak üzere üç faktörlü yapısının olduğu sonucuna ulaşılmıştır ve güçlü faktör geçerliğinin olduğu ifade edilmiştir. Güvenirlik anlamında ise ölçeğin iyi düzeyde iç tutarlılığının ve test tekrar test güvenirliliğinin olduğu belirtilirken, geçerlik anlamında faktör yapısının incelemesine ek olarak, orta düzeyde yapı geçerliğinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Zimet ve diğerleri, 1988: 30-41).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında yapılmış olup, her bir kaynaktan algılanan sosyal destek 4 madde ile ölçülmektedir. Aileden algılanan sosyal destek için 3., 4., 8. ve 11. madde, arkadaştan algılanan sosyal destek için 6., 7., 9. ve 12. madde ve özel bir insandan algılanan sosyal destek için 1., 2., 5. ve 10. maddeler kullanılmaktadır. Ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Güvenirlik anlamında, Cronbach’s alfa yönteminin kullanıldığı ifade edilirken, ölçek ve alt ölçeklerin iç tutarlılığı oldukça yüksek bulunmuştur. Ölçeğin faktör yapısı hem üniversite örnekleminde hem de hastane örnekleminde sınanmış olup, ölçeğin aile, arkadaş ve özel bir insan olmak üzere 3 faktörlü yapısının olduğu doğrulanmıştır. Geçerlik bağlamında, ölçeğin yapı geçerliği test edilmiştir. Ölçeğin tamamının ve alt ölçeklerinin Beck Depresyon Envanteri ve Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği ile korelasyonları alınmıştır. Sonuçlar, ölçeğin özellikle üniversite öğrencileri ve

psikiyatri örnekleminde yapı geçerliğine sahip olduğunu göstermektedir. (Eker ve Arkar, 1995: 121-126).

Sonrasında, ölçeğin gözden geçirilmiş formu yayınlanmıştır. Bu çalışmanın örnekleminin psikiyatri ve cerrahi hastalarından ve normal örneklemden oluştuğu ifade edilmektedir. Her bir gruptan 50 katılımcı çalışmaya dahil edilmiştir. Ölçeğin faktör yapısı önceki çalışmalar ile paralel olarak üç faktör şeklindedir. Güvenirlilik anlamında iç tutarlılık incelenmiştir ve üç örnekleme de ölçek ve alt ölçekler için Cronbach alfa yöntemi kullanılmıştır. Değerlerin 0.80 ile 0.95 arasında değiştiği ifade edilmektedir. Ayrıca, ölçek yapı geçerliği açısından da incelenmiştir. Psikiyatri örneklemini ve cerrahi örneklemini yapı geçerliği açısından destek sağlamıştır (Eker ve diğerleri, 2001: 17-25).

Demans tanısı olan bireye bakım verenler ile tez yazarının gerçekleştirdiği yüksek lisans çalışmasında da ölçeğin iç tutarlılığı toplam ölçek için .90 olarak bulunur iken, alt ölçekler olan aileden algılanan sosyal destek için .87, arkadaştan algılanan sosyal destek için .92 ve özel bir insandan algılanan sosyal destek için .93 şeklindedir (Ayrancı, 2015: 31). Bu çalışma kapsamında da iç tutarlılık ilk ölçümde tüm ölçek için .92, aileden algılanan sosyal destek alt ölçeği için .95, arkadaştan algılanan sosyal destek alt ölçeği için .97 ve özel bir insandan algılanan sosyal destek alt ölçeği için .97 olarak hesaplanırken, son ölçümde ise tüm ölçek için .95, aileden algılanan sosyal destek alt ölçeği için .98, arkadaştan algılanan sosyal destek alt ölçeği için .97 ve özel bir insandan algılanan sosyal destek alt ölçeği için .97 olarak hesaplanmıştır. Ek 5'te Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)'ne dair örnek maddeler verilmiştir.

2.1.2.6. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)

WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 ölçeğinin kısaltılmış halidir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1998 yılında oluşturulmuş bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek 26 maddeden oluşmaktadır, 26 sorunun ikisi genel bölümden, 24'ü 24 fasetten (bölümden) birer soru alınarak oluşturulmuştur. WHOQOL-BREF'in, WHOQOL-100'de olduğu gibi ayrı ayrı bölümleri (fasetleri) yoktur ve bedensel iyilik, ruhsal

iyilik, sosyal ilişkiler ve çevre olmak üzere dört boyutu bulunmaktadır. Ölçeğin psikometrik özellikleri 23 ülkeden 11.830 katılımcı ile incelenmiştir. Katılımcılar genel örneklem, hastane, rehabilitasyon ve hastalara fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkları için hizmet veren birincil bakım örnekleminde yer alan kişilerden oluşmaktadır. Toplam katılımcılar için iç tutarlık katsayıları bedensel iyilik için .82, ruhsal iyilik için .81, sosyal ilişkiler için .68 ve çevre için .80 olarak bulunmuştur. Cronbach alfa katsayılarının kabul edilebilir düzeyde olduğu ifade edilmektedir. Geçerlik anlamında ise ayrıştırıcı geçerlik ve yapı geçerlik incelenmiştir. Ayrıştırıcı geçerlik kapsamında genel örneklemden sağlıklı bireyler ile diğer örneklemelerden rahatsızlığı olan bireyler karşılaştırılmışlardır. Ölçeğin boyutlarının bu iki grubu ayırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Yapı geçerliği bağlamında ise ölçeğin boyutları görünüş geçerliği olan tek maddeler ile karşılaştırılmışlardır. Bunun sonucunda boyutların bu maddeler ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmış olup, ölçeğin yapı geçerliliğinin olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin iyi düzeyde geçerli olduğu belirtilmiş olup, ayrıca faktör analizi de yapılmıştır. Ölçeğin dört faktörlü yapısının olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Skevington ve diğerleri, 2004: 299-310).

Ölçek, Eser ve arkadaşları tarafından 1999 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır. Orijinalinden farklı olarak Türkiye sürümünde 27. maddesi de bulunmaktadır. Ancak, boyutlar farklılık göstermemektedir. Bir başka deyişle, bedensel iyilik, ruhsal iyilik, sosyal ilişkiler ve çevre olmak üzere dört boyutu bulunmaktadır. Bedensel boyut 3., 4., 10., 15., 16., 17. ve 18. sorulardan, Ruhsal boyut 5., 6., 7., 11., 19. ve 26. sorulardan, Sosyal ilişkiler boyutu 20., 21. ve 22. sorulardan ve Çevre boyutu ise 8., 9., 12., 13., 14., 23., 24., 25. ve 27. sorulardan oluşmaktadır. Ölçekte toplam puan bulunmamaktadır; her bir alan 20 puan üzerinden veya 100 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Türkiye'de 20 puan üzerinden değerlendirme daha yaygındır. Güvenirlik anlamında iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenirliliği değerlendirilmiştir. Ölçeğin boyutlarının iç tutarlılığının oldukça yüksek düzeyde olduğu ifade edilirken, iyi düzeyde test tekrar-test güvenirliliği olduğu da belirtilmiştir. İç tutarlılık katsayıları tüm katılımcılarda bedensel boyut için .83, ruhsal boyut için .66, sosyal boyut için .53 ve çevre boyutu için ise .73 olarak bulunmuştur. Test tekrar test güvenirliliği için ise 45 sağlıklı üniversite öğrencisi üç hafta arayla ölçeği tamamlamışlardır. Ölçümler karşılaştırıldığında, korelasyon katsayılarının .57 ile .81 arasında değiştiği sonucuna

ulaşılmıştır. Ölçeğin geçerlik bağlamında ise yapı geçerliği, eşzaman geçerliği ve ayırtedici geçerliği incelenmiştir. Yapı geçerliği kapsamında faktör analizi yapılırken, eş zaman geçerliği için ise ölçeğin boyutları ile öznel sağlıklılık puanlarının ilişkilerine bakılmıştır. Özetle, ölçeğin psikometrik anlamda yeterli olduğu ve klinik kullanıma uygun olduğu belirtilmiştir (Eser ve diğerleri, 1999: 23-40).

Mevcut çalışma kapsamında da ölçeğin toplam puanı olmadığı için dört ayrı alana dair hesaplamaları yapılmıştır. Ölçeğin bu çalışma kapsamındaki iç tutarlığı ilk ölçümde bedensel boyut için .86, ruhsal boyut için .82, sosyal ilişkiler boyutu için .61 ve çevre boyutu için de .80 olarak, son ölçümde ise bedensel boyut için .77, ruhsal boyut için .67, sosyal ilişkiler boyutu için .72 ve çevre boyutu için de .78 olarak bulunmuştur. Ek 6’da Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin Kısa Formu’na dair örnek maddeler verilmiştir.

2.1.2.7. Müdahale Sonrası Değerlendirme ve Geri Bildirim Formu

Çalışma kapsamında araştırmacı tarafından 5 sorudan oluşan bir geri bildirim formu oluşturulmuştur. İlk soruda katılımcıların müdahaleden aldıkları faydaya 1 ile 10 arasında bir puan vermeleri istenmiştir. On puandan az veren katılımcıların 10 puandan az verme nedenleri sorgulanmıştır. Sonrasında katılımcıların ne açıdan fayda sağladıkları sorulmuştur. Müdahalenin öğelerine dair geri bildirim almak adına, katılımcıların en çok fayda sağladığı bölüm ve gereksiz buldukları bölümler öğrenilmek istenmiştir. Son olarak, terapistin bir önerilerinin olup olmadığı sorgulanmıştır.

2.1.3. Müdahale

Demans tanısı olan bireylere bakım veren aile üyelerine yönelik sekiz seanslık Bilişsel Davranışçı Terapi temelli bir müdahale programı geliştirilmiştir. Müdahale programının seans içerikleri ile ilgili ayrıntılı bilgiler aşağıda belirtilmektedir. Seanslarda ele alınması gerekenler ise EK 8’de yer almaktadır.

1. Seans (Psikoeğitim)

Öncelikle müdahalenin etkililiğini inceleyebilmek için katılımcılara müdahale başlamadan ölçekler uygulanmıştır. Sonrasında katılımcının bakım verdiği birey ile ilgili yaşadığı temel sıkıntılar ele alınmıştır. İlk seansın bir diğer ögesini psikoeğitim oluşturmaktadır. Bu çalışma kapsamında ise psikoeğitim müdahalelerinde ele alınan bazı öğelerin başka modüllerde ele alınacak olması sebebiyle psikoeğitimin içeriğini, demansın belirtileri, sonuçları, bakım vermenin etkileri ve bakım verme ile ilgili yardım alınabilecek kuruluşlar oluşturmuştur. Psikoeğitime dair bilgilerin yer aldığı broşür bakım verene verilmiştir. Bu broşürü bir dahaki seansa kadar incelemesi istenmiştir. Bu seansın sonunda katılımcılara demans tanısı olan bireyin problemli davranışlarını belirlemek ve ikinci seansta ele almak amacıyla problemli davranış takip çizelgesi verilmiştir.

2. Seans (Davranış Yönetimi):

Çalışmalar ışığında bu müdahalede davranış problemlerinin temelinde yatan karşılanmayan ihtiyaçların ve davranış problemlerini ortaya çıkaran öncüllerin belirlenmesinin önem taşıdığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu sebeple yapılan bu müdahalede karşılanmayan ihtiyaçların ve öncüllerin belirlenmesi planlanmıştır. Davranış yönetimi uygulamanın yapıldığı demans tanısı olan bireyin davranışlarına özgü olursa etkili olduğu belirtildiği için karşılanmayan ihtiyaçların ve öncüllerin belirlenmesinde karar verme ağacı protokolünden yararlanılmıştır (Cohen-Mansfield ve diğerleri, 2007: 908). Ayrıca, Sarıkaya, Sukut ve Ayhan'ın (2017) "Alzheimer Hastalarında Görülen Davranışsal Sorunları Yönetme" ve Gitlin, Kales ve Lyketsos'un (2012) "Nonpharmalogical Management of Behavioral Symptoms in Dementia (Demansda Davranışsal Semptomların Farmakolojik Olmayan Yönetimi)" makalelerinden yola çıkılarak demans tanısı olan bakım alan bireyin davranışlarına özgü tavsiyelerde bulunulmuştur. Bakım verenlere bu tavsiyeleri içeren broşür verilmiştir. Seansın sonucunda aktivite günlüğü hakkında bilgi verilmiş olup, bir örnekle aktivite günlüğü doldurulmuştur. Bu haftanın ödevini ise aktivite günlüğü oluşturmaktadır.

3. Seans (Aktivite Planlaması):

Üçüncü seansta ise katılımcının günlük planının gözden geçirilmesine ve günlük yaşamında hoş giden aktivitelerin arttırılmasına karar verilmiştir. Bu

kapsamda Losada ve diğerlerinin (2011: 1119-1127) çalışması temel alınarak uygulama yapılmıştır. Öncelikle katılımcıların bir önceki hafta ev ödevi olarak doldurdıkları aktivite günlüğü ele alınmıştır. Bu günlük ile ilgili bakım verenlere sorumlulukları ve boş zaman aktiviteleri arasındaki denge ve duygu durum ile hoş giden aktivite arasındaki ilişki fark ettirilmiştir. Sonrasında katılımcıların hoş giden boş zaman aktiviteleri öğrenilmiştir. Aktivite planlamasına ek olarak, bakım verenlerin kendilerini aktivite anlamında ne kadar kısıtlanmış hissettikleri de ele alınmıştır (Mausbach ve diğerleri, 2001: 900). Ayrıca, demans tanısı olan bireylerin aktivitede bulunmalarının olumlu sonuçlarından yola çıkarak (Gitlin ve diğerleri, 2008: 428), demans tanısı olan bireye ve bakım veren ve demans tanısı olan bireye yönelik aktiviteler belirlenmiştir. Bu belirleme sırasında hoş giden aktiviteler listesinden yararlanılmıştır (MacPhillamy ve Lewinshon, 1982: 376-379). Sonrasında her hafta için hoş giden beş aktivite belirlenmiştir. Bundan sonraki seanslarda bu aktivitelerin yapılıp yapılmadığı, yapılamıyorsa nelerin engel olduğu ele alınmıştır.

4. Seans (Sosyal Destek, Problem Çözme ve İletişim):

Öncelikle aktivitelerin yapılıp yapılmadığı ele alınmıştır. Katılımcı aktiviteler anlamında desteklenmiştir. Sonrasında stres süreci modelinde de belirtildiği gibi demans tanısı olan bireye bakım verenler rol karmaşası, sosyal destek ve baş etme anlamında sıkıntı yaşamaktadırlar (Pearlin ve diğerleri, 1990: 583). Bu çalışma kapsamında da bu seansta sosyal desteğin sorgulanması ve artırılması üzerinde çalışmaya başlanmış olup, seansa problem çözme basamaklarının aktarılması ile devam edilmiştir (Garand ve diğerleri, 2014: 771). Son olarak iletişimin önemi vurgulanmış olup, iletişim anlamında önerilere yer verilmiştir (Small ve Gutman, 2002: 270). Bu öneriler katılımcılara yazılı şekilde verilmiştir. Sonraki seansta kullanılmak üzere düşünce kayıt formu da verilmiştir (Marquez-Gonzalez ve diğerleri, 2007: 616). Öncesinde formun nasıl doldurulacağı örneklerle açıklanmış, katılımcının da bir örnek ile formu doldurması desteklenmiştir. Formun doldurulmasında aktivitelerde karşılaşılan zorluklara dair bir konudan yararlanılabileceği düşünülmüştür. Düşünce kayıt formunun o hafta yaşanan olaylar ile doldurulması ise bu haftanın ev ödevini oluşturmaktadır.

5. ve 6. Seans (Bilişsel Yeniden Yapılandırma):

Beşinci ve altıncı seansta bilişsel yeniden yapılandırmanın uygulanması planlanmıştır. Bu uygulama sırasında Marquez-Gonzalez ve diğerlerinin (2007: 616) çalışması temel alınmıştır. Seanslarda öncelikle katılımcıya bilişsel modelin ve bilişsel hataların tanıtılması ve bilişsel hatalara dair örneklerin verilmesi ve sonrasında katılımcının önceki seansta ev ödevi olarak doldurduğu düşünce kayıt formunun incelenmesi planlanmıştır. Bu formda yazılan düşünce hatalarının belirlenmesi ve o düşünceler yerine alternatif düşüncelerin oluşturulması da bu seansların diğer amacıdır. Bu amacı gerçekleştirmek ve aktarılanları pekiştirmek için düşünce hatalarının belirlenmesi ve alternatif düşünce oluşturulması ev ödevi olarak da verilmiştir. Bilişsel yeniden yapılandırma kapsamında suçluluk da ele alınmıştır (Losada ve diğerleri, 2011: 1119).

7. Seans (Aşamalı Kas Gevşetme):

Yedinci seansta öncelikle altıncı seansın ev ödevinin ele alınması planlanmıştır. Sonrasında Jacobson'ın, aşamalı kas gevşetme egzersizi (1938) ile ilgili bilgi verilerek uygulama yapılmıştır. Uygulama sonrasında da katılımcının görüşleri alınmıştır. Bu görüşmenin öncesinde, katılımcının bu uygulamayı tekrar edebilmek için hangi kaynaklara sahip olduğunun bilgisi alınmıştır. Katılımcının imkânlarına uygun olan aşamalı kas gevşetme egzersizine dair araştırmacı tarafından oluşturulan ses kaydı katılımcıya iletilmiştir. Bu haftanın ev ödevini de katılımcının ses kaydını dinlemesi oluşturmuştur.

8. Seans (Sonlandırma ve Nüks Önleme):

Son seans ise yapılan görüşmelerin değerlendirilmesini, gelecek yaşamında karşılaşacağını düşündüğü muhtemel sıkıntıların ele alınmasını ve o sıkıntılara yönelik çözümlerin değerlendirilmesini içermektedir. Ayrıca, ilk seansta uygulanan ölçümler müdahalenin etkililiğini değerlendirmek amacıyla son seansta tekrarlanmıştır.

2.1.4. İşlem

Öncelikle Dokuz Eylül Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Etik Kurul Karar No: 2019/33/5). Alınan izinden sonra Türkiye

Alzheimer Derneği – İzmir Şubesi ile görüşülmüş ve dernekten katılımcı konusunda yardım alınmıştır. Pilot çalışmaya 12 katılımcı ile başlanmıştır. Katılımcılar gönüllü katılımı onayladıktan sonra, çalışmaya gönüllü katıldıklarının onayını almak ve araştırmanın amacını aktarmak amacıyla katılımcılara bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (EK 7) imzalatılmıştır. Katılımcılarla haftada bir kez bir saat olmak üzere 8 hafta boyunca kendi evlerinde görüşme yapılmıştır. İlk seansta ve son seansta ölçümler alınmıştır. On iki katılımcı ile pilot çalışma tamamlanmıştır.

2.1.5. İstatistiksel Analizler

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi için IBM SPSS Statistics (Version 21) kullanılmıştır. Analizlere başlamadan önce hatalı girişler kontrol edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ve çalışmanın değişkenlerine dair betimleyici analizler yapılmıştır. Çalışmanın değişkenlerine dair normallik analizleri yapıldıktan sonra, değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla Pearson ve Spearman Korelasyon analizleri uygulanmıştır. Pearson Korelasyon analizinin bir varsayımı ilgili değişkenin normal dağılım göstermesi iken, Spearman Korelasyon analizi için normal dağılıma dair bir varsayım mevcut değildir (Field, 2013: 518). Bu sebeple, normal dağılım gösteren değişkenler için Pearson, normal dağılım göstermeyen değişkenler için de Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Pilot çalışma kapsamında yer alan 12 katılımcının müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçümleri karşılaştırılmıştır. Bu kapsamda katılımcıların müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçümlerinin farkları alınmıştır ve farkların normal dağılıp dağılmadığı test edilmiştir. Farkları normal dağılan değişkenler için bağımlı örneklem t-testi uygulanırken (Field, 2013: 685), farkları normal dağılmayan değişkenler için nonparametrik testlerden Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi uygulanmıştır (Field, 2013: 441). Katılımcıların geri bildirimleri için de betimleyici analizler yapılmıştır.

2.1.6. Bulgular

2.1.6.1. Çalışmanın Değişkenlerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışmanın değişkenlerinin tanımlayıcı özelliklerini incelemek için Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Kısa Semptom Envanteri (KSE), Kısa Semptom Envanteri – Depresyon Alt Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri – Anksiyete Alt Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri – Olumsuz Benlik Alt Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri – Somatizasyon Alt Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri – Hostilite Alt Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği – Aile, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği – Arkadaş, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği – Özel Bir İnsan, ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)-Bedensel Alan, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)-Ruhsal Alan, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)-Sosyal Alan, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)-Çevresel Alan için ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum puan aralığı hesaplanmıştır. Bu hesaplamalar müdahale öncesi ve müdahale sonrası için ayrı ayrı yapılmıştır ve bu değerler Tablo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6: Pilot Çalışmanın Değişkenlerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Değişkenler	Müdahale Öncesi				Müdahale Sonrası		
	S	Ortalama	SS	Min-Mak	Ortalama	SS	Min-Mak
ZBY	12	31.58	8.02	19 – 44	13.25	5.07	6 – 25
ASÖ	12	48.58	4.74	39 – 58	30.83	7.28	17 – 41
KSE	12	1.13	.55	.36 – 2.00	.31	.27	0 – 1.04
KSE – D	12	1.76	.95	.33 – 3.25	.61	.42	0 – 1.67
KSE – A	12	.90	.52	.08 – 1.77	.23	.24	0 – .77
KSE – O	12	.83	.52	0 – 1.75	.14	.21	0 – .75
KSE – S	12	.89	.51	.11 – 1.67	.17	.26	0 – .89
KSE – H	12	1.31	.78	.43 – 3.14	.39	.42	0 – 1.14
MSPSS	12	56.50	17.28	33 – 79	66.08	12.55	36 – 80
MSPSS-Aile	12	20.08	7.08	9 – 28	23.25	5.40	12 – 28
MSPSS-Arkadaş	12	21.67	7.61	8 – 28	22.92	5.40	12 – 28
MSPSS-Özel Bir	12	14.75	8.36	4 – 28	19.92	4.87	12 – 28

İnsan WHOQOL- BREF-TR Bedensel Alan	12	14.19	3.29	9.71-19.43	16.71	1.58	14.29 – 20
WHOQOL- BREF-TR Ruhsal Alan	12	12.11	2.94	6.67-16	15.67	1.54	12.67-18
WHOQOL- BREF-TR Sosyal Alan	12	13.00	3.46	6.67-18.67	15.11	2.30	12 – 18.67
WHOQOL- BREF-TR Çevresel Alan	12	13.19	1.89	10.67-16.44	16.85	1.21	15.11 – 19.11

Not: ZBY: Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu, ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği, KSE: Kısa Semptom Envanteri, KSE – D: Kısa Semptom Envanteri – Depresyon, KSE – A: Kısa Semptom Envanteri – Anksiyete, KSE – O: Kısa Semptom Envanteri – Olumsuz Benlik, KSE – S: Kısa Semptom Envanteri – Somatizasyon, KSE – H: Kısa Semptom Envanteri – Hostilite, MSPSS: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve WHOQOL-BREF-TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu

2.1.6.2. Pilot Çalışma Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar

Çalışmada kullanılan ölçeklerin normallik varsayımlarını karşılayıp karşılamadığını değerlendirmek için gerekli analizler ve incelemeler yapılmıştır. Korelasyon analizleri bu doğrultuda yapılmış olup, analizlerde Pearson ve Spearman Korelasyon analizleri kullanılmıştır. Korelasyon analizleri Tablo 7'de gösterilmektedir.

Tablo 7: Pilot Çalışmanın Değişkenlerinin Korelasyon Analizleri

Değişkenler	KSE	KSE-D	KSE-A	KSE-O	KSE-S	KSE-H	MSPSS	MSPSS-Aile	MSPSS-Arkadaş	MSPSS-Özel Bir İnsan	ZBY	ASÖ	WHO – BA	WHO – RA	WHO – SA	WHO – ÇA
KSE	1															
KSE-D	.92**	1														
KSE-A	.90***	.75**	1													
KSE-O	.93***	.87***	.72**	1												
KSE-S	.66*	.49	.58*	.63*	1											
KSE-H	.73**	.53	.71**	.63*	.27	1										
MSPSS	-.40	-.46	-.30	-.34	-.30	-.14	1									
MSPSS-Aile	-.67*	-.76**	-.79**	-.58*	-.21	-.66*	.51	1								
MSPSS-Arkadaş	-.12	-.20	.02	-.18	-.03	-.01	.74**	.01	1							
MSPSS-Özel Bir İnsan	-.15	-.12	-.11	-.14	-.37	.06	.87***	.45	.54	1						
ZBY	.60*	.59*	.55	.54	.01	.68*	-.48	-.69*	-.25	-.22	1					
ASÖ	.60*	.64*	.57	.38	.47	.35	-.35	-.47	-.10	-.16	.45	1				
WHO – BA	-.24	-.47	-.25	-.14	-.11	.26	.19	.39	.01	.02	-.04	-.58*	1			
WHO – RA	-.44	-.62*	-.38	-.40	-.10	-.05	-.05	.45	.01	-.29	-.30	-.58*	.81**	1		
WHO – SA	-.58*	-.73**	-.40	-.60*	.05	-.47	.47	.49	.59*	.02	-	-.37	.25	.44	1	
WHO – ÇA	-.55	-.65*	.06	-.60*	-.46	.00	.45	.54	.10	.36	.71**	-.38	.44	.58*	.36	1
KSE-2	.53	.52	.81**	.34	.13	.73**	-.13	-.76**	.16	-.05	.47	.32	-.23	-.26	-.33	-.10
KSE-D-2	.57	.51	.74**	.30	.46	.36	-.55	-.85***	-.06	-.40	.44	.59*	-.25	-.10	-.17	-.36
KSE-A-2	.40	.31	.62*	.03	.05	.26	-.24	-.78**	.20	-.06	.25	.32	-.27	-.16	-.07	-.19
KSE-O-2	.09	-.02	.42	-.13	.03	.57	-.00	-.37	.18	-.02	.14	.11	.02	.15	.12	.44

KSE-S-2	.44	.36	.62*	.27	.27	.53	-.06	-.52	.14	-.18	.16	.31	-.30	-.20	-.01	-.09
KSE-H-2	.32	.27	.63*	.18	.09	.66*	.13	-.54	.47	.19	.36	.35	-.18	-.28	-.00	.16
MSPSS-2	-.31	-.38	-.30	-.15	.03	-.35	.44	.23	.67*	.05	-.31	-.44	.18	.07	.66*	-.16
MSPSS-Aile-2	-.60*	-.75**	-.56	-.56	-.18	-.39	.20	.43	.30	-.08	-.40	-.26	.35	.43	.79**	.30
MSPSS-Arkadaş-2	-.04	.03	.06	.20	.08	-.07	.56	.07	.75**	.55	-.27	-.00	.10	-.18	.54	.11
MSPSS-Özel Bir İnsan-2	.01	.03	-.13	.21	.16	-.26	.24	.10	.48	-.01	-.22	-.35	-.11	-.16	.34	-.31
ZBY-2	.76**	.52	.81**	.64*	.39	.95***	-.15	-.67*	.01	.05	.65*	.35	.26	-.04	-.40	-.07
ASÖ-2	.33	.05	.14	-.14	.18	-.09	-.13	-.15	-.03	-.16	.12	.68*	-.49	-.31	.05	-.08
WHO2 – BA	.26	.21	.06	.31	.02	.53	.38	.02	.36	.40	.28	.17	.33	-.13	-.17	-.01
WHO2 – RA	-.49	-.64*	-.52	-.32	-.17	-.14	.60*	.59*	.49	.25	-.48	-	.68*	.55	.66*	.46
WHO2 – SA	-.19	-.28	-.23	-.12	.04	-.07	.75**	.35	.81**	.51	-.26	.73**	-.20	.23	-.03	.55
WHO2 – ÇA	-.51	-.63*	-.54	-.36	-.32	-.08	.65*	.72**	.43	.38	-.23	-.55	.58	.44	.49	.61*

Not 1: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Not 2: KSE: Kısa Semptom Envanteri (Müdahale Öncesi), KSE – D: Kısa Semptom Envanteri – Depresyon (Müdahale Öncesi), KSE – A: Kısa Semptom Envanteri – Anksiyete (Müdahale Öncesi), KSE – O: Kısa Semptom Envanteri – Olumsuz Benlik (Müdahale Öncesi), KSE – S: Kısa Semptom Envanteri – Somatizasyon (Müdahale Öncesi), KSE – H: Kısa Semptom Envanteri – Hostilite (Müdahale Öncesi), MSPSS: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Müdahale Öncesi), ZBY: Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu (Müdahale Öncesi), ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği (Müdahale Öncesi), WHO- BA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Bedensel Alan (Müdahale Öncesi), WHO- RA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Ruhsal Alan (Müdahale Öncesi), WHO- SA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Sosyal Alan (Müdahale Öncesi), WHO- ÇA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Çevresel Alan (Müdahale Öncesi), KSE-2: Kısa Semptom Envanteri (Müdahale Sonrası), KSE – D – 2: Kısa Semptom Envanteri – Depresyon (Müdahale Sonrası), KSE – A- 2: Kısa Semptom Envanteri – Anksiyete (Müdahale Sonrası), KSE – O- 2: Kısa Semptom Envanteri – Olumsuz Benlik (Müdahale Sonrası), KSE – S- 2: Kısa Semptom Envanteri – Somatizasyon (Müdahale Sonrası), KSE – H- 2: Kısa Semptom Envanteri – Hostilite (Müdahale Sonrası), MSPSS – 2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Müdahale Sonrası), ZBY – 2: Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu (Müdahale Sonrası), ASÖ – 2: Algılanan Stres Ölçeği (Müdahale Sonrası), WHO2-BA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Bedensel Alan (Müdahale Sonrası), WHO2-RA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Ruhsal Alan (Müdahale Sonrası), WHO2-SA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Sosyal Alan (Müdahale Sonrası), WHO2-ÇA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Çevresel Alan (Müdahale Sonrası)

Tablo 7'nin devamı: Pilot Çalışmanın Değişkenlerinin Korelasyon Analizleri

Değişkenler	KSE-2	KSE-D-2	KSE-A-2	KSE-O-2	KSE-S-2	KSE-H-2	MSPSS-2	MSPSS-Aile-2	MSPSS-Arkadaş-2	MSPSS-Özel Bir İnsan-2	ZBY-2	ASÖ-2	WHO2 – BA	WHO2 – RA	WHO2 – SA	WHO2 – ÇA
KSE-2	1															
KSE-D-2	.73**	1														
KSE-A-2	.95***	.79**	1													
KSE-O-2	.79**	.43	.68*	1												
KSE-S-2	.77**	.37	.66*	.73**	1											
KSE-H-2	.82**	.42	.68*	.79**	.67*	1										
MSPSS-2	-.47	-.29	-.22	-.32	-.22	-.11	1									
MSPSS-Aile-2	-.44	-.49	-.37	-.03	-.18	-.17	.76**	1								
MSPSS-Arkadaş-2	-.20	-.30	-.15	-.34	-.21	.10	.72**	.35	1							
MSPSS-Özel Bir İnsan-2	-.45	-.29	-.26	-.55	-.26	-.30	.81**	.21	.57	1						
ZBY-2	.74**	.49	.35	.51	.44	.66*	-.33	-.37	.00	-.29	1					
ASÖ-2	.16	.37	.13	.29	.27	.28	-.15	.19	.00	-.30	-.07	1				
WHO2 –	-.06	-.19	-.20	-.24	-.14	.01	.12	-.15	.51	.03	.38	-.10	1			
WHO2 –	-.50	-.61*	-.44	-.21	-.30	-.20	.64*	.45	.33	.45	-.17	-.56	.26	1		
WHO2 –	-.34	-.35	-.31	-.28	-.39	.11	.68*	.33	.81**	.52	-.04	-.18	.42	.68*	1	
WHO2 –	-.55	-.55	-.54	-.18	-.50	-.19	.54	.47	.39	.32	-.13	-.14	.42	.76**	.69*	1

Not 1: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Not 2: KSE: Kısa Semptom Envanteri (Müdahale Öncesi), KSE – D: Kısa Semptom Envanteri – Depresyon (Müdahale Öncesi), KSE – A: Kısa Semptom Envanteri – Anksiyete (Müdahale Öncesi), KSE – O: Kısa Semptom Envanteri – Olumsuz Benlik (Müdahale Öncesi), KSE – S: Kısa Semptom Envanteri –

Somatizasyon (Müdahale Öncesi), KSE – H: Kısa Semptom Envanteri – Hostilite (Müdahale Öncesi), MSPSS: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Müdahale Öncesi), ZBY: Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu (Müdahale Öncesi), ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği (Müdahale Öncesi), WHO- BA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Bedensel Alan (Müdahale Öncesi), WHO- RA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Ruhsal Alan (Müdahale Öncesi), WHO- SA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Sosyal Alan (Müdahale Öncesi), WHO- ÇA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Çevresel Alan (Müdahale Öncesi), KSE-2: Kısa Semptom Envanteri (Müdahale Sonrası), KSE – D - 2: Kısa Semptom Envanteri – Depresyon (Müdahale Sonrası), KSE – A- 2: Kısa Semptom Envanteri – Anksiyete (Müdahale Sonrası), KSE – O- 2: Kısa Semptom Envanteri – Olumsuz Benlik (Müdahale Sonrası), KSE – S- 2: Kısa Semptom Envanteri – Somatizasyon (Müdahale Sonrası), KSE – H- 2: Kısa Semptom Envanteri – Hostilite (Müdahale Sonrası), MSPSS - 2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Müdahale Sonrası), ZBY - 2: Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu (Müdahale Sonrası), ASÖ - 2: Algılanan Stres Ölçeği (Müdahale Sonrası), WHO2-BA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Bedensel Alan (Müdahale Sonrası), WHO2-RA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Ruhsal Alan (Müdahale Sonrası), WHO2-SA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Sosyal Alan (Müdahale Sonrası), WHO2-ÇA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Çevresel Alan (Müdahale Sonrası)

2.1.6.3. Pilot Çalışmanın Bulguları

Katılımcıların müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçümleri kıyaslandığında bakım yükü ($t(11) = 10.37, p<.001$), algılanan stres ($t(11) = 11.54, p<.001$), psikolojik semptom (toplam puan) ($t(11) = 5.81, p<.001$), depresyon ($t(11) = 4.86, p<.01$), anksiyete ($t(11) = 5.61, p<.001$), olumsuz benlik ($t(11) = 4.09, p<.01$), somatizasyon ($t(11) = 5.38, p<.001$) ve hostilite düzeylerinde ($Z = -3.07, p<.01$) anlamlı bir azalma olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yaşam kalitesi açısından değerlendirildiğinde ise, bedensel alan ($t(11) = 2.78, p<.05$), ruhsal alan ($t(11) = 5.03, p<.001$), sosyal alan ($t(11) = 2.50, p<.05$) ve çevresel alan ($t(11) = 8.44, p<.001$) düzeylerinde müdahale sonrasında anlamlı bir yükselme görülmüştür. Ancak, algılanan sosyal destek ($t(11) = -2.04, p = .07$), aileden algılanan sosyal destek ($Z = -1.61, p>.05$), arkadaşan algılanan sosyal destek ($t(11) = .96, p = .36$) ve özel bir insandan algılanan sosyal destek ($t(11) = 1.84, p = .09$) düzeylerinde yükselme olsa da bu yükselme anlamlı değildir. Bulgular Tablo 8 ve Tablo 9’da gösterilmektedir.

Tablo 8: Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Çalışmanın Değişkenlerinin Farklılığı

	Müdahale Öncesi		Müdahale Sonrası		$t(11)$
	Ort	SS	Ort	SS	
Bakım Yükü	31.58	8.02	13.25	5.07	10.37***
Algılanan Stres	48.58	4.74	30.83	7.28	11.54***
Psikolojik Semptom	1.13	.55	.31	.27	5.81***
Depresyon	1.76	.95	.61	.42	4.86**
Anksiyete	.90	.52	.23	.24	5.61***
Olumsuz Benlik	.83	.52	.14	.21	4.09**
Somatizasyon	.89	.51	.17	.26	5.38***
Algılanan Sosyal Destek	56.50	17.28	66.09	12.55	-2.04
Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	21.67	7.61	22.92	5.40	.96
Özel Bir İnsandan Algılanan Sosyal Destek	14.75	8.36	19.92	4.87	1.84
Bedensel	14.19	3.29	16.71	1.58	2.78*
Ruhsal	12.11	2.94	15.67	1.54	5.03***
Sosyal	13.00	3.46	15.11	2.30	2.50*
Çevresel	13.19	1.89	16.85	1.21	8.44***

Not. * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

Tablo 9: Müdahale Öncesi ve Müdahale Sonrası Hostilite ve Aileden Algılanan Sosyal Destek Düzeylerinin Farklılığına İlişkin Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi Sonuçları

<i>Hostilite</i>	<i>N</i>	<i>Sıra ortalaması</i>	<i>Sıra toplamı</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Negatif sıra	12	6.50	78.00	-3.07	.002 (p<.01)
Pozitif sıra	0	.00	.00		
Eşit	0				
<i>Aileden Algılanan Sosyal Destek</i>	<i>N</i>	<i>Sıra ortalaması</i>	<i>Sıra toplamı</i>	<i>Z</i>	<i>P</i>
Negatif sıra	6	6.00	36.00	-1.61	.11 (p>.05)
Pozitif sıra	3	3.00	9.00		
Eşit	3				

2.1.6.4. Katılımcıların Geri Bildirimleri

Katılımcıların terapiden aldıkları faydayı 1-10 arasında puanlamaları istenmiştir. Katılımcıların verdikleri puanlar 7 ile 10 arasında değişmektedir ($Ort = 9.25$, $SS = 1.06$). Tam puandan az puan veren katılımcılar, terapidin süresini kısa bulduklarını ve hastalık devam eden bir süreç olduğu için terapidin daha uzun süre olmasının daha iyi olacağını ifade etmişlerdir. Başka bir katılımcı ise terapidin iyi geldiğini ancak sorun ortadan kalkmadığı için görüşme bitince sıkıntılarının tekrar arttığını dile getirmiştir. Bir diğer katılımcı da davranış yönetimi kısmının kendisi için tekrar olduğunu bu sebeple tam puan vermediğini söylemiştir.

Terapiden alınan fayda açısından katılımcılar, duygularının farkına vardıklarını, amaç – araç ayrımı yaptıklarını, bakış açılarının değiştiğini, başkalarının yargılayıcı olduğunu ama terapilerde kendisini dinleyen ve anlayan birinin olduğunu hissettiklerini, durumu kabullenip sakinleştiklerini, depresif hallerinin değiştiğini, küçük mutlulukların farkına vardıklarını, empati kurduklarını ve farklı gözle baktıklarını, gerçeklerle yüzleştiklerini, kabullenmek adına fayda sağladıklarını, yaptıklarının bir fedakarlık olduğunu gördüklerini, önce kendim demeyi öğrendiklerini, yalnız olmadıklarını gördüklerini ve hastalık hakkında bilgi sahibi olduklarını ifade etmişlerdir.

Terapide en çok hangi kısımdan yarar sağladıkları sorulduğunda, katılımcılar genel olarak fayda sağladıklarını belirtmişlerdir. Kısım belirtmeleri istendiğinde sekiz katılımcı Aktivite Planlamasından, yedi katılımcı Aşamalı Kas Gevşetmeden,

altı katılımcı Bilişsel Yeniden Yapılandırmadan ve altı katılımcı da Davranış Yönetiminden fayda sağladığını belirtmiştir.

Katılımcılara gereksiz buldukları bir kısım olup olmadığı sorulduğunda, bir katılımcı davranış yönetimi kısmının tekrar olduğunu belirtirken, bir katılımcı problem çözme yapılandıramadığını söylemiştir. Bu ifadeleri kullanan katılımcıların haricinde diğer katılımcılar gereksiz buldukları bir kısım olmadığını ifade etmişlerdir.

Son olarak, katılımcıların terapist önerileri sorulmuştur. Katılımcılardan biri bazı kısımlarda daha fazla açıklamanın yararlı olacağını dile getirirken, diğer katılımcılar terapist bir önerilerinin olmadığını söylemişlerdir.

2.2. ANA ÇALIŞMA

2.2.1. Katılımcılar

2.2.1.1. Tüm Katılımcılar

Çalışmaya yaşları 41 ile 75 arasında değişmekte olan ($Ort = 59.37$, $SS = 7.85$), 31'i (%88.6) kadın, dördü (%11.4) erkek, toplam 35 demans tanısı olan bireye temel bakım veren aile üyesi katılmıştır. Katılımcıların 21'i (% 60) evli iken, 29 katılımcının (%82.9) çocuğu vardır. Ayrıca, 20 katılımcı (%57.2) lise ve altı eğitim düzeyine sahipken, yalnızca biri (%2.9) çalışmaktadır. Katılımcıların aylık gelirleri ise 0 ile 20.000 arasında değişmektedir ($Ort = 4.586,86$, $SS = 3.378,69$). Bakım verenlerin rahatsızlıkları değerlendirildiğinde, bakım verenlerin 22'sinin (%62.9) ağrı, hipotiroid, astım, romatizma, bel fıtığı, tansiyon, göz tansiyonu, işitme kaybı, prostat ve diyabet gibi fiziksel rahatsızlıkları bulunmaktadır. Psikolojik rahatsızlıklar açısından ise 5 katılımcının (%14.3) psikolojik rahatsızlığı bulunmaktadır. Üç katılımcının depresyonu, bir katılımcının uyku problemi ve bir katılımcının da kaygı bozukluğu bulunmaktadır. Bu rahatsızlıklar katılım için engel oluşturmamaktadır. Bu rahatsızlıklara yönelik tedavi kapsamında ise katılımcıların 10'u (%28.6) ilaç tedavisine devam etmektedirler.

Bakım verenlerin bakım alan demans tanısı olan birey ile yakınlıkları değerlendirildiğinde, 25 bakım verenin (% 71.4) demans tanısı olan bireyin kızı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%88.6) 7/24 bakım vermektedirler. Bakım vermede yardım almaları kapsamında, bakım verenlerin 13'ü (%37.1) bakım verme anlamında yardım alırlarken, dokuzu (%25.7) bakım verdikleri demans tanısı olan birey dışında başkalarına da bakım vermektedirler. Bu kişiler de eş, anne, baba, ağabey, çocuk ve torun olarak ifade edilmektedir. Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri Tablo 10'da yer almaktadır.

Bakım alan demans tanısı olan bireyler değerlendirildiğinde, bakım alanların yaşları 56 ile 94 arasında değişirken ($Ort = 81$, $SS = 8.82$), 30'unun (%85.7) kadın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Demans tanısı olan bireylerin ilk tanı aldıkları zamandan bu zamana geçen zaman bir yıl ile 16 yıl arasında değişmekle beraber ($Ort = 5.61$, $SS = 3.83$), 25'inin (%71.4) demansı orta düzeydedir. Bakım alan demans tanısı olan bireylerin sosyodemografik özellikleri ise Tablo 11'de sunulmaktadır.

2.2.1.2. Müdahale Grubu

Çalışmaya yaşları 41 ile 75 arasında değişen ($Ort = 58.44$, $SS = 8.70$), 15'i (%83.3) kadın, üçü (%16.7) erkek, toplam 18 demans tanısı olan bireye temel bakım veren aile üyesi katılmıştır. Katılımcıların 10'unun (% 55.5) lise ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca, katılımcıların yine büyük bir kısmı (% 66.7) evli iken, 16 katılımcının (%88.9) çocuğu vardır. Çalışmanın katılımcılarının tamamına yakını (%94.4) çalışmamakla beraber, aylık gelirleri 0 ile 20.000 arasında değişmektedir ($Ort = 4.938$, $SS = 4.313$). Bakım verenlerin rahatsızlıkları değerlendirildiğinde, müdahale grubundaki bakım verenlerin 14'ünün (%77.8) astım, romatizma, kalp rahatsızlığı, bel fıtığı, tansiyon, göz tansiyonu, işitme kaybı, prostat ve şeker gibi fiziksel rahatsızlıkları bulunmaktadır. Psikolojik rahatsızlıklar açısından ise üç katılımcının (%16.7) psikolojik rahatsızlığı bulunmaktadır. İki katılımcı depresyonu olduğunu, bir katılımcı da kaygı bozukluğu olduğunu ifade etmiştir. Bu rahatsızlıklar katılım için engel oluşturmamaktadır. Bu rahatsızlıklara yönelik tedavi kapsamında ise katılımcıların altısı (%33.3) ilaç tedavisine devam etmektedirler.

Bakım verenlerin bakım alan demans tanısı olan birey ile yakınlıkları değerlendirildiğinde, büyük bir kısmının (%66.7) kızı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların tümü bakım verdikleri bireye 7/24 bakım vermektedirler. Bakım vermede yardım almaları kapsamında, bakım verenlerin yedisi (%38.9) bakım verme anlamında yardım alırlarken, altısı (%33.3) bakım verdikleri demans tanısı olan birey dışında başkalarına da bakım vermektedirler. Bu kişiler de anne, baba, ağabey, çocuk ve torun olarak ifade edilmektedir. Bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri Tablo 10'da yer almaktadır.

Bakım alan demans tanısı olan bireyler değerlendirildiğinde, bakım alanların yaşları 56 ile 93 arasında değişirken ($Ort = 79.83$, $SS = 7.84$), büyük çoğunluğunu (%83.3) kadınlar oluşturmaktadır. İlk tanı aldıkları zamandan bu zamana geçen zaman 1 yıl ile 15 yıl arasında değişmekle beraber ($Ort = 4.75$, $SS = 3.36$), bakım alan bireylerin büyük çoğunluğunun (%77.8) demansı orta düzeydedir. Bakım alan demans tanısı olan bireylerin sosyodemografik özellikleri ise Tablo 11'de sunulmaktadır.

2.2.1.3. Kontrol Grubu

Kontrol grubunda çalışmaya katılımı gönüllü olarak kabul eden yaşları 50 ile 73 arasında değişen ($Ort = 60.35$, $SS = 6.96$), 16'sı kadın (%94.1), biri erkek (%5.9), toplam 17 demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyesi yer almaktadır. Katılımcıların büyük bir kısmının (% 58.8) lise ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Ayrıca, katılımcıların yaklaşık yarısı (% 52.9) evli iken, 13 katılımcının (%76.5) çocuğu vardır. Çalışmanın katılımcılarının tamamı çalışmamakla beraber, aylık gelirleri 2.000 ile 10.000 arasında değişmektedir ($Ort = 4.214$, $SS = 2.050$). Kontrol grubundaki bakım verenlerin rahatsızlıkları değerlendirildiğinde, bakım verenlerin sekizinin (%47.1) ağrı, hipotiroid, kalp rahatsızlığı, kireçlenme, tansiyon ve şeker gibi fiziksel rahatsızlıkları bulunmaktadır. Psikolojik rahatsızlıklar açısından ise iki katılımcının (%11.8) psikolojik rahatsızlığı bulunmaktadır. Bir katılımcı depresyonu, bir katılımcı da uyku problemi olduğunu ifade etmiştir. Bu rahatsızlıklar katılım için engel oluşturmamaktadır. Bu

rahatsızlıklara yönelik tedavi kapsamında ise katılımcıların dördü (%23.5) ilaç tedavisine devam etmektedirler.

Bakım verenlerin bakım alan demans tanısı olan birey ile yakınlıkları değerlendirildiğinde, büyük bir kısmının (%76.5) kızı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların yine büyük bir kısmı (%76.5) bakım verdikleri bireye 7/24 bakım vermektedirler. Bakım vermede yardım almaları kapsamında, bakım verenlerin altısı (%35.3) bakım verme anlamında yardım alırlarken, üçü (%17.6) bakım verdikleri demans tanısı olan birey dışında başkalarına da bakım vermektedirler. Bu kişiler de baba, eş ve torun olarak ifade edilmektedir. Bakım verenlerin demografik özellikleri Tablo 10'da yer almaktadır.



Tablo 10: Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler	Tüm Katılımcılar (S=35)				Müdahale Grubu (S=18)				Kontrol Grubu (S=17)			
	S	%	Ort	SS	S	%	Ort	SS	S	%	Ort	SS
Cinsiyet												
Kadın	31	88.6			15	83.3			16	94.1		
Erkek	4	11.4			3	16.7			1	5.9		
Yaş			59.37	7.85			58.44	8.70			60.35	6.96
Medeni Hali												
Bekar	5	14.3			2	11.1			3	17.6		
Evli	21	60			12	66.7			9	52.9		
Boşanmış	7	20			4	22.2			3	17.6		
Eşini Kaybetmiş												
Eşini Kaybetmiş	2	5.7			-	-			2	11.8		
Eğitim Durumu												
İlkokul	2	5.7			-	-			2	11.8		
Ortaokul	3	8.6			3	16.7			-	-		
Lise	15	42.9			7	38.9			8	47.1		
Üniversite	13	37.1			7	38.9			6	35.3		
Lisansüstü	2	5.7			1	5.6			1	5.9		
Çalışma Durumu												
Evet	1	2.9			1	5.6			-	-		
Hayır	34	97.1			17	94.4			17	100		
Çocuk Durumu												
Evet	29	82.9			16	88.9			13	76.5		
Hayır	6	17.1			2	11.1			4	23.5		

Değişkenler	S	Tüm Katılımcılar (S=35) %	Ort	SS	S	Müdahale Grubu (S=18) %	Ort	SS	S	Kontrol Grubu (S=17) %	Ort	SS
Çocuk Sayısı												
1	14	40			7	38.9			7	41.2		
2	14	40			9	50			5	29.4		
3	1	2.9			-	-			1	5.9		
Aylık Gelir*			4.586	3.378			4.938	4.313			4.214	2.050
Fiziksel Hastalık												
Var	22	62.9			14	77.8			8	47.1		
Yok	13	37.1			4	22.2			11	52.9		
Psikolojik Hastalık												
Var	5	14.3			3	16.7			2	11.8		
Yok	30	85.7			15	83.3			15	88.2		
Tedavi												
Var (İlaç)	10	28.6			6	33.3			4	23.5		
Yok	25	71.4			12	66.7			13	76.5		
Bakım Alan Birey ile Yakınlıkları												
Eş	8	22.8			4	22.2			4	23.5		
Kız	25	71.4			12	66.7			13	76.5		
Gelin	1	2.9			1	5.6			-	-		
Damat	1	2.9			1	5.6			-	-		
Bakım Süresi												
4 gün	1	2.9							1	5.9		
5 gün	3	8.6							3	17.6		
7 gün 24 saat	31	88.6			18	100			13	76.5		
Bakım Verme Kapsamında Yardım												

Var	13	37.1	7	38.9	6	35.3
Yok	22	62.9	11	61.1	11	64.7
Başkasına						
Bakım Verme						
Durumu						
Var	9	25.7	6	33.3	3	17.6
Yok	26	74.3	12	66.7	14	82.4

Not. * Aylık gelir TL cinsindendir.

Bakım alan demans tanısı olan bireyler değerlendirildiğinde, kontrol grubundaki bireylerin bakım verdiği demans tanısı olan bireylerin yaşları 62 ile 94 arasında değişirken ($Ort = 82.24$, $SS = 9.84$), yine büyük çoğunluğu (%88.2) kadındır. Demans tanısı olan bireylerin ilk tanı aldıkları zamandan bu zamana geçen zaman 1 yıl ile 16 yıl arasında değişmekle beraber ($Ort = 6.53$, $SS = 4.19$), büyük çoğunluğunun (%64.7) demans düzeyinin orta olduğu görülmektedir. Bakım alan demans tanısı olan bireylerin sosyodemografik özellikleri ise Tablo 11’de sunulmaktadır.



Tablo 11: Bakım Alan Demans Tanısı olan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler	Tüm Katılımcılar (S=35)				Müdahale Grubu (S=18)				Kontrol Grubu (S=17)			
	S	%	Ort	SS	S	%	Ort	SS	S	%	Ort	SS
Cinsiyet												
Kadın	30	85.7			15	83.3			15	88.2		
Erkek	5	14.3			3	16.7			2	11.8		
Yaş			81	8.82			79.83	7.84			82.24	9.84
Demans Düzeyleri												
Hafif	3	8.6			1	5.6			2	11.8		
Orta	25	71.4			14	77.8			11	64.7		
İleri	7	20			3	16.7			4	23.5		
İlk Tanı Aldıklarından Bu Zamana Geçen Süre			5.61	3.83			4.75	3.36			6.53	4.19

2.2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada Kişisel Bilgi Formu, Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Kısa Semptom Envanteri (KSE), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu (MSPSS), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR) ve Müdahale Sonrası Değerlendirme ve Geri Bildirim Formu kullanılmıştır. Ölçekler ile ilgili detaylı bilgi Pilot Çalışma başlığı altında yer almaktadır.

2.2.3. Müdahale

Bu çalışmada, araştırmacı tarafından geliştirilen Bilişsel Davranışçı Terapi Müdahalesi uygulanmıştır. Müdahale ile ilgili detaylı bilgi Pilot Çalışma başlığı altında yer almaktadır.

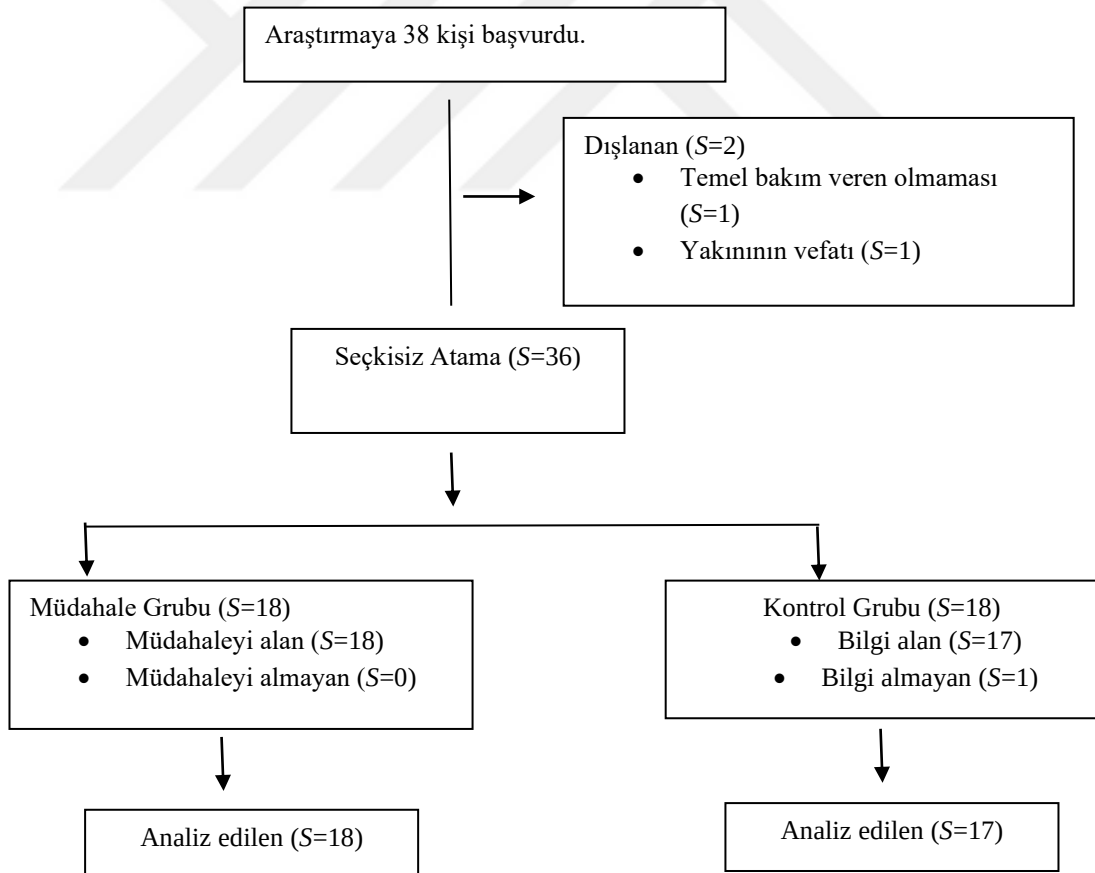
2.2.4. İşlem

Öncelikle Dokuz Eylül Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Etik Kurul Karar No: 2019/33/5). Alınan izinden sonra Türkiye Alzheimer Derneği – İzmir Şubesi ile görüşülmüş ve dernekten katılımcı konusunda yardım alınmıştır.

Ana çalışma kapsamında çalışmaya başlamadan önce, örneklem büyüklüğünü belirlemek için GPower 3.1.9.7 programı ile güç analizi yapılmıştır. Bu analizde Cohen (1992: 98) tarafından varyans analizleri için yüksek etki büyüklüğü olarak belirlenen 0.4 etki büyüklüğü olarak alınmıştır. Alfa değeri olarak .05, güç değeri olarak da 0.95 alınan analizde müdahale ve kontrol grubu olmak üzere iki grup bulunurken, analizlerde karma desen ANOVA seçilmiştir. Güç analizinin sonucunda katılımcı sayısının 24 olması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Bir başka deyişle, 12 katılımcı müdahale grubu ve 12 katılımcı kontrol grubu olmak üzere 24 katılımcı ile etkileşimin anlamlı olmadığı sıfır hipotezini doğru bir şekilde reddetme şansı %96'dır.

Çalışmaya 38 katılımcı ile başlanmıştır. Bir katılımcı temel bakım veren olmaması sebebiyle ilk görüşmeden sonra çalışmaya dahil edilmemiştir. Bir katılımcının bakım verdiği bireyin dışında bir yakını vefat etmiştir. Bu sebeplerle iki katılımcı çalışmaya dahil edilmemiştir. Geriye kalan 36 katılımcı müdahale ve kontrol gruplarına seçkisiz olarak atanmışlardır. Bu atama SPSS ile gerçekleştirilmiştir. Kontrol grubundaki katılımcılardan 1'i de bakım verdiği bireyin vefat etmesi sebebiyle çalışmaya dahil edilememiştir. Sonuç olarak müdahale grubundaki 18 katılımcı ve kontrol grubundaki 17 katılımcı ile çalışma tamamlanmıştır. Dolayısıyla, bu çalışmaya 38 katılımcı ile başlanmış olup, çalışma 35 katılımcı ile tamamlanmıştır (%97.22). Çalışmanın akış şeması Şekil 2'de gösterilmektedir.

Şekil 2: Çalışmanın Akış Şeması



Gönüllü katılımı kabul eden müdahale (S=18) ve kontrol (S=17) gruplarına seçkisiz olarak atanan katılımcılar ile çalışmaya başlanmıştır. Müdahale grubundan 12 katılımcı ile öncelikle pilot çalışma yapılmıştır. Pilot çalışmanın sonuçları analiz edildikten sonra diğer katılımcılarla uygulama devam etmiştir. Katılımcılar gönüllü katılımı onayladıktan sonra, çalışmaya gönüllü katıldıklarının onayını almak ve araştırmanın amacını aktarmak amacıyla katılımcılara bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (EK 7) imzalatılmıştır. Müdahale grubundaki katılımcılarla haftada bir kez bir saat olmak üzere sekiz hafta boyunca kendi evlerinde görüşme yapılmıştır. İlk seansta ve son seansta ölçümler alınmıştır. Kontrol grubundaki katılımcılar ise evlerinde iki kez ziyaret edilmiş olup bu görüşmelerde sadece ölçüm alınmıştır, iki ölçüm arasında sekiz haftalık zaman dilimi bulunmaktadır. İki ölçümden sonra da kontrol grubundaki katılımcılara bakım verme ve davranış yönetimi ile ilgili bilgi verilmiştir. Ancak, müdahale grubunda olduğu gibi herhangi bir broşür verilmemiştir.

2.2.5. İstatistiksel Analizler

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi için IBM SPSS Statistics (Version 21) kullanılmıştır. Analizlere başlamadan önce hatalı girişler kontrol edilmiştir. Çalışmanın değişkenlerine dair normallik analizleri yapılmıştır. Sonrasında, katılımcıların demografik özelliklerine ve çalışmanın değişkenlerine dair betimleyici analizler yapılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek amacıyla Pearson ve Spearman Korelasyon analizleri uygulanmıştır. Pearson Korelasyon analizinin bir varsayımı ilgili değişkenin normal dağılım göstermesi iken, Spearman Korelasyon analizi için normal dağılıma dair bir varsayım mevcut değildir (Field, 2009: 177). Bu sebeple, normal dağılım gösteren değişkenler için Pearson, normal dağılım göstermeyen değişkenler için de Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Ana çalışma kapsamında müdahale ve kontrol grubunu karşılaştırmak için 2 (grup: müdahale grubu ve kontrol grubu) X 2 (zaman: müdahale öncesi ve müdahale sonrası) son faktörde tekrar ölçümlü karma ANOVA analizleri yapılmıştır. Varsayımların kontrolü için bootstrapp analizleri yapılmış olup, güven aralıkları karşılaştırılmıştır. Bu analiz kapsamında, müdahale öncesinde ve müdahale

sonrasında müdahale ve kontrol grupları karşılaştırılmıştır. Normal dağılım gösteren değişkenlerde bağımsız örneklem t testi, normal dağılım göstermeyen değişkenler için Mann-Whitney U testi uygulanmıştır (Field, 2013: 1484). Bu analize ek olarak, müdahale ve kontrol grubunun kendi içlerinde müdahale öncesi ve müdahale sonrası değerleri karşılaştırılmıştır. Bu kapsamda katılımcıların müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçümlerinin farkları alınmıştır ve farkların normal dağılıp dağılmadığı test edilmiştir. Farkları normal dağılan değişkenler için bağımlı örneklem t-testi uygulanırken, farkları normal dağılmayan değişkenler için nonparametrik testlerden Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi uygulanmıştır (Field, 2013: 441). Son olarak, katılımcıların verdikleri geri bildirimlere dair betimleyici analizler yapılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. ANA ÇALIŞMA

3.1.1. Müdahale Grubuna Dair Analizler

3.1.1.1. Çalışmanın Değişkenlerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışmanın değişkenlerinin tanımlayıcı özelliklerini incelemek için Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Kısa Semptom Envanteri (KSE), Kısa Semptom Envanteri – Depresyon Alt Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri – Anksiyete Alt Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri – Olumsuz Benlik Alt Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri – Somatizasyon Alt Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri – Hostilite Alt Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği – Aile, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği – Arkadaş, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği – Özel Bir İnsan ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)-Bedensel Alan, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)-Ruhsal Alan, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)-Sosyal Alan, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)-Çevresel Alan için ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum puan aralığı hesaplanmıştır. Bu hesaplamalar müdahale öncesi ve müdahale sonrası için ayrı ayrı yapılmıştır. Müdahale öncesi ve müdahale sonrası değerler Tablo 12'de sunulmaktadır.

Tablo 12: Çalışmanın Değişkenlerinin Müdahale Grubu İçin Tanımlayıcı Özellikleri

Değişkenler	Müdahale Öncesi				Müdahale Sonrası			
	S	Ortalama	SS	Min-Mak	S	Ortalama	SS	Min-Mak
ZBY	18	29.50	8.41	10 – 44	18	13.83	5.07	6 – 25
ASÖ	18	46.17	6.49	30 – 58	18	31.83	6.79	17 – 42
KSE	18	1.03	.65	0 – 2.42	18	.27	.23	0 – 1.04
KSE – D	18	1.64	9.77	0 – 3.25	18	.53	.37	0 – 1.67
KSE – A	18	.87	.71	0 – 2.85	18	.22	.21	0 – .77
KSE – O	18	.69	.51	0 – 1.75	18	.10	.18	0 – .75
KSE – S	18	.78	.80	0 – 3.11	18	.14	.22	0 – .89
KSE – H	18	1.20	.77	0 – 3.14	18	.40	.37	0 – 1.14
MSPSS	18	56.67	15.0	33 – 79	18	66.33	10.8	36 – 80
MSPSS – Aile	18	20.39	6.40	9 – 28	18	23.72	4.90	12 – 28
MSPSS – Arkadaş	18	21.56	7	8 – 28	18	22.78	4.70	12 – 28
MSPSS – Özel Bir İnsan	18	14.72	8.08	4 – 28	18	19.83	4.82	12 – 28
WHOQOL-BREF-TR Bedensel Alan	18	14.73	3.28	9.71 – 19.43	18	16.54	1.69	13.71 – 20
WHOQOL-BREF-TR Ruhsal Alan	18	12.48	2.74	6.67 – 18	18	15.56	1.48	12.67 – 18
WHOQOL-BREF-TR Sosyal Alan	18	13.04	2.91	6.67-18.67	18	14.67	1.99	12 – 18.67
WHOQOL-BREF-TR Çevresel Alan	18	13.88	2.08	10.67 – 16.89	18	16.74	1.18	14.67 – 19.11

Not: ZBY: Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu, ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği, KSE: Kısa Semptom Envanteri, KSE – D: Kısa Semptom Envanteri – Depresyon, KSE – A: Kısa Semptom Envanteri – Anksiyete, KSE – O: Kısa Semptom Envanteri – Olumsuz Benlik, KSE – S: Kısa Semptom Envanteri – Somatizasyon, KSE – H: Kısa Semptom Envanteri – Hostilite, MSPSS: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, WHOQOL-BREF-TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu

Müdahale sonrası ile müdahale öncesi kıyaslandığında, müdahale grubundaki katılımcıların bakım yükü, algılanan stres, psikolojik semptom (toplam puan), depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite düzeylerinin azalma eğiliminde olduğu görülürken, algılanan sosyal destek, aileden algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek,

yaşam kalitesi-bedensel alan, yaşam kalitesi-ruhsal alan, yaşam kalitesi-sosyal alan ve yaşam kalitesi-çevresel alan düzeylerinin yükselme eğiliminde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

3.1.1.2. Çalışmanın Değişkenlerinin Korelasyonları

Çalışmadaki değişkenlerin normallik varsayımlarını karşılayıp karşılamadığını değerlendirmek için gerekli analizler ve incelemeler yapılmıştır. Korelasyon analizleri bu doğrultuda yapılmış olup, analizlerde Pearson ve Spearman Korelasyon analizleri kullanılmıştır. Korelasyon analizleri Tablo 13'te gösterilmektedir. Bu kısımda anlamlı korelasyonlar rapor edilecektir.

Müdahale öncesindeki psikolojik semptom müdahale öncesinde ölçümlenen depresyon ($r = .90, p < .001$), anksiyete ($r = .95, p < .001$), olumsuz benlik ($r = .87, p < .001$), somatizasyon ($r = .68, p < .01$), hostilite ($r = .79, p < .001$) ve bakım yükü ($r = .58, p < .05$) ile pozitif ilişkiliyken, aileden algılanan sosyal destek ($r = -.49, p < .05$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = -.48, p < .05$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = -.76, p < .001$) ile negatif ilişkilidir. Müdahale öncesindeki psikolojik semptom, müdahale sonrasındaki psikolojik semptom ($r = .61, p < .01$), depresyon ($r = .68, p < .01$) ve bakım yükü ($r = .55, p < .05$) ile pozitif ilişkiliyken, yaşam kalitesi çevresel alan ($r = -.57, p < .05$) ile negatif ilişkilidir.

Müdahale öncesinde ölçülen depresyon, müdahale öncesindeki anksiyete ($r = .82, p < .001$), olumsuz benlik ($r = .82, p < .001$), somatizasyon ($r = .55, p < .05$), hostilite ($r = .62, p < .01$) ve bakım yükü ($r = .66, p < .01$) ile pozitif korelasyona sahipken, aileden algılanan sosyal destek ($r = -.69, p < .01$), yaşam kalitesi bedensel alan ($r = -.58, p < .05$), yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.57, p < .05$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = -.57, p < .05$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = -.71, p < .01$) ile negatif korelasyona sahiptir. Müdahale öncesinde ölçülen depresyon, müdahale sonrasında ölçülen psikolojik semptom ($r = .58, p < .05$), depresyon ($r = .69, p < .01$), anksiyete ($r = .50, p < .05$), bakım yükü ($r = .47, p < .05$) ile pozitif ilişkiliyken, aileden algılanan sosyal destek ($r = -.50, p < .05$), yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.49, p < .05$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = -.70, p < .01$) ile negatif korelasyona sahip olarak bulunmuştur.

Müdahale öncesindeki anksiyetenin yine müdahale öncesindeki olumsuz benlik ($r = .87, p < .001$), somatizasyon ($r = .63, p < .01$), hostilite ($r = .67, p < .01$) ve bakım yükü ($r = .54, p < .05$) ile pozitif, aileden algılanan sosyal destek ($r = -.55, p < .05$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = -.65, p < .05$) ile negatif ilişkiye sahip olduğu görülmektedir. Müdahale öncesindeki anksiyete düzeyi, müdahale sonrasındaki psikolojik semptom ($r = .75, p < .001$), depresyon ($r = .65, p < .01$), anksiyete ($r = .60, p < .01$) ve hostilite ($r = .62, p < .01$) ile pozitif, yaşam kalitesi çevresel alan ($r = -.53, p < .05$) ile negatif ilişkiye sahiptir.

Müdahale öncesinde ölçümü alınan olumsuz benlik, yine müdahale öncesindeki somatizasyon ($r = .65, p < .01$) ve bakım yükü ($r = .56, p < .05$) ile pozitif, yaşam kalitesi sosyal alan ($r = -.50, p < .05$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = -.79, p < .001$) ile negatif ilişkilidir. Ayrıca, müdahale öncesindeki olumsuz benlik, müdahale sonrasındaki psikolojik semptom ($r = .48, p < .05$) ve depresyon ($r = .61, p < .01$) ile pozitif ilişkilere sahiptir.

Müdahale öncesinde ölçümü alınan somatizasyon, yine müdahale öncesindeki yaşam kalitesi çevresel alan ($r = -.67, p < .01$) ile negatif ilişkilirken, müdahale sonrasındaki depresyon ($r = .48, p < .05$) ile pozitif ilişkilidir.

Müdahale öncesinde ölçümü alınan hostilite, müdahale öncesindeki bakım yükü ($r = .65, p < .01$) ve müdahale sonrasındaki psikolojik semptom ($r = .66, p < .01$), depresyon ($r = .67, p < .01$), anksiyete ($r = .49, p < .05$), olumsuz benlik ($r = .50, p < .05$), hostilite ($r = .58, p < .05$) ve bakım yükü ($r = .81, p < .001$) ile pozitif korelasyon göstermektedir.

Algılanan sosyal desteğin müdahale öncesindeki düzeyi ile müdahale öncesindeki aileden algılanan sosyal destek ($r = .59, p < .01$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = .75, p < .001$) ve özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = .81, p < .001$) pozitif ilişkilidir. Müdahale öncesindeki algılanan sosyal destek, müdahale sonrasındaki algılanan sosyal destek ($r = .49, p < .05$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = .52, p < .05$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .57, p < .05$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .56, p < .05$) ile pozitif korelasyona, depresyon ($r = -.51, p < .05$) ile negatif korelasyona sahiptir.

Müdahale öncesindeki aileden algılanan sosyal destek, müdahale öncesindeki yaşam kalitesi bedensel alan ($r = .49, p < .05$) ve yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .50,$

$p<.05$) ile pozitif, bakım yükü ($r = -.59, p<.05$) ile negatif korelasyon göstermektedir. Aileden algılanan sosyal desteğin müdahaleden önceki ölçümü, müdahaleden sonra ölçülen aileden algılanan sosyal destek ($r = .48, p<.05$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .67, p<.01$) ile pozitif ilişkiliyken, psikolojik semptom ($r = -.66, p<.01$), depresyon ($r = -.73, p<.01$) ve anksiyete ($r = -.72, p<.01$) ile negatif ilişkilidir.

Müdahaleden önce arkadaştan algılanan sosyal destek, müdahaleden önceki yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .49, p<.05$) ile pozitif korelasyona sahiptir. Müdahaleden önceki arkadaştan algılanan sosyal destek, müdahaleden sonraki algılanan sosyal destek ($r = .57, p<.05$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = .74, p<.001$) ve yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .66, p<.01$) ile pozitif ilişkilidir.

Bakım yükünün müdahale öncesindeki ölçümü ile algılanan stres ($r = .62, p<.01$) pozitif ilişkiliyken, yaşam kalitesi sosyal alanın ($r = -.62, p<.01$) ve yaşam kalitesi çevresel alanın ($r = -.48, p<.05$) negatif korelasyona sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, müdahale öncesindeki bakım yükü ile müdahale sonrasındaki psikolojik semptom ($r = .52, p<.05$), depresyon ($r = .79, p<.001$) ve bakım yükü ($r = .58, p<.05$) pozitif, yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.47, p<.05$) negatif ilişkilidir.

Müdahaleden önceki algılanan stres ile yine müdahale öncesindeki yaşam kalitesi bedensel alan ($r = -.47, p<.05$) negatif korelasyona sahip görünmektedir. Yine, müdahaleden önceki algılanan stres, müdahaleden sonraki ölçümlerde depresyon ($r = .57, p<.05$) ile pozitif ilişkiye sahiptir.

Yaşam kalitesi açısından, müdahaleden önce ölçümü alınan yaşam kalitesi bedensel alan ile müdahaleden önceki yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = .75, p<.001$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .54, p<.05$) ve müdahaleden sonraki yaşam kalitesi bedensel alan ($r = .54, p<.05$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .67, p<.01$) pozitif korelasyona sahiptir. Müdahaleden önceki yaşam kalitesi ruhsal alan ile müdahale sonrası yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = .51, p<.05$) pozitif ilişkilidir. Müdahaleden önceki yaşam kalitesi sosyal alan, müdahaleden sonraki algılanan sosyal destek ($r = .61, p<.01$), aileden algılanan sosyal destek ($r = .73, p<.01$) ve yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .50, p<.05$) ile pozitif ilişkiliyken, depresyon ($r = -.61, p<.01$) ve bakım yükü ($r = -.52, p<.05$) negatif korelasyona sahiptir. Son olarak, müdahale öncesi ölçümlerden yaşam kalitesi çevresel alan ile müdahale sonrası yaşam kalitesi

çevresel alan ($r = .57, p < .05$) pozitif ilişkiliyken, depresyon ($r = -.51, p < .05$) negatif ilişkilidir.

Şimdiye kadar müdahale öncesindeki ölçümlerin hem müdahale öncesi hem de müdahale sonrası ölçümler ile ilişkileri ele alınmıştır. Bundan sonraki bölümde müdahale sonrasındaki ölçümlerin müdahale sonrasındaki ölçümler ile ilişkileri aktarılacaktır. Hepsi müdahale sonrasına ait olduğu için müdahale sonrası ifadesi kullanılmayacaktır.

Psikolojik semptom, depresyon ($r = .62, p < .01$), anksiyete ($r = .93, p < .001$), olumsuz benlik ($r = .70, p < .01$), somatizasyon ($r = .65, p < .01$), hostilite ($r = .81, p < .001$) ve bakım yükü ($r = .54, p < .05$) ile pozitif ilişkilere sahiptir. Depresyon ise anksiyete ($r = .56, p < .05$) ve bakım yükü ($r = .59, p < .05$) ile pozitif korelasyona, yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.56, p < .05$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = -.53, p < .05$) ile negatif korelasyona sahiptir. Bir başka psikolojik semptom alt ölçeği olan anksiyete ise olumsuz benlik ($r = .61, p < .01$), somatizasyon ($r = .52, p < .05$) ve hostilite ($r = .67, p < .01$) ile pozitif ilişkiliyken, yaşam kalitesi çevresel alan ($r = -.48, p < .05$) ile negatif ilişkilidir. Ayrıca olumsuz benlik, somatizasyon ($r = .52, p < .05$) ve hostilite ($r = .60, p < .01$) ile pozitif korelasyona sahip görünmektedir. Hostilite ise somatizasyon ($r = .55, p < .05$) ve bakım yükü ($r = .56, p < .05$) ile pozitif korelasyona sahiptir.

Algılanan sosyal destek ve farklı kaynaklardan algılanan sosyal destek açısından, algılanan sosyal destek, aileden algılanan sosyal destek ($r = .65, p < .01$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = .89, p < .001$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = .70, p < .01$) ve yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .63, p < .01$) ile pozitif ilişkilidir. Arkadaştan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = .54, p < .05$) ve yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .78, p < .001$) ile pozitif korelasyona sahiptir.

Yaşam kalitesi bedensel alan ile yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .52, p < .05$) ve yaşam kalitesi ruhsal alan ile yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .59, p < .05$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .70, p < .01$) pozitif ilişkilidir. Son olarak, yaşam kalitesi sosyal alan, yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .51, p < .05$) ile pozitif korelasyona sahiptir.

Tablo 13: Çalışmanın Değişkenlerinin Korelasyon Analizleri

Değişkenler	KSE	KSE-D	KSE-A	KSE-O	KSE-S	KSE-H	MSPSS	MSPSS-Aile	MSPSS-Arkadaş	MSPSS-Özel Bir İnsan	ZBY	ASÖ	WHO – BA	WHO – RA	WHO – SA	WHO – ÇA
KSE	1															
KSE-D	.90***	1														
KSE-A	.95***	.82**	1													
KSE-O	.87***	.82**	.87***	1												
KSE-S	.68**	.55*	.63**	.65**	1											
KSE-H	.79***	.62**	.67**	.69	.44	1										
MSPSS	-.36	-.42	-.26	-.32	-.24	-.16	1									
MSPSS-Aile	-.49*	-.69**	-.55*	-.38	-.12	-.35	.59**	1								
MSPSS-Arkadaş	-.03	-.09	.15	-.02	.06	.13	.75***	.14	1							
MSPSS-Özel Bir İnsan	-.44	-.31	-.37	-.42	-.40	-.27	.81***	.31	.44	1						
ZBY	.58*	.66**	.54*	.56*	.29	.65**	-.29	-.59*	-.09	-.14	1					
ASÖ	.31	.46	.29	.39	.46	.30	-.07	-.44	.10	-.07	.62**	1				
WHO – BA	-.39	-.58*	-.34	-.36	-.35	-.03	.26	.49*	.13	.13	-.27	-.47*	1			
WHO – RA	-.41	-.57*	-.38	-.45	-.26	-.16	-.12	.37	-.24	-.14	-.43	-.42	.75***	1		
WHO – SA	-.48*	-.57*	-.31	-.50*	-.11	-.45	.45	.50*	.49*	.10	-.62**	-.22	.24	.34	1	
WHO – ÇA	-.76***	-.71**	-.65*	-.79**	-.67**	-.22	.39	.44	.09	.45	-.48*	-.46	.54*	.42	.34	1
KSE-2	.61**	.58*	.75***	.48*	.15	.66**	-.10	-.66**	.26	-.06	.52*	.27	-.26	-.31	-.24	-.20
KSE-D-2	.68**	.69**	.65**	.61**	.48*	.67**	-.51*	-.73**	-.13	-.29	.79**	.57*	-.34	-.30	-.61**	-

											*					.51*
KSE-A-2	.46	.50*	.60**	.33	-.06	.49*	-.14	-.72**	.19	-.04	.39	.18	-.28	-.24	-.23	-.14
KSE-O-2	.22	.06	.36	.11	.05	.50*	-.04	-.24	.22	-.04	.18	.30	.04	.13	.14	.15
KSE-S-2	.24	.27	.35	.18	.12	.26	.09	-.30	.24	.04	.27	.29	-.16	-.24	.08	-.02
KSE-H-2	.44	.39	.62**	.31	.15	.58*	.06	-.42	.43	.00	.35	.13	-.16	-.32	.06	.05
MSPSS-2	-.20	-.26	-.07	-.12	.04	-.30	.49*	.31	.57*	.08	-.15	-.19	.06	-.17	.61**	-.14
MSPSS-Aile-2	-.25	-.50*	-.15	-.29	-.00	-.25	-.00	.48*	.35	-.20	-.33	-.39	.31	.28	.73**	.13
MSPSS-Arkadaş-2	.05	-.02	.23	.15	.13	-.06	.52*	.19	.74***	.16	-.04	-.07	.14	-.21	.39	-.28
MSPSS-Özel Bir İnsan-2	-.16	.00	-.18	.01	-.02	-.29	.31	-.04	.34	.29	.03	.09	-.13	-.33	.25	-.12
ZBY-2	.55*	.47*	.43	.42	.17	.81**	-.07	-.40	.02	.02	.58*	.30	-.03	-.24	-.52*	.00
ASÖ-2	-.17	-.08	-.23	-.25	-.14	-.12	-.04	-.12	-.02	-.02	.05	.44	-.27	-.26	.11	.25
WHO2- BA	-.12	-.22	-.18	-.00	-.31	.03	.30	.20	.26	.20	-.10	.08	.54*	.22	-.04	.13
WHO2 – RA	-.41	-.49*	-.43	-.34	-.23	-.16	.27	.42	.15	.17	-.47*	-.29	.45	.51*	.37	.24
WHO2 – SA	-.13	-.16	-.07	-.03	.09	-.18	.57*	.29	.66**	.38	-.21	.09	.16	-.01	.50*	-.09
WHO2 – ÇA	-.57*	-	-.53*	-.45	-.36	-.16	.56*	.67**	.36	.43	-.39	-.27	.67**	.38	.38	.57*
		.70**														

Not 1: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Not 2: KSE: Kısa Semptom Envanteri (Müdahale Öncesi), KSE – D: Kısa Semptom Envanteri – Depresyon (Müdahale Öncesi), KSE – A: Kısa Semptom Envanteri – Anksiyete (Müdahale Öncesi), KSE – O: Kısa Semptom Envanteri – Olumsuz Benlik (Müdahale Öncesi), KSE – S: Kısa Semptom Envanteri – Somatizasyon (Müdahale Öncesi), KSE – H: Kısa Semptom Envanteri – Hostilite (Müdahale Öncesi), MSPSS: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Müdahale Öncesi), ZBY: Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu (Müdahale Öncesi), ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği (Müdahale Öncesi), WHO- BA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Bedensel Alan (Müdahale Öncesi), WHO- RA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Ruhsal Alan (Müdahale Öncesi), WHO- SA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Sosyal Alan (Müdahale Öncesi), WHO- ÇA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Çevresel Alan (Müdahale Öncesi), KSE-2: Kısa Semptom Envanteri (Müdahale Sonrası), KSE – D - 2: Kısa Semptom Envanteri – Depresyon (Müdahale Sonrası), KSE – A- 2: Kısa Semptom Envanteri – Anksiyete (Müdahale Sonrası), KSE – O- 2: Kısa Semptom Envanteri – Olumsuz Benlik (Müdahale Sonrası), KSE – S- 2: Kısa Semptom Envanteri – Somatizasyon (Müdahale Sonrası), KSE – H- 2: Kısa Semptom Envanteri – Hostilite (Müdahale Sonrası), MSPSS - 2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Müdahale Sonrası), ZBY - 2: Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu (Müdahale Sonrası), ASÖ - 2: Algılanan Stres Ölçeği (Müdahale Sonrası), WHO2-BA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Bedensel Alan (Müdahale Sonrası), WHO2-RA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Ruhsal Alan (Müdahale Sonrası), WHO2-SA:

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Sosyal Alan (Müdahale Sonrası), WHO2-ÇA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Çevresel Alan (Müdahale Sonrası)

Tablo 13'ün devamı: Çalışmanın Değişkenlerinin Korelasyon Analizleri

Değişkenler	KS E-2	KSE- D-2	KSE- A-2	KSE- O-2	KSE- S-2	KSE- H-2	MSPSS- 2	MSPSS- Aile-2	MSPSS- Arkadaş -2	MSPSS- Özel Bir İnsan-2	ZBY -2	ASÖ -2	WHO2 - BA	WHO2 - RA	WHO2 - SA	WHO2 - ÇA
KSE-2	1															
KSE-D-2	.62*	1														
KSE-A-2	.93*	.56*	1													
KSE-O-2	.70*	.37	.61**	1												
KSE-S-2	.65*	.28	.52*	.52*	1											
KSE-H-2	.81*	.33	.67**	.60**	.55*	1										
MSPSS-2	-.24	-.36	-.29	-.24	.00	.00	1									
MSPSS- Aile-2	-.25	-.44	-.27	-.05	-.11	.06	.65**	1								
MSPSS- Arkadaş-2	-.01	-.19	-.08	-.10	-.08	.16	.89***	.43	1							
MSPSS-Özel Bir İnsan-2	-.29	-.19	-.25	-.39	.05	-.22	.70**	.05	.54*	1						
ZBY-2	.54*	.59*	.45	.24	.32	.56*	-.24	-.33	-.11	-.09	1					
ASÖ-2	.01	.04	.05	.19	.19	.19	-.15	.04	-.22	-.08	.13	1				
WHO2 – BA	-.11	-.25	-.16	.03	-.14	-.18	.03	-.09	.39	-.12	-.15	-.11	1			
WHO2 – RA	-.45	-.56*	-.43	-.03	-.40	-.40	.17	.14	.20	.17	-.44	-.36	.46	1		
WHO2 – SA	-.22	-.36	-.30	-.08	-.23	-.04	.63**	.23	.78***	.46	-.38	-.28	.39	.59*	1	
WHO2 – ÇA	-.46	-.53*	-.48*	.05	-.33	-.25	.30	.27	.32	.20	-.24	-.05	.52*	.70**	.51*	1

Not 1: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Not 2: KSE: Kısa Semptom Envanteri (Müdahale Öncesi), KSE – D: Kısa Semptom Envanteri – Depresyon (Müdahale Öncesi), KSE – A: Kısa Semptom Envanteri – Anksiyete (Müdahale Öncesi), KSE – O: Kısa Semptom Envanteri – Olumsuz Benlik (Müdahale Öncesi), KSE – S: Kısa Semptom Envanteri – Somatizasyon (Müdahale Öncesi), KSE – H: Kısa Semptom Envanteri – Hostilite (Müdahale Öncesi), MSPSS: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

(Müdahale Öncesi), ZBY: Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu (Müdahale Öncesi), ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği (Müdahale Öncesi), WHO- BA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Bedensel Alan (Müdahale Öncesi), WHO- RA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Ruhsal Alan (Müdahale Öncesi), WHO- SA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Sosyal Alan (Müdahale Öncesi), WHO- ÇA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Çevresel Alan (Müdahale Öncesi), KSE-2: Kısa Semptom Envanteri (Müdahale Sonrası), KSE – D - 2: Kısa Semptom Envanteri – Depresyon (Müdahale Sonrası), KSE – A- 2: Kısa Semptom Envanteri – Anksiyete (Müdahale Sonrası), KSE – O- 2: Kısa Semptom Envanteri – Olumsuz Benlik (Müdahale Sonrası), KSE – S- 2: Kısa Semptom Envanteri – Somatizasyon (Müdahale Sonrası), KSE – H- 2: Kısa Semptom Envanteri – Hostilite (Müdahale Sonrası), MSPSS - 2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Müdahale Sonrası), ZBY - 2: Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu (Müdahale Sonrası), ASÖ - 2: Algılanan Stres Ölçeği (Müdahale Sonrası), WHO2-BA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Bedensel Alan (Müdahale Sonrası), WHO2-RA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Ruhsal Alan (Müdahale Sonrası), WHO2-SA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Sosyal Alan (Müdahale Sonrası), WHO2-ÇA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Çevresel Alan (Müdahale Sonrası)

3.1.2. Kontrol Grubuna Dair Analizler

3.1.2.1. Çalışmanın Değişkenlerinin Tanımlayıcı Özellikleri

Çalışmanın değişkenlerinin tanımlayıcı özelliklerini incelemek için Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Kısa Semptom Envanteri (KSE), Kısa Semptom Envanteri – Depresyon Alt Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri – Anksiyete Alt Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri – Olumsuz Benlik Alt Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri – Somatizasyon Alt Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri – Hostilite Alt Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği – Aile, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği – Arkadaş, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği – Özel Bir İnsan ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)-Bedensel Alan, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)-Ruhsal Alan, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)-Sosyal Alan ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği’nin Kısa Formu (WHOQOL-BREF-TR)-Çevresel Alan için ortalama, standart sapma ve minimum-maksimum puan aralığı hesaplanmıştır. Bu hesaplamalar ilk ölçüm ve son ölçüm için ayrı ayrı yapılmıştır. İlk ve son ölçüme dair değerler Tablo 14’te sunulmaktadır.

Tablo 14: Çalışmanın Değişkenlerinin Kontrol Grubu İçin Tanımlayıcı Özellikleri

Değişkenler	S	İlk Ölçüm			S	Son Ölçüm		
		Ortalama	SS	Min-Mak		Ortalama	SS	Min-Mak
ZBY	17	18.35	6.56	3-29	17	21.65	5.63	10-32
ASÖ	17	40.59	7.02	31-55	17	45.71	6.02	37-58
KSE	17	.37	.22	.08-.77	17	.46	.25	.13– 1.04
KSE – D	17	.67	.38	.17–1.58	17	.73	.31	.33– 1.42
KSE – A	17	.30	.26	0-.77	17	.46	.28	0-1.00
KSE – O	17	.18	.20	0-.58	17	.26	.28	0-1.00
KSE – S	17	.22	.18	0-.67	17	.22	.15	0-.44
KSE – H	17	.54	.47	0-1.57	17	.64	.41	0-1.43
MSPSS	17	67.12	12.66	47-84	17	64.11	12.79	42-84
MSPSS – Aile	17	23.53	4.81	14-28	17	22.88	5.27	13-28
MSPSS – Arkadaş	17	23.71	4.51	16-28	17	21.65	4.24	13-28

MSPSS – Özel Bir İnsan	17	19.88	5.53	10-28	17	19.59	4.20	12-28
WHOQOL-BREF-TR Bedensel Alan	17	16.30	1.93	12.57 – 20	17	14.72	1.72	12–18.29
WHOQOL-BREF-TR Ruhsal Alan	17	15.53	1.81	12.67-18.67	17	14	1.65	12–16.67
WHOQOL-BREF-TR Sosyal Alan	17	14.51	2.94	9.33– 20	17	14.27	3.08	9.33–20
WHOQOL-BREF-TR Çevresel Alan	17	15.71	2.27	9.78 – 20	17	15.66	2.06	11.11–19.56

Not: ZBY: Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu, ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği, KSE: Kısa Semptom Envanteri, KSE – D: Kısa Semptom Envanteri – Depresyon, KSE – A: Kısa Semptom Envanteri – Anksiyete, KSE – O: Kısa Semptom Envanteri – Olumsuz Benlik, KSE – S: Kısa Semptom Envanteri – Somatizasyon, KSE – H: Kısa Semptom Envanteri – Hostilite, MSPSS: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, WHOQOL-BREF-TR: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu

Kontrol grubundaki katılımcıların ilk ölçümlerine kıyasla son ölçümlerinde bakım yükü, algılanan stres, psikolojik semptom, depresyon, anksiyete, olumsuz benlik ve hostilite düzeylerinde yükselme eğilimi görülürken, somatizasyon düzeylerinde bir değişim eğilimi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Buna ek olarak, son ölçümdeki algılanan sosyal destek, aileden algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi-bedensel alan, yaşam kalitesi-ruhsal alan, yaşam kalitesi-sosyal alan ve yaşam kalitesi-çevresel alan düzeyleri ilk ölçümlerine kıyasla düşme eğilimi göstermektedir.

3.1.2.2. Çalışmanın Değişkenlerinin Korelasyonları

Çalışmada kullanılan ölçeklerin normallik varsayımlarını karşılayıp karşılamadığını değerlendirmek için gerekli analizler ve incelemeler yapılmıştır. Korelasyon analizleri bu doğrultuda yapılmış olup, analizlerde Pearson ve Spearman Korelasyon analizleri kullanılmıştır. Korelasyon analizleri Tablo 15'te gösterilmektedir. Bu kısımda anlamlı korelasyonlar rapor edilecektir.

İlk ölçümdeki psikolojik semptom, yine ilk ölçümdeki depresyon ($r = .87, p < .001$), anksiyete ($r = .87, p < .001$), olumsuz benlik ($r = .79, p < .001$), hostilite ($r = .90, p < .001$) ve bakım yükü ($r = .58, p < .05$) ile pozitif ilişkiliyken, algılanan sosyal destek ($r = -.70, p < .01$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = -.57, p < .05$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = -.65, p < .01$), yaşam kalitesi bedensel alan ($r = -.54, p < .05$), yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.73, p < .01$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = -.63, p < .01$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = -.52, p < .05$) ile negatif ilişkilidir. İlk ölçümdeki psikolojik semptom, son ölçümdeki psikolojik semptom ($r = .87, p < .001$), depresyon ($r = .83, p < .001$), anksiyete ($r = .87, p < .001$), olumsuz benlik ($r = .71, p < .01$), hostilite ($r = .84, p < .001$), bakım yükü ($r = .60, p < .05$) ve algılanan stres ($r = .62, p < .01$) ile pozitif ilişkiliyken, algılanan sosyal destek ($r = -.79, p < .001$), aileden algılanan sosyal destek ($r = -.65, p < .01$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = -.70, p < .01$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = -.72, p < .01$), yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.69, p < .01$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = -.66, p < .01$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = -.51, p < .05$) ile negatif ilişkilidir.

İlk ölçümde ölçümü alınan depresyon, ilk ölçümdeki anksiyete ($r = .72, p < .01$), olumsuz benlik ($r = .69, p < .01$), hostilite ($r = .68, p < .01$), bakım yükü ($r = .62, p < .01$) ve algılanan stres ($r = .56, p < .05$) ile pozitif korelasyona sahipken, algılanan sosyal destek ($r = -.49, p < .05$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = -.52, p < .05$), yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.73, p < .01$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = -.51, p < .05$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = -.49, p < .05$) ile negatif korelasyona sahiptir. İlk ölçümdeki ilişkilerin yanı sıra, ilk ölçümdeki depresyon düzeyinin son ölçümdeki ölçümlerle ilişkileri de mevcuttur. İlk ölçümdeki depresyon, son ölçümdeki psikolojik semptom ($r = .82, p < .001$), depresyon ($r = .80, p < .001$), anksiyete ($r = .73, p < .01$), olumsuz benlik ($r = .77, p < .001$), hostilite ($r = .84, p < .001$), bakım yükü ($r = .55, p < .05$) ve algılanan stres ($r = .71, p < .01$) ile pozitif korelasyona sahipken, algılanan sosyal destek ($r = -.61, p < .01$), aileden algılanan sosyal destek ($r = -.57, p < .05$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = -.62, p < .01$), yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.75, p < .001$) ve yaşam kalitesi sosyal alan ($r = -.62, p < .01$) ile negatif korelasyona sahip olarak bulunmuştur.

İlk ölçümdeki anksiyetenin, yine ilk ölçümdeki olumsuz benlik ($r = .66, p < .01$), hostilite ($r = .74, p < .01$) ve bakım yükü ($r = .54, p < .05$) ile pozitif, algılanan

sosyal destek ($r = -.54, p < .05$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = -.52, p < .05$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = -.52, p < .05$) ve yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.59, p < .05$) ile negatif ilişkiye sahip olduğu görülmektedir. İlk ölçümdeki anksiyete düzeyi, son ölçümdeki psikolojik semptom ($r = .82, p < .001$), depresyon ($r = .77, p < .001$), anksiyete ($r = .84, p < .001$), olumsuz benlik ($r = .56, p < .05$), hostilite ($r = .77, p < .001$) ve bakım yükü ($r = .81, p < .01$) ile pozitif ilişkilere, algılanan sosyal destek ($r = -.68, p < .01$), aileden algılanan sosyal destek ($r = -.52, p < .05$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = -.65, p < .01$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = -.74, p < .01$) ve yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.57, p < .05$) ile negatif ilişkilere sahiptir.

İlk ölçümde ölçümü alınan olumsuz benlik, yine ilk ölçümdeki hostilite ($r = .84, p < .001$) ile pozitif, algılanan sosyal destek ($r = -.68, p < .01$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = -.65, p < .01$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = -.65, p < .01$), yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.66, p < .01$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = -.68, p < .01$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = -.63, p < .01$) ile negatif ilişkilidir. Ayrıca, ilk ölçümdeki olumsuz benlik, son ölçümdeki psikolojik semptom ($r = .68, p < .01$), depresyon ($r = .62, p < .01$), anksiyete ($r = .81, p < .001$), olumsuz benlik ($r = .63, p < .01$) ve hostilite ($r = .57, p < .05$) ile pozitif ilişkilere, algılanan sosyal destek ($r = -.74, p < .01$), aileden algılanan sosyal destek ($r = -.65, p < .01$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = -.68, p < .01$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = -.74, p < .01$), yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.59, p < .05$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = -.69, p < .01$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = -.66, p < .01$) ile negatif ilişkilere sahiptir.

İlk ölçümdeki hostilitenin, ilk ölçümde değerlendirilen bakım yükü ($r = .52, p < .05$) ile pozitif, algılanan sosyal destek ($r = -.78, p < .001$), aileden algılanan sosyal destek ($r = -.53, p < .05$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = -.78, p < .001$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = -.63, p < .01$), yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.59, p < .05$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = -.65, p < .01$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = -.50, p < .05$) ile negatif ilişkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. İlk ölçümdeki hostilite, son ölçümdeki psikolojik semptom ($r = .76, p < .001$), depresyon ($r = .74, p < .01$), anksiyete ($r = .76, p < .001$), olumsuz benlik ($r = .49, p < .05$), hostilite ($r = .77, p < .001$), bakım yükü ($r = .56, p < .05$) ve algılanan stres ($r = .48, p < .05$) ile

pozitif ilişkilere, algılanan sosyal destek ($r = -.78, p<.001$), aileden algılanan sosyal destek ($r = -.64, p<.01$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = -.74, p<.01$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = -.63, p<.01$), yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.55, p<.05$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = -.56, p<.05$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = -.60, p<.05$) ile negatif ilişkilere sahiptir.

Algılanan sosyal desteğin ilk ölçümdeki düzeyi ile ilk ölçümdeki aileden algılanan sosyal destek ($r = .83, p<.001$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = .85, p<.001$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = .87, p<.001$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .68, p<.01$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .62, p<.01$) pozitif ilişkilidir. İlk ölçümde değerlendirilen algılanan sosyal desteğin ilk ölçümlerle ilişkilerine ek olarak, son ölçümde değerlendirilen değişkenlerle ilişkileri de incelenmiştir. İlk ölçümdeki algılanan sosyal destek, son ölçümdeki algılanan sosyal destek ($r = .95, p<.001$), aileden algılanan sosyal destek ($r = .87, p<.001$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = .93, p<.001$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = .84, p<.001$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .65, p<.01$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .64, p<.01$) ile pozitif, psikolojik semptom ($r = -.56, p<.05$), anksiyete ($r = -.61, p<.05$) ve hostilite ($r = -.61, p<.05$) ile negatif korelasyon göstermektedir.

İlk ölçümde değerlendirilen aileden algılanan sosyal destek, ilk ölçümdeki arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = .55, p<.05$) ve özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = .61, p<.01$) ile pozitif ilişkilidir. Ayrıca, aileden algılanan sosyal desteğin ilk ölçümü, son ölçümdeki algılanan sosyal destek ($r = .79, p<.001$), aileden algılanan sosyal destek ($r = .93, p<.001$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = .74, p<.01$) ve özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = .56, p<.05$) ile pozitif ilişkililikten, algılanan stres ($r = -.49, p<.05$) ile negatif ilişkilidir.

İlk ölçümdeki arkadaştan algılanan sosyal destek, ilk ölçümdeki özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = .75, p<.01$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .57, p<.05$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .56, p<.05$) ile pozitif korelasyona sahiptir. İlk ölçümde ölçümü alınan arkadaştan algılanan sosyal destek, son ölçümdeki algılanan sosyal destek ($r = .79, p<.001$), aileden algılanan sosyal destek ($r = .62, p<.01$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = .86, p<.001$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = .78, p<.001$) ve yaşam kalitesi çevresel alan (r

= .66, $p<.01$) ile pozitif, anksiyete ($r = -.61$, $p<.05$) ile negatif korelasyon göstermektedir.

İlk ölçümde ölçülen özel bir insandan algılanan sosyal destek, ilk ölçümdeki yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = .55$, $p<.05$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .55$, $p<.05$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .65$, $p<.01$) ile pozitif korelasyona sahiptir. İlk ölçümdeki özel bir insandan algılanan sosyal destek, son ölçümdeki algılanan sosyal destek ($r = .85$, $p<.001$), aileden algılanan sosyal destek ($r = .75$, $p<.01$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = .78$, $p<.001$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = .88$, $p<.001$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .54$, $p<.05$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .62$, $p<.01$) ile pozitif, psikolojik semptom ($r = -.55$, $p<.05$), anksiyete ($r = -.64$, $p<.01$) ve hostilete ($r = -.51$, $p<.05$) ile negatif ilişkilidir.

Bakım yükünün ilk ölçümü ile ilk ölçümdeki yaşam kalitesi bedensel alanın ($r = -.58$, $p<.05$) ve yaşam kalitesi ruhsal alanın ($r = -.62$, $p<.01$) negatif korelasyona sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bakım yükünün ilk ölçümlerle ilişkileri incelendiği gibi, son ölçümlerle ilişkileri incelenmiştir. İlk ölçümdeki bakım yükü ile son ölçümdeki psikolojik semptom ($r = .51$, $p<.05$), depresyon ($r = .63$, $p<.01$), anksiyete ($r = .49$, $p<.05$), hostilete ($r = .54$, $p<.05$) ve bakım yükü ($r = .91$, $p<.001$) pozitif ilişkilere, yaşam kalitesi bedensel alan ($r = -.55$, $p<.05$), yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.57$, $p<.05$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = -.53$, $p<.05$) negatif ilişkilere sahiptir.

İlk ölçümdeki algılanan stres ile yine ilk ölçümdeki yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.70$, $p<.01$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = -.65$, $p<.01$) negatif korelasyona sahip olarak bulunmuştur. Yine, ilk ölçümdeki algılanan stres, son ölçümdeki algılanan stres ($r = .70$, $p<.01$) ile pozitif ilişkiye sahipken, son ölçümdeki aileden algılanan sosyal destek ($r = -.50$, $p<.05$), yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.80$, $p<.001$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = -.59$, $p<.05$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = -.54$, $p<.05$) ile negatif ilişkilidir.

İlk ölçümde ölçümü alınan yaşam kalitesi bedensel alan ile ilk ölçümdeki yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = .73$, $p<.01$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .61$, $p<.01$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .66$, $p<.01$) ve son ölçümdeki yaşam kalitesi bedensel alan ($r = .82$, $p<.001$), yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = .72$, $p<.01$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .60$, $p<.05$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .60$, $p<.05$)

pozitif ilişkilidir. İlk ölçümdeki yaşam kalitesi ruhsal alan ile ilk ölçümdeki yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .71, p < .01$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .73, p < .01$) pozitif korelasyona sahiptir. İlk ölçümdeki yaşam kalitesi ruhsal alan ile son ölçümdeki algılanan sosyal destek ($r = .51, p < .05$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = .58, p < .05$), yaşam kalitesi bedensel alan ($r = .67, p < .01$), yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = .90, p < .001$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .75, p < .01$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .77, p < .001$) pozitif ilişkiliyken, psikolojik semptom ($r = -.62, p < .01$), depresyon ($r = -.57, p < .05$), anksiyete ($r = -.65, p < .01$), hostilite ($r = -.51, p < .05$) ve bakım yükü ($r = -.63, p < .01$) negatif ilişkilidir. İlk ölçümdeki yaşam kalitesi sosyal alan ile ilk ölçümdeki yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .81, p < .001$) pozitif, ilk ölçümdeki yaşam kalitesi sosyal alan ile son ölçümdeki algılanan sosyal destek ($r = .63, p < .01$), aileden algılanan sosyal destek ($r = .55, p < .05$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = .51, p < .05$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = .63, p < .01$), yaşam kalitesi bedensel alan ($r = .56, p < .05$), yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = .63, p < .01$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .91, p < .001$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .79, p < .001$) da pozitif, anksiyete ($r = -.51, p < .05$) ise negatif korelasyona sahip olarak bulunmuştur. İlk ölçümdeki yaşam kalitesi çevresel alan ile son ölçümdeki algılanan sosyal destek ($r = .65, p < .01$), aileden algılanan sosyal destek ($r = .51, p < .05$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = .53, p < .05$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = .66, p < .01$), yaşam kalitesi bedensel alan ($r = .64, p < .01$), yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = .70, p < .01$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .84, p < .01$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .95, p < .001$) pozitif ilişkiliyken, anksiyete ($r = -.58, p < .05$) ve bakım yükü ($r = -.58, p < .05$) negatif ilişkilidir.

Şimdiye kadar ilk ölçümlerin hem ilk ölçümlerle hem de son ölçümler ile ilişkileri ele alınmıştır. Bundan sonraki bölümde son ölçümlerin son ölçümler ile ilişkileri aktarılacaktır. Hepsi son ölçümlere ait olduğu için son ölçüm ifadesi kullanılmayacaktır.

Psikolojik semptom, depresyon ($r = .94, p < .001$), anksiyete ($r = .93, p < .001$), olumsuz benlik ($r = .76, p < .001$), somatizasyon ($r = .49, p < .05$), hostilite ($r = .91, p < .001$), bakım yükü ($r = .63, p < .01$) ve algılanan stres ($r = .82, p < .001$) ile pozitif ilişkilere sahipken, algılanan sosyal destek ($r = -.68, p < .01$), aileden algılanan sosyal destek ($r = -.55, p < .05$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = -.62, p < .01$), özel bir

insandan algılanan sosyal destek ($r = -.62, p<.01$), yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.59, p<.05$) ve yaşam kalitesi sosyal alan ($r = -.54, p<.05$) ile negatif ilişkilidir.

Depresyon, anksiyete ($r = .83, p<.001$), olumsuz benlik ($r = .71, p<.01$), hostilite ($r = .87, p<.001$), bakım yükü ($r = .72, p<.01$) ve algılanan stres ($r = .77, p<.001$) ile pozitif, algılanan sosyal destek ($r = -.58, p<.05$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = -.54, p<.05$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = -.55, p<.05$) ve yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.55, p<.05$) ile negatif korelasyon göstermektedir.

Anksiyete, olumsuz benlik ($r = .68, p<.01$), hostilite ($r = .78, p<.001$), bakım yükü ($r = .57, p<.05$) ve algılanan stres ($r = .67, p<.01$) ile pozitif ilişkilere sahipken, algılanan sosyal destek ($r = -.72, p<.01$), aileden algılanan sosyal destek ($r = -.59, p<.05$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = -.66, p<.01$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = -.70, p<.01$), yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.59, p<.05$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = -.61, p<.01$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = -.55, p<.05$) ile negatif ilişkilidir.

Olumsuz benlik, hostilite ($r = .63, p<.01$) ve algılanan stres ($r = .62, p<.01$) ile pozitif ilişkilere sahipken, algılanan sosyal destek ($r = -.52, p<.05$), aileden algılanan sosyal destek ($r = -.52, p<.05$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = -.49, p<.05$) ile negatif ilişkilidir.

Hostilite, bakım yükü ($r = .59, p<.05$) ve algılanan stres ($r = .81, p<.001$) ile pozitif ilişkilere sahipken, algılanan sosyal destek ($r = -.67, p<.01$), aileden algılanan sosyal destek ($r = -.61, p<.01$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = -.61, p<.05$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = -.54, p<.05$), yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.58, p<.05$) ve yaşam kalitesi sosyal alan ($r = -.50, p<.05$) ile negatif ilişkilidir.

Algılanan sosyal destek, aileden algılanan sosyal destek ($r = .90, p<.001$), arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = .96, p<.001$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = .91, p<.001$), yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = .49, p<.05$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .69, p<.01$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .62, p<.01$) ile pozitif ilişkilirken, algılanan stres ($r = -.55, p<.05$) ile negatif korelasyona sahiptir.

Aileden algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek ($r = .80, p<.001$), özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = .71, p<.01$) ve yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .64, p<.01$) ile pozitif korelasyon gösterirken, algılanan stres ($r = -$

.64, $p<.01$) ile negatif ilişkilidir. Arkadaştan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek ($r = .84, p<.001$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .54, p<.05$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .53, p<.05$) ile pozitif korelasyon göstermektedir. Özel bir insandan algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = .56, p<.05$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .63, p<.01$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .63, p<.01$) ile pozitif, bakım yükü ($r = -.51, p<.05$) ve algılanan stres ($r = -.49, p<.05$) ile negatif ilişkilidir.

Bakım yükü ile yaşam kalitesi ruhsal alanın ($r = -.52, p<.05$), yaşam kalitesi sosyal alanın ($r = -.51, p<.05$) ve yaşam kalitesi çevresel alanın ($r = .64, p<.01$) negatif korelasyona sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Algılanan stres, yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = -.53, p<.05$) ile negatif ilişkilidir.

Yaşam kalitesi bedensel alan ile yaşam kalitesi ruhsal alan ($r = .59, p<.05$), yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .50, p<.05$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .61, p<.05$), yaşam kalitesi ruhsal alan ile yaşam kalitesi sosyal alan ($r = .73, p<.01$) ve yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .67, p<.01$) ve yaşam kalitesi sosyal alan ile yaşam kalitesi çevresel alan ($r = .78, p<.001$) pozitif korelasyona sahiptir.

Tablo 15: Çalışmanın Değişkenlerinin Korelasyon Analizleri

Değişkenler	KSE	KSE-D	KSE-A	KSE-O	KSE-S	KSE-H	MSPS S	MSPS S-Aile	MSPSS - Arkadaş	MSPSS-Özel Bir İnsan	ZBY	ASÖ	WHO – BA	WHO – RA	WHO – SA	WHO – ÇA
KSE	1															
KSE-D	.87***	1														
KSE-A	.87***	.72**	1													
KSE-O	.79***	.69**	.66**	1												
KSE-S	.09	.04	-.15	-.30	1											
KSE-H	.90***	.68**	.74**	.84** *	-.06	1										
MSPSS	-.70**	-.49*	-.54*	- .68**	.06	- .78** *	1									
MSPSS-Aile	-.48	-.39	-.35	-.48	-.04	-.53*	.83***	1								
MSPSS-Arkadaş	-.57*	-.37	-.52*	- .65**	.05	- .78** *	.85***	.55*	1							
MSPSS-Özel Bir İnsan	-.65**	-.52*	-.52*	- .65**	.05	- .63**	.87***	.61**	.75**	1						
ZBY	.58*	.62**	.54*	.34	.29	.52*	-.35	.01	-.40	-.31	1					
ASÖ	.45	.56*	.36	.34	-.03	.28	-.32	-.26	-.22	-.40	.32	1				
WHO – BA	-.54*	-.47	-.48	-.39	-.24	-.39	.25	-.04	.26	.35	-.58*	-.47	1			
WHO – RA	-.73**	-.73**	-.59*	- .66**	-.00	-.59*	.43	.13	.36	.55*	- .62**	-.70**	.73**	1		
WHO – SA	-.63**	-.51*	-.39	- .68**	-.22	- .65**	.68**	.45	.57*	.55*	-.42	-.36	.61**	.71**	1	
WHO – ÇA	-.52*	-.49*	-.37	- .63**	-.02	-.50*	.62**	.27	.56*	.65**	-.44	-.65**	.66**	.73**	.81***	1

KSE-2	.87***	.82***	.82***	.68**	-.01	.76**	-.56*	-.33	-.44	-.55*	.51*	.46	-.32	-.62**	-.39	-.46
KSE-D-2	.83***	.80***	.77***	.62**	.01	.74**	-.48	-.26	-.40	-.47	.63**	.38	-.30	-.57*	-.36	-.40
KSE-A-2	.87***	.73**	.84***	.81**	-.13	.76**	-.61*	-.34	-.61*	-.64**	.49*	.46	-.38	-.65**	-.51*	-.58*
KSE-O-2	.71**	.77***	.56*	.63**	-.12	.49*	-.32	-.35	-.12	-.42	.21	.30	-.13	-.45	-.24	-.26
KSE-S-2	.22	.22	.22	.09	.20	.19	-.17	-.09	-.23	-.14	.21	.22	.08	-.13	-.02	-.22
KSE-H-2	.84***	.84***	.77***	.57*	.08	.77**	-.61*	-.46	-.44	-.51*	.54*	.45	-.28	-.51*	-.35	-.38
MSPSS-2	-.79***	-.61**	-.68**	-.74**	.10	-.78**	.95***	.79***	.79***	.85***	-.37	-.44	.33	.51*	.63**	.65**
MSPSS-Aile-2	-.65**	-.57*	-.52*	-.65**	.03	-.64**	.87***	.93***	.62**	.75**	-.11	-.50*	.13	.41	.55*	.51*
MSPSS-Arkadaş-2	-.70**	-.45	-.65**	-.68**	.10	-.74**	.93***	.74**	.86***	.78***	-.35	-.30	.25	.33	.51*	.53*
MSPSS-Özel Bir İnsan-2	-.72**	-.62**	-.74**	-.74**	.17	-.63**	.84***	.56*	.78***	.88***	-.48	-.48	.46	.58*	.63**	.66**
ZBY-2	.60*	.55*	.55*	.47	.20	.56*	-.41	-.10	-.48	-.41	.91**	.41	-.46	-.63**	-.41	-.58*
ASÖ-2	.62**	.71**	.42	.36	-.00	.48*	-.42	-.49*	-.21	-.41	.30	.70**	-.07	-.36	-.20	-.36
WHO2 – BA	-.32	-.33	-.20	-.36	-.15	-.29	.25	-.04	.23	.31	-.55*	-.34	.82***	.67**	.56*	.64**
WHO2 – RA	-.69**	-.75***	-.57*	-.59*	.07	-.55*	.40	.17	.25	.47	-.57*	-.80***	.72**	.90***	.63**	.70**
WHO2 – SA	-.66**	-.62**	-.44	-.69**	-.20	-.56*	.65**	.48	.45	.54*	-.40	-.59*	.60*	.75**	.91***	.84***
WHO2 – ÇA	-.51*	-.46	-.38	-.66**	.06	-.60*	.64**	.25	.66**	.62**	-.53*	-.54*	.60*	.77***	.79***	.95***

Not 1: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Not 2: KSE: Kısa Semptom Envanteri (İlk Ölçüm), KSE – D: Kısa Semptom Envanteri – Depresyon (İlk Ölçüm), KSE – A: Kısa Semptom Envanteri – Anksiyete (İlk Ölçüm), KSE – O: Kısa Semptom Envanteri – Olumsuz Benlik (İlk Ölçüm), KSE – S: Kısa Semptom Envanteri – Somatizasyon (İlk Ölçüm), KSE – H: Kısa Semptom Envanteri – Hostilite (İlk Ölçüm), MSPSS: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (İlk Ölçüm), ZBY: Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu (İlk Ölçüm), ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği (İlk Ölçüm), WHO- BA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Bedensel Alan (İlk Ölçüm), WHO- RA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Ruhsal Alan (İlk Ölçüm), WHO- SA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Sosyal Alan (İlk Ölçüm), WHO- ÇA: Dünyaa Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Çevresel Alan (İlk Ölçüm), KSE-2: Kısa

Semptom Envanteri (Son Ölçüm), KSE – D - 2: Kısa Semptom Envanteri – Depresyon (Son Ölçüm), KSE – A- 2: Kısa Semptom Envanteri – Anksiyete (Son Ölçüm), KSE – O- 2: Kısa Semptom Envanteri – Olumsuz Benlik (Son Ölçüm), KSE – S- 2: Kısa Semptom Envanteri – Somatizasyon (Son Ölçüm), KSE – H- 2: Kısa Semptom Envanteri – Hostilite (Son Ölçüm), MSPSS - 2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Son Ölçüm), ZBY - 2: Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu (Son Ölçüm), ASÖ - 2: Algılanan Stres Ölçeği (Son Ölçüm), WHO2-BA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Bedensel Alan (Son Ölçüm), WHO2-RA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Ruhsal Alan (Son Ölçüm), WHO2-SA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Sosyal Alan (Son Ölçüm), WHO2-ÇA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Çevresel Alan (Son Ölçüm)

Tablo 15'in devamı: Çalışmanın Değişkenlerinin Korelasyon Analizleri

Değişkenler	KSE-2	KSE-D-2	KSE-A-2	KSE-O-2	KSE-S-2	KSE-H-2	MS PSS-2	MSPSS-Aile-2	MSPSS-Arkadaş-2	MSPSS-Özel Bir İnsan-2	ZBY-2	ASÖ-2	WHO2 – BA	WHO2 –RA	WHO2 –SA	WHO2 – ÇA
KSE-2	1															
KSE-D-2	.94***	1														
KSE-A-2	.93***	.83***	1													
KSE-O-2	.76***	.71**	.68**	1												
KSE-S-2	.49*	.31	.43	.38	1											
KSE-H-2	.91***	.87***	.78**	.63**	.40	1										
MSPSS-2	-.68**	-.58*	-.72**	-.52*	-.19	-.67**	1									
MSPSS-Aile-2	-.55*	-.43	-.59*	-.52*	-.28	-.61**	.90**	1								
MSPSS-Arkadaş-2	-.62**	-.54*	-.66**	-.41	-.16	-.61*	.96**	.80***	1							
MSPSS-Özel Bir İnsan-2	-.62**	-.55*	-.70**	-.49*	-.17	-.54*	.91**	.71**	.84***	1						
ZBY-2	.63**	.72**	.57*	.36	.30	.59*	-.44	-.27	-.47	-.51*	1					
ASÖ-2	.82***	.77***	.67**	.62**	.39	.81**	-.55*	-.64**	-.48	-.49*	.44	1				
WHO2 – BA	-.13	-.11	-.18	.01	.27	-.13	.20	.05	.15	.30	-.45	.11	1			
WHO2 – RA	-.59*	-.55*	-.59*	-.41	.02	-.58*	.49*	.41	.31	.56*	-.52*	-.53*	.59*	1		
WHO2 – SA	-.54*	-.47	-.61**	-.43	-.17	-.50*	.69**	.64**	.54*	.63**	-.51*	-.47	.50*	.73**	1	
WHO2 – ÇA	-.45	-.43	-.55*	-.15	-.17	-.37	.62**	.46	.53*	.63**	-.64**	-.25	.61*	.67**	.78***	1

Not 1: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Not 2: KSE: Kısa Semptom Envanteri (İlk Ölçüm), KSE – D: Kısa Semptom Envanteri – Depresyon (İlk Ölçüm), KSE – A: Kısa Semptom Envanteri – Anksiyete (İlk Ölçüm), KSE – O: Kısa Semptom Envanteri – Olumsuz Benlik (İlk Ölçüm), KSE – S: Kısa Semptom Envanteri – Somatizasyon (İlk Ölçüm), KSE – H: Kısa Semptom Envanteri – Hostilite (İlk Ölçüm), MSPSS: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (İlk Ölçüm), ZBY: Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu

(İlk Ölçüm), ASÖ: Algılanan Stres Ölçeği (İlk Ölçüm), WHO- BA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Bedensel Alan (İlk Ölçüm), WHO- RA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Ruhsal Alan (İlk Ölçüm), WHO- SA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Sosyal Alan (İlk Ölçüm), WHO- ÇA: Dünyaa Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Çevresel Alan (İlk Ölçüm), KSE-2: Kısa Semptom Envanteri (Son Ölçüm), KSE – D - 2: Kısa Semptom Envanteri – Depresyon (Son Ölçüm), KSE – A- 2: Kısa Semptom Envanteri – Anksiyete (Son Ölçüm), KSE – O- 2: Kısa Semptom Envanteri – Olumsuz Benlik (Son Ölçüm), KSE – S- 2: Kısa Semptom Envanteri – Somatizasyon (Son Ölçüm), KSE – H- 2: Kısa Semptom Envanteri – Hostilite (Son Ölçüm), MSPSS - 2: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (Son Ölçüm), ZBY - 2: Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu (Son Ölçüm), ASÖ - 2: Algılanan Stres Ölçeği (Son Ölçüm), WHO2-BA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Bedensel Alan (Son Ölçüm), WHO2-RA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Ruhsal Alan (Son Ölçüm), WHO2-SA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Sosyal Alan (Son Ölçüm), WHO2-ÇA: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu-Çevresel Alan (Son Ölçüm)

3.1.3. Müdahale ve Kontrol Gruplarına Dair Karşılaştırma Hipotezleri

3.1.3.1. Bakım Yükü Açısından Grupların Karşılaştırılması

Müdahalenin bakım yükü üzerindeki etkisini test edebilmek için 2 (grup: müdahale grubu ve kontrol grubu) X 2 (Zaman: müdahale öncesi ve müdahale sonrası) son faktörde tekrar ölçümlü karma ANOVA yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, grup temel etkisinin [$F(1,33) = .67, p > .05, \eta_p^2 = .02$] anlamlı olmadığı görülmüştür. Bir başka deyişle, müdahale grubundaki katılımcılar ($Ort = 21.67$) kontrol grubundaki katılımcılardan ($Ort = 20.00$) bakım yükü anlamında farklılaşmamaktadır. Zaman temel etkisinin ise [$F(1, 33) = 48.45, p < .001, \eta_p^2 = .60$] anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bakım yükü düzeyleri müdahale öncesine ($Ort = 23.93$) kıyasla müdahale sonrasında ($Ort = 17.74$) düşüş göstermektedir. Grup*Zaman etkileşim etkisi için yapılan analizde, bu etkinin de anlamlı olduğuna [$F(1, 33) = 113.79, p < .001, \eta_p^2 = .78$] ulaşılmıştır (Bknz. Tablo 16 ve Şekil 3). Grup koşulunun basit etkilerini inceleyebilmek için bağımsız örneklem t testleri uygulanmıştır. Müdahale öncesinde müdahale grubundaki katılımcılar ($Ort = 29.50$) kontrol grubundaki katılımcılardan ($Ort = 18.35$) daha fazla bakım yükü rapor etmişlerdir ($t(33) = 4.36, p < .001$). Müdahale sonrasında ise kontrol grubundaki katılımcıların ($Ort = 21.65$) müdahale grubundaki katılımcılardan ($Ort = 13.83$) daha fazla bakım yükü olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($t(33) = -4.32, p < .001$).

Tablo 16: Müdahalenin Bakım Yükü Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları

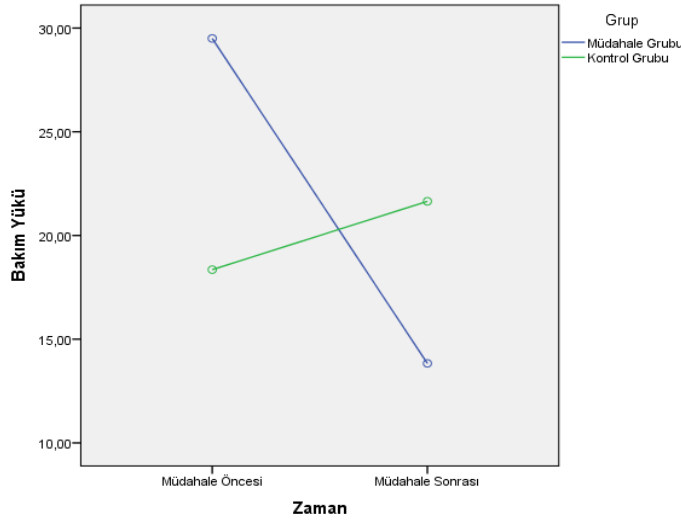
Bağımlı Değişken	Değişim Kaynağı	Kareler Ortalaması	df, df hata	F	η_p^2
Bakım Yükü	Grup	48.57	1,33	.67	.02
	Zaman	669.18	1,33	48.45***	.60
	GrupX Zaman	1571.58	1,33	113.79***	.78

Not. *** $p < .001$

Zaman koşulunun basit etkisini inceleyebilmek için bağımlı örneklem t testleri uygulanmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların müdahale öncesine ($Ort = 29.50$) kıyasla müdahale sonrasında ($Ort = 13.83$) bakım yükü düzeylerinde düşüş meydana gelmiştir ($t(17) = 9.73, p < .001$). Kontrol grubundaki katılımcıların ise

müdahale grubunun aksine bakım yükü düzeyleri ilk ölçüme ($Ort = 18.35$) göre son ölçümde ($Ort = 21.65$) yükselme göstermiştir ($t(16) = -5.01, p < .001$). Sonuç olarak, müdahalenin bakım yükü üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır.

Şekil 3: Bakım Yükü Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği



3.1.3.2. Algılanan Stres Açısından Grupların Karşılaştırılması

Müdahalenin algılanan stres üzerindeki etkisini test edebilmek için 2 (grup: müdahale grubu ve kontrol grubu) X 2 (Zaman: müdahale öncesi ve müdahale sonrası) son faktörde tekrar ölçümlü karma ANOVA yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, grup temel etkisinin [$F(1,33) = 4.45, p < .05, \eta_p^2 = .12$] anlamlı olduğu görülmüştür. Bir başka deyişle, müdahale grubundaki katılımcılar ($Ort = 39.00$), kontrol grubundaki katılımcılara ($Ort = 43.15$) kıyasla daha az stres algılamaktadırlar. Zaman temel etkisinin ise [$F(1, 33) = 19.27, p < .001, \eta_p^2 = .37$] anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Algılanan stres düzeyleri müdahale öncesine ($Ort = 43.38$) kıyasla müdahale sonrasında ($Ort = 38.77$) düşüş göstermektedir. Grup*Zaman etkileşim etkisi için yapılan analizde, bu etkinin de anlamlı olduğuna [$F(1, 33) = 85.83, p < .001, \eta_p^2 = .72$] ulaşılmıştır (Bknz. Tablo 17 ve Şekil 4). Grup koşulunun basit etkilerini inceleyebilmek için bağımsız örneklem t testleri uygulanmıştır. Müdahale öncesinde müdahale grubundaki katılımcılar ($Ort = 46.17$) kontrol grubundaki katılımcılardan ($Ort = 40.59$) daha fazla algılanan stres rapor

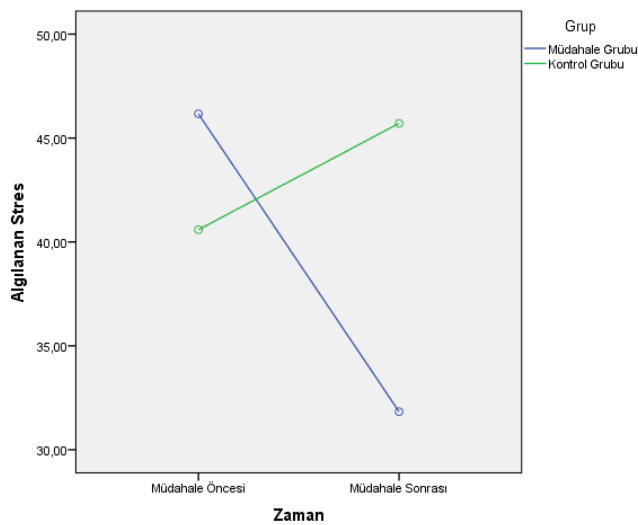
etmişlerdir ($t(33) = 2.44, p < .05$). Müdahale sonrasında ise kontrol grubundaki katılımcılar ($Ort = 45.71$) müdahale grubundaki katılımcılardan ($Ort = 31.83$) daha fazla stres algılamaktadır ($t(33) = -6.38, p < .001$). Zaman koşulunun basit etkisini inceleyebilmek için bağımlı örneklem t testleri uygulanmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların müdahale öncesine ($Ort = 46.17$) kıyasla müdahale sonrasında ($Ort = 31.83$) algılanan stres düzeylerinde düşüş meydana gelmiştir ($t(17) = 8.63, p < .001$). Kontrol grubundaki katılımcıların ise müdahale grubunun aksine algılanan stres düzeyleri ilk ölçüme ($Ort = 40.59$) göre son ölçümde ($Ort = 45.71$) yükselme göstermiştir ($t(16) = -4.08, p < .01$). Sonuç olarak, müdahalenin algılanan stres üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır.

Tablo 17: Müdahalenin Algılanan Stres Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları

Bağımlı Değişken	Değişim Kaynağı	Kareler Ortalaması	$df, df\ hata$	F	η_p^2
Algılanan Stres	Grup	300.72	1,33	4.45*	.12
	Zaman	371.26	1,33	19.27***	.37
	GrupX Zaman	1653.89	1,33	85.83***	.72

Not. * $p < .05$, *** $p < .001$

Şekil 4: Algılanan Stres Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği



3.1.3.3. Psikolojik Semptom Açısından Grupların Karşılaştırılması

Müdahalenin psikolojik semptom düzeyi üzerindeki etkisini test edebilmek için 2 (grup: müdahale grubu ve kontrol grubu) X 2 (Zaman: müdahale öncesi ve müdahale sonrası) son faktörde tekrar ölçümlü karma ANOVA yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, grup temel etkisinin [$F(1,33) = 4.67, p < .05, \eta_p^2 = .12$] anlamlı olduğu görülmüştür. Bir başka deyişle, müdahale grubu ($Ort = .65$) ile kontrol grubunda ($Ort = .42$) olanların psikolojik semptom düzeyleri anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Zaman temel etkisinin de [$F(1, 33) = 21.35, p < .001, \eta_p^2 = .39$] anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Psikolojik semptom düzeyleri müdahale öncesinde ($Ort = .70$) müdahale sonrasına ($Ort = .37$) kıyasla daha yüksektir. Grup*Zaman etkileşim etkisi için yapılan analizde, bu etkinin de anlamlı olduğuna [$F(1,33) = 33.61, p < .001, \eta_p^2 = .51$] ulaşılmıştır (Bknz. Tablo 18 ve Şekil 5). Grup koşulunun basit etkilerini inceleyebilmek için bağımsız örneklem t-test uygulanmıştır. Müdahale öncesinde müdahale grubundaki katılımcılar ($Ort = 1.30$) kontrol grubundaki katılımcılardan ($Ort = .37$) daha fazla psikolojik semptom rapor etse de ($t(21.16) = 4.04, p < .01$), müdahale sonrasında kontrol grubu ($Ort = .46$) müdahale grubuna ($Ort = .27$) kıyasla daha fazla psikolojik semptom bildirmiştir ($t(33) = -2.26, p < .05$).

Tablo 18: Müdahalenin Psikolojik Semptom Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları

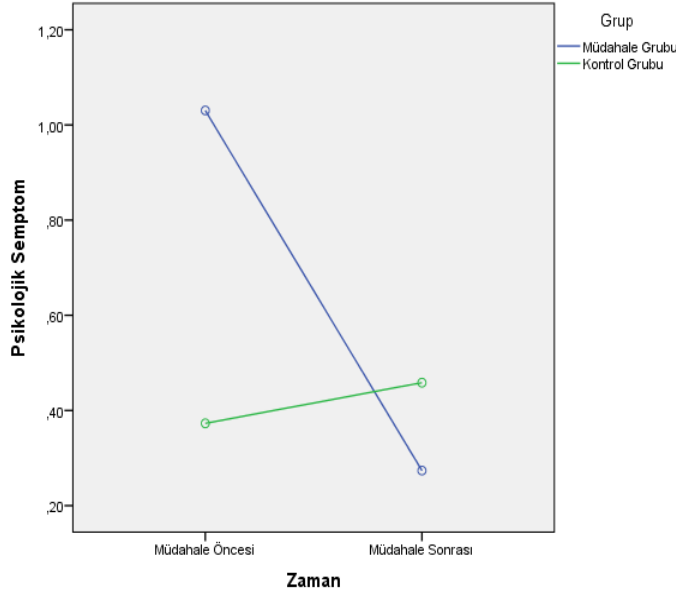
Bağımlı Değişken	Değişim Kaynağı	Kareler Ortalaması	df, df hata	F	η_p^2
Psikolojik Semptom	Grup	.98	1,33	4.67*	.12
	Zaman	1.97	1,33	21.35***	.39
	GrupX Zaman	3.10	1,33	33.61***	.51

Not. * $p < .05$, *** $p < .001$

Zaman koşulunun basit etkisini inceleyebilmek için Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ve bağımlı örneklem t testi uygulanmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların müdahale öncesine ($Ort = 1.03$) kıyasla müdahale sonrasında ($Ort = .27$) psikolojik semptom düzeylerinde azalma olsa da ($Z = -3.62, p < .001$), kontrol grubundaki katılımcıların psikolojik semptom düzeylerinin ilk ölçümleri ($Ort = .37$) ve son

ölçümleri ($Ort = .46$) arasında düşüş görülmemekte olup, aksine psikolojik semptom düzeylerinin yükseldiği görülmektedir ($t(16) = -2.85, p < .05$). Sonuç olarak, uygulanan müdahalenin psikolojik semptom üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır.

Şekil 5: Psikolojik Semptom Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği



3.1.3.4. Depresyon Açısından Grupların Karşılaştırılması

Müdahalenin depresyon üzerindeki etkisini test edebilmek için 2 (grup: müdahale grubu ve kontrol grubu) X 2 (Zaman: müdahale öncesi ve müdahale sonrası) son faktörde tekrar ölçümlü karma ANOVA yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, grup temel etkisinin [$F(1,33) = 5.33, p < .05, \eta_p^2 = .14$] anlamlı olduğu görülmüştür. Bir başka deyişle, müdahale grubu ($Ort = 1.08$) ile kontrol grubunda ($Ort = .70$) olanların depresyon düzeyleri anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Zaman temel etkisinin de [$F(1, 33) = 24.73, p < .001, \eta_p^2 = .43$] anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Depresyon düzeyleri müdahale öncesinde ($Ort = 1.15$) müdahale sonrasına ($Ort = .63$) kıyasla daha yüksektir. Grup*Zaman etkileşim etkisi için yapılan analizde, bu etkinin de anlamlı olduğuna [$F(1,33) = 31.11, p < .001, \eta_p^2 = .49$] ulaşılmıştır (Bknz. Tablo 19 ve Şekil 6). Grup koşulunun basit etkilerini inceleyebilmek için bağımsız örneklem t-test uygulanmıştır. Müdahale öncesinde

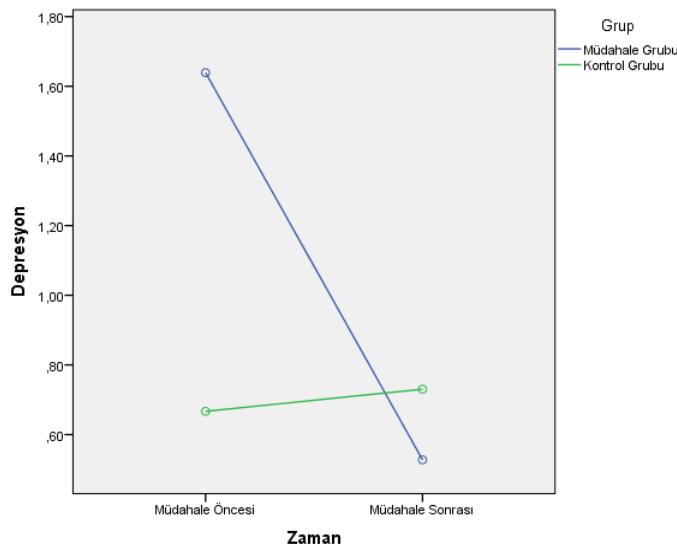
müdahale grubundaki katılımcılar ($Ort = 1.64$) kontrol grubundaki katılımcılardan ($Ort = .67$) daha yüksek depresyon rapor etmiştir ($t(22.20) = 3.92, p < .01$). Müdahale sonrasında kontrol grubu ($Ort = .73$) müdahale grubuna ($Ort = .53$) kıyasla daha yüksek depresyon bildirirse de, bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t(33) = -1.74, p > .05$). Zaman koşulunun basit etkisini inceleyebilmek için bağımlı örneklem t testleri uygulanmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların müdahale öncesine ($Ort = 1.64$) kıyasla müdahale sonrasında ($Ort = .53$) depresyon düzeylerinde azalma olsa da ($t(17) = 5.62, p < .001$), kontrol grubundaki katılımcıların depresyon düzeylerinin ilk ölçümleri ($Ort = .67$) ve son ölçümleri ($Ort = .73$) arasında düşüş görülmemektedir, aksine depresyon düzeylerinin yükseldiği görülmektedir. Ancak, bu yükseliş anlamlı değildir ($t(16) = 1.15, p > .05$). Sonuç olarak, müdahalenin depresyon üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır.

Tablo 19: Müdahalenin Depresyon Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları

Bağımlı Değişken	Değişim Kaynağı	Kareler Ortalaması	df, df hata	F	η_p^2
Depresyon	Grup	2.59	1,33	5.33*	.14
	Zaman	4.80	1,33	24.73***	.43
	GrupX Zaman	6.03	1,33	31.11***	.49

Not. * $p < .05$, *** $p < .001$

Şekil 6: Depresyon Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği



3.1.3.5. Anksiyete Açısından Grupların Karşılaştırılması

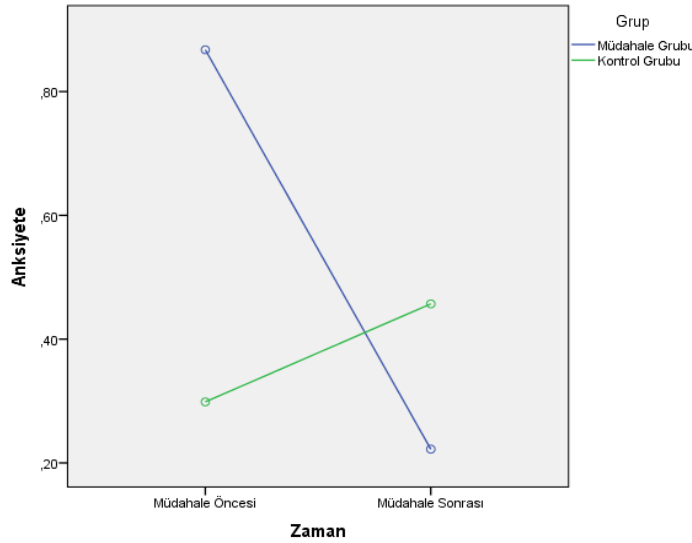
Müdahalenin anksiyete üzerindeki etkisini test edebilmek için 2 (grup: müdahale grubu ve kontrol grubu) X 2 (Zaman: müdahale öncesi ve müdahale sonrası) son faktörde tekrar ölçümlü karma ANOVA yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, grup temel etkisinin [$F(1,33) = 2.02, p > .05, \eta_p^2 = .06$] anlamlı olmadığı görülmüştür. Bir başka deyişle, müdahale grubu ($Ort = .55$) ile kontrol grubunda ($Ort = .38$) olanların anksiyete düzeyleri anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. Zaman temel etkisinin ise [$F(1, 33) = 9.25, p < .01, \eta_p^2 = .22$] anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Anksiyete düzeyleri müdahale öncesinde ($Ort = .58$) müdahale sonrasına ($Ort = .34$) kıyasla daha yüksektir. Grup*Zaman etkileşim etkisi için yapılan analizde, bu etkinin de anlamlı olduğuna [$F(1,33) = 25.21, p < .001, \eta_p^2 = .43$] ulaşılmıştır (Bknz. Tablo 20 ve Şekil 7). Grup koşulunun basit etkilerini inceleyebilmek için Mann-Whitney U testi ve bağımsız örneklem t-testi uygulanmıştır. Müdahale öncesinde müdahale grubundaki katılımcılar ($Mdn = .73$) kontrol grubundaki katılımcılardan ($Mdn = .31$) daha yüksek anksiyete rapor etse de ($U(S_{\text{müdahale}} = 18, S_{\text{kontrol}} = 17) = 63.50, z = -2.96, p < .01$), müdahale sonrasında kontrol grubu ($Ort = .46$) müdahale grubuna ($Ort = .22$) kıyasla daha yüksek anksiyete bildirmiştir ($t(33) = -2.80, p < .01$). Zaman koşulunun basit etkisini inceleyebilmek için Wilcoxon işaretli sıralar testi ve bağımlı örneklem t testleri uygulanmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların müdahale öncesine kıyasla müdahale sonrasında anksiyete düzeylerinde azalma olsa da ($Z = -3.56, p < .001$), kontrol grubundaki katılımcıların anksiyete düzeylerinin ilk ölçümleri ($Ort = .30$) ve son ölçümleri ($Ort = .46$) arasında düşüş görülmemektedir, aksine anksiyete düzeylerinin yükseldiği görülmektedir ($t(16) = -4.42, p < .001$). Sonuç olarak, müdahalenin anksiyete üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır.

Tablo 20: Müdahalenin Anksiyete Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları

Bağımlı Değişken	Değişim Kaynağı	Kareler Ortalaması	df, df hata	F	η_p^2
Anksiyete	Grup	.49	1,33	2.02	.06
	Zaman	1.04	1,33	9.25**	.22
	GrupX Zaman	2.82	1,33	25.21***	.43

Not. ** $p < .01$, *** $p < .001$

Şekil 7: Anksiyete Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği



3.1.3.6. Olumsuz Benlik Açısından Grupların Karşılaştırılması

Müdahalenin olumsuz benlik üzerindeki etkisini test edebilmek için 2 (grup: müdahale grubu ve kontrol grubu) X 2 (Zaman: müdahale öncesi ve müdahale sonrası) son faktörde tekrar ölçümlü karma ANOVA yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, grup temel etkisinin [$F(1,33) = 4.01, p > .05, \eta_p^2 = .11$] anlamlı olmadığı görülmüştür. Bir başka deyişle, müdahale grubu ($Ort = .39$) ile kontrol grubunda ($Ort = .22$) olanların olumsuz benlik düzeyleri anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. Zaman temel etkisinin ise [$F(1, 33) = 12.89, p < .01, \eta_p^2 = .28$] anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Olumsuz benlik düzeyleri müdahale öncesinde ($Ort = .43$) müdahale sonrasına ($Ort = .18$) kıyasla daha yüksektir. Grup*Zaman etkileşim etkisi için yapılan analizde, bu etkinin de anlamlı olduğuna [$F(1,33) = 22.91, p < .001, \eta_p^2 = .41$] ulaşılmıştır (Bknz. Tablo 21 ve Şekil 8). Grup koşulunun basit etkilerini inceleyebilmek için bağımsız örneklem t-testi ve Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Müdahale öncesinde müdahale grubundaki katılımcılar ($Ort = .69$) kontrol grubundaki katılımcılardan ($Ort = .18$) daha yüksek olumsuz benlik rapor etse de ($t(22.19) = 3.87, p < .01$), müdahale sonrasında kontrol grubu ($Mdn = .08$) ve müdahale grubuna ($Mdn = .08$) kıyasla daha yüksek olumsuz benlik bildirmiştir ($U(S_{\text{müdahale}} = 18, S_{\text{kontrol}} = 17) = 83.50, z = -2.40, p < .05$). Zaman koşulunun basit

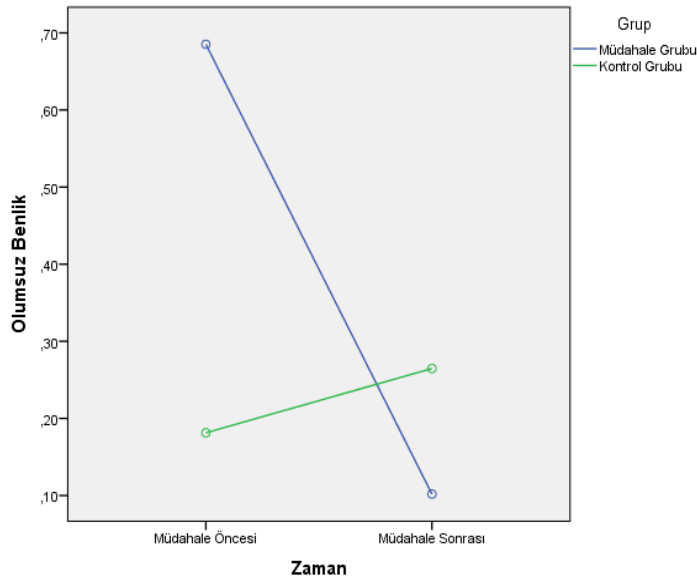
etkisini inceleyebilmek için bağımlı örneklem t testi ve Wilcoxon işaretli sıralar testi uygulanmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların müdahale öncesine ($Ort = .69$) kıyasla müdahale sonrasında ($Ort = .10$) olumsuz benlik düzeylerinde azalma olsa da ($t(17) = 4.62, p < .001$), kontrol grubundaki katılımcıların olumsuz benlik düzeylerinin ilk ölçümleri ($Mdn = .17$) ve son ölçümleri ($Mdn = .08$) anlamlı olarak birbirinden farklılık göstermemektedir ($Z = -1.18, p > .05$). Sonuç olarak, müdahalenin olumsuz benlik üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır.

Tablo 21: Müdahalenin Olumsuz Benlik Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları

Bağımlı Değişken	Değişim Kaynağı	Kareler Ortalaması	$df, df\ hata$	F	η_p^2
Olumsuz Benlik	Grup	.51	1,33	4.01	.11
	Zaman	1.09	1,33	12.87**	.28
	GrupX Zaman	1.94	1,33	22.91***	.41

Not. ** $p < .01$, *** $p < .001$

Şekil 8: Olumsuz Benlik Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği



3.1.3.7. Somatizasyon Açısından Grupların Karşılaştırılması

Müdahalenin somatizasyon üzerindeki etkisini test edebilmek için 2 (grup: müdahale grubu ve kontrol grubu) X 2 (Zaman: müdahale öncesi ve müdahale sonrası) son faktörde tekrar ölçümlü karma ANOVA yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, grup temel etkisinin [$F(1,33) = 4.99, p < .05, \eta_p^2 = .13$] anlamlı olduğu görülmüştür. Bir başka deyişle, müdahale grubu ($Ort = .46$) ile kontrol grubunda ($Ort = .22$) olanların somatizasyon düzeyleri anlamlı olarak farklılaşmaktadır. Zaman temel etkisinin de [$F(1, 33) = 10.51, p < .01, \eta_p^2 = .24$] anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Somatizasyon düzeyleri müdahale öncesinde ($Ort = .50$) müdahale sonrasına ($Ort = .18$) kıyasla daha yüksektir. Grup*Zaman etkileşim etkisi için yapılan analizde, bu etkinin de anlamlı olduğuna [$F(1, 33) = 10.51, p < .01, \eta_p^2 = .24$] ulaşılmıştır (Bknz. Tablo 22 ve Şekil 9). Grup koşulunun basit etkilerini inceleyebilmek için Mann-Whitney U testleri uygulanmıştır. Müdahale öncesinde müdahale grubundaki katılımcılar ($Mdn = .72$) kontrol grubundaki katılımcılardan ($Mdn = .11$) daha yüksek somatizasyon rapor etse de ($U(S_{\text{müdahale}} = 18, S_{\text{kontrol}} = 17) = 88.50, z = -2.16, p < .05$), müdahale sonrasında kontrol grubu ($Mdn = .22$) ve müdahale grubuna ($Mdn = .06$) kıyasla daha yüksek somatizasyon bildirmiştir ($U(S_{\text{müdahale}} = 18, S_{\text{kontrol}} = 17) = 92.50, z = -2.06, p < .05$).

Tablo 22: Müdahalenin Somatizasyon Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları

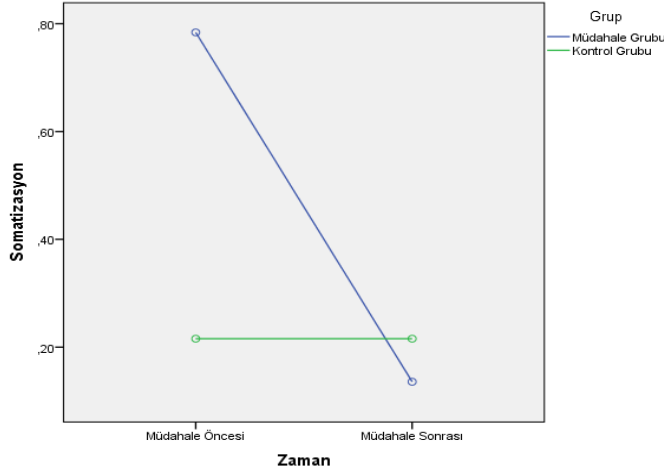
Bağımlı Değişken	Değişim Kaynağı	Kareler Ortalaması	df, df hata	F	η_p^2
Somatizasyon	Grup	1.04	1,33	4.99*	.13
	Zaman	1.84	1,33	10.51**	.24
	GrupX Zaman	1.84	1,33	10.51**	.24

Not. * $p < .05$, ** $p < .01$

Zaman koşulunun basit etkisini inceleyebilmek için Wilcoxon işaretli sıralar testi ve bağımlı örneklem t testi uygulanmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların müdahale öncesine ($Mdn = .72$) kıyasla müdahale sonrasında ($Mdn = .06$) somatizasyon düzeylerinde azalma olsa da ($Z = -2.98, p < .05$), kontrol grubundaki katılımcıların somatizasyon düzeylerinin ilk ölçümleri ($Ort = .11$) ve son ölçümleri

($Ort = .22$) anlamlı olarak birbirinden farklılık göstermemektedir ($t(16) = .00, p > .05$). Sonuç olarak, müdahalenin somatizasyon üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır.

Şekil 9: Somatizasyon Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği



3.1.3.8. Hostilite Açısından Grupların Karşılaştırılması

Müdahalenin hostilite üzerindeki etkisini test edebilmek için 2 (grup: müdahale grubu ve kontrol grubu) X 2 (Zaman: müdahale öncesi ve müdahale sonrası) son faktörde tekrar ölçümlü karma ANOVA yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, grup temel etkisinin [$F(1,33) = 1.83, p > .05, \eta_p^2 = .05$] anlamlı olmadığı görülmüştür. Bir başka deyişle, müdahale grubu ($Ort = .80$) ile kontrol grubunda ($Ort = .59$) olanların hostilite düzeyleri anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. Zaman temel etkisinin ise [$F(1, 33) = 15.86, p < .001, \eta_p^2 = .33$] anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hostilite düzeyleri müdahale öncesinde ($Ort = .87$) müdahale sonrasına ($Ort = .52$) kıyasla daha yüksektir. Grup*Zaman etkileşim etkisi için yapılan analizde, bu etkinin de anlamlı olduğuna [$F(1, 33) = 26.43, p < .001, \eta_p^2 = .45$] ulaşılmıştır (Bknz. Tablo 23 ve Şekil 10). Grup koşulunun basit etkilerini inceleyebilmek için bağımsız örneklem t-testleri uygulanmıştır. Müdahale öncesinde müdahale grubundaki katılımcılar ($Ort = 1.20$) kontrol grubundaki katılımcılardan ($Ort = .54$) daha fazla hostilite rapor etmiştir ($t(33) = 3.02, p < .01$). Müdahale sonrasında kontrol grubu ($Ort = .64$) müdahale grubundan ($Ort = .41$) daha fazla hostilite bildirirse de bu farklılık anlamlı değildir ($t(33) = -1.79, p > .05$). Zaman

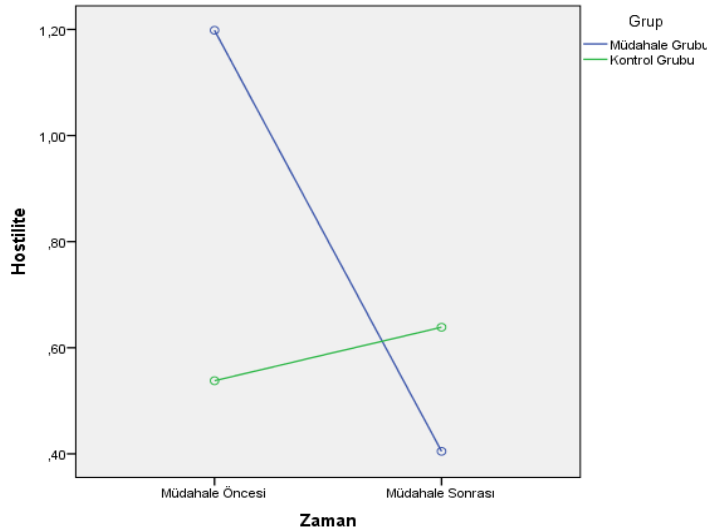
koşulunun basit etkisini inceleyebilmek için bağımlı örneklem t testleri uygulanmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların müdahale öncesine ($Ort = 1.20$) kıyasla müdahale sonrasında ($Ort = .41$) hostilite düzeylerinde azalma olsa da ($t(17) = 5.15, p < .001$), kontrol grubundaki katılımcıların hostilite düzeylerinin ilk ölçümleri ($Ort = .54$) ve son ölçümleri ($Ort = .64$) anlamlı olarak birbirinden farklılık göstermemektedir ($t(16) = -1.38, p > .05$). Sonuç olarak, müdahalenin hostilite üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır.

Tablo 23: Müdahalenin Hostilite Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları

Bağımlı Değişken	Değişim Kaynağı	Kareler Ortalaması	$df, df\ hata$	F	η_p^2
Hostilite	Grup	.80	1,33	1.83	.05
	Zaman	2.10	1,33	15.86***	.33
	GrupX Zaman	3.50	1,33	26.43***	.45

Not. *** $p < .001$

Şekil 10: Hostilite Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği



3.1.3.9. Algılanan Sosyal Destek Açısından Grupların Karşılaştırılması

Müdahalenin algılanan sosyal destek üzerindeki etkisini test edebilmek için 2 (grup: müdahale grubu ve kontrol grubu) X 2 (Zaman: müdahale öncesi ve müdahale sonrası) son faktörde tekrar ölçümlü karma ANOVA yapılmıştır. Yapılan analiz

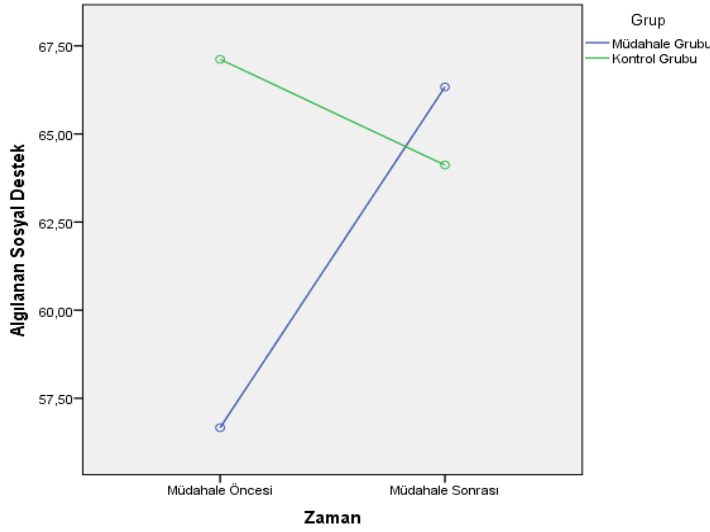
sonucunda, grup temel etkisinin [$F(1,33) = 1.05, p>.05, \eta_p^2 = .03$] anlamlı olmadığı görülmüştür. Bir başka deyişle, müdahale grubu ($Ort = 61.50$) ile kontrol grubunda ($Ort = 65.62$) olanların algılanan sosyal destek düzeyleri anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. Zaman temel etkisinin ise [$F(1, 33) = 3.74, p>.05, \eta_p^2 = .10$] anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Algılanan sosyal destek düzeyleri müdahale öncesinde ($Ort = 61.89$) müdahale sonrasına ($Ort = 65.23$) kıyasla daha düşük olsa da bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Grup*Zaman etkileşim etkisi için yapılan analizde ise bu etkinin anlamlı olduğu [$F(1, 33) = 13.49, p<.001, \eta_p^2 = .29$] sonucuna ulaşılmıştır (Bknz. Tablo 24 ve Şekil 11). Grup koşulunun basit etkilerini inceleyebilmek için bağımsız örneklem t-testleri uygulanmıştır. Müdahale öncesinde müdahale grubundaki katılımcılar ($Ort = 56.67$) kontrol grubundaki katılımcılardan ($Ort = 67.12$) daha düşük algılanan sosyal destek rapor etmiştir ($t(33) = -2.21, p<.05$). Müdahale sonrasında kontrol grubu ($Ort = 64.12$) müdahale grubundan ($Ort = 66.33$) daha düşük algılanan sosyal destek bildirirse de iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t(33) = .55, p>.05$). Zaman koşulunun basit etkisini inceleyebilmek için bağımlı örneklem t testleri uygulanmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların müdahale öncesine ($Ort = 56.67$) kıyasla müdahale sonrasında ($Ort = 66.33$) algılanan sosyal destek düzeylerinde artış meydana gelmiştir ($t(17) = -3.00, p<.01$). Kontrol grubundaki katılımcıların ise müdahale grubunun aksine algılanan sosyal destek düzeylerinin ilk ölçümleri ($Ort = 67.12$) son ölçümlerine ($Ort = 64.12$) göre daha yüksektir ($t(16) = 3.05, p<.01$). Sonuç olarak, müdahalenin algılanan sosyal destek üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır.

Tablo 24: Müdahalenin Algılanan Sosyal Destek Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları

Bağımlı Değişken	Değişim Kaynağı	Kareler Ortalaması	df, df hata	F	η_p^2
Algılanan Sosyal Destek	Grup	296.47	1,33	1.05	.03
	Zaman	194.29	1,33	3.74	.10
	GrupX Zaman	701.37	1,33	13.49**	.29

Not. ** $p<.01$

Şekil 11: Algılanan Sosyal Destek Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği



3.1.3.10. Aileden Algılanan Sosyal Destek Açısından Grupların Karşılaştırılması

Müdahalenin aileden algılanan sosyal destek üzerindeki etkisini test edebilmek için 2 (grup: müdahale grubu ve kontrol grubu) X 2 (Zaman: müdahale öncesi ve müdahale sonrası) son faktörde tekrar ölçümlü karma ANOVA yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, grup temel etkisinin [$F(1,33) = .47, p > .05, \eta_p^2 = .01$] anlamlı olmadığı görülmüştür. Bir başka deyişle, müdahale grubu ($Ort = 22.06$) ile kontrol grubunda ($Ort = 23.21$) olanların aileden algılanan sosyal destek düzeyleri anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. Zaman temel etkisinin ise [$F(1, 33) = 3.47, p > .05, \eta_p^2 = .10$] anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Aileden algılanan sosyal destek düzeyleri müdahale öncesinde ($Ort = 21.96$) müdahale sonrasına ($Ort = 23.30$) kıyasla daha düşük olsa da bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Grup*Zaman etkileşim etkisi için yapılan analizde, bu etkinin de anlamlı olduğuna [$F(1, 33) = 7.62, p < .01, \eta_p^2 = .19$] ulaşılmıştır (Bknz. Tablo 25 ve Şekil 12). Grup koşulunun basit etkilerini inceleyebilmek için Mann-Whitney U testleri uygulanmıştır. Müdahale öncesinde müdahale grubundaki katılımcılar ($Mdn = 22.00$) kontrol grubundaki katılımcılardan ($Mdn = 24.00$) daha az aileden algılanan sosyal destek rapor etse de bu farklılık anlamlı değildir ($U(S_{\text{müdahale}} = 18, S_{\text{kontrol}} = 17) =$

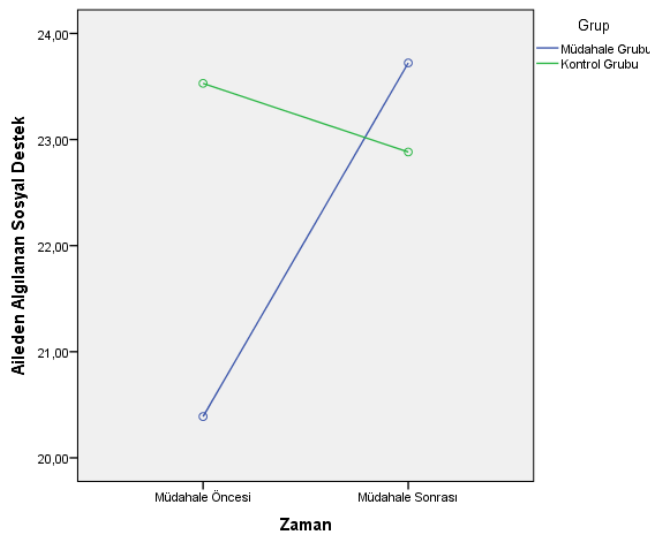
110.50, $z = -1.43$, $p > .05$). Müdahale sonrasında kontrol grubu ($Mdn = 24.00$) müdahale grubuna ($Mdn = 25.00$) kıyasla daha düşük aileden algılanan sosyal destek bildirmiştir ancak bu farklılık da anlamlı değildir ($U(S_{\text{müdahale}} = 18, S_{\text{kontrol}} = 17) = 135.50$, $z = -.60$, $p > .05$). Zaman koşulunun basit etkisini inceleyebilmek için Wilcoxon işaretli sıralar testleri uygulanmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların müdahale öncesine ($Mdn = 22.00$) kıyasla müdahale sonrasında ($Mdn = 25.00$) aileden algılanan sosyal destek düzeylerinde artış olmuştur ($Z = -2.35$, $p < .01$). Kontrol grubunun ise ilk ölçümüne ($Mdn = 24.00$) kıyasla son ölçümünde ($Mdn = 24.00$) aileden algılanan sosyal destek düzeyleri azalma gösterse de bu azalma anlamlı değildir ($Z = -1.29$, $p > .05$). Sonuç olarak, müdahalenin aileden algılanan sosyal destek üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır.

Tablo 25: Müdahalenin Aileden Algılanan Sosyal Destek Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları

Bağımlı Değişken	Değişim Kaynağı	Kareler Ortalaması	df , df hata	F	η_p^2
Aileden Algılanan Sosyal Destek	Grup	23.14	1,33	.47	.01
	Zaman	31.55	1,33	3.47	.10
	GrupX Zaman	69.26	1,33	7.62**	.19

Not. ** $p < .01$

Şekil 12: Aileden Algılanan Sosyal Destek Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği



3.1.3.11. Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Açısından Grupların Karşılaştırılması

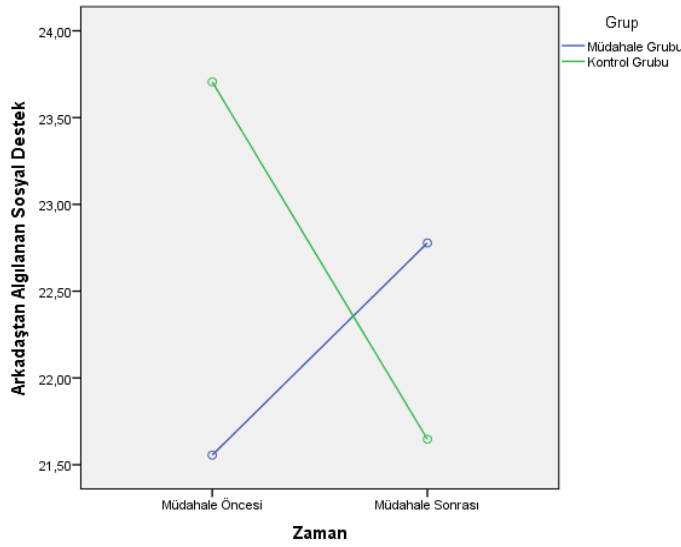
Müdahalenin arkadaştan algılanan sosyal destek üzerindeki etkisini test edebilmek için 2 (grup: müdahale grubu ve kontrol grubu) X 2 (Zaman: müdahale öncesi ve müdahale sonrası) son faktörde tekrar ölçümlü karma ANOVA yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, grup temel etkisinin [$F(1,33) = 4.55, p > .05, \eta_p^2 = .00$] anlamlı olmadığı görülmüştür. Bir başka deyişle, müdahale grubu ($Ort = 22.17$) ile kontrol grubunda ($Ort = 22.68$) olanların arkadaştan algılanan sosyal destek düzeyleri anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. Zaman temel etkisinin de [$F(1, 33) = .46, p > .05, \eta_p^2 = .01$] anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Arkadaştan algılanan sosyal destek düzeylerinin müdahale öncesi ($Ort = 22.63$) ile müdahale sonrası ($Ort = 22.21$) düzeyleri birbirinden farklılık göstermemektedir. Grup*Zaman etkileşim etkisi için yapılan analizde ise, bu etkinin anlamlı olduğuna [$F(1, 33) = 7.12, p < .05, \eta_p^2 = .18$] ulaşılmıştır (Bknz. Tablo 26 ve Şekil 13). Grup koşulunun basit etkilerini inceleyebilmek için Mann-Whitney U testi ve bağımsız örneklem t testi uygulanmıştır. Müdahale öncesinde müdahale grubundaki katılımcılar ($Mdn = 23.00$) kontrol grubundaki katılımcılardan ($Mdn = 24.00$) daha az arkadaştan algılanan sosyal destek rapor etse de bu farklılık anlamlı değildir ($U(S_{müdahale} = 18, S_{kontrol} = 17) = 133.50, z = -.66, p > .05$). Müdahale sonrasında kontrol grubu ($Ort = 21.65$) müdahale grubuna ($Ort = 22.78$) kıyasla daha düşük arkadaştan algılanan sosyal destek bildirmiştir ancak bu farklılık da anlamlı değildir ($t(33) = .75, p > .05$). Zaman koşulunun basit etkisini inceleyebilmek için bağımlı örneklem t testleri uygulanmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların müdahale öncesine ($Ort = 21.56$) kıyasla müdahale sonrasında ($Ort = 22.78$) arkadaştan algılanan sosyal destek düzeylerinde artış meydana gelse de bu artış istatistiksel olarak anlamlı değildir ($t(17) = -1.21, p > .05$). Kontrol grubundaki katılımcıların ise müdahale grubunun aksine arkadaştan algılanan sosyal destek düzeylerinin ilk ölçümleri ($Ort = 23.71$) son ölçümlerine ($Ort = 21.65$) göre daha yüksektir ($t(16) = 3.04, p < .01$). Sonuç olarak, müdahalenin arkadaştan algılanan sosyal destek üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır.

Tablo 26: Müdahalenin Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları

Bağımlı Değişken	Değişim Kaynağı	Kareler Ortalaması	$df, df\ hata$	F	η_p^2
Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	Grup	4.55	1,33	.09	.00
	Zaman	3.06	1,33	.46	.01
	GrupX Zaman	47.06	1,33	7.12*	.18

Not. * $p < .05$

Şekil 13: Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği



3.1.3.12. Özel Bir İnsandan Algılanan Sosyal Destek Açısından Grupların Karşılaştırılması

Müdahalenin özel bir insandan algılanan sosyal destek üzerindeki etkisini test edebilmek için 2 (grup: müdahale grubu ve kontrol grubu) X 2 (Zaman: müdahale öncesi ve müdahale sonrası) son faktörde tekrar ölçümlü karma ANOVA yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, grup temel etkisinin [$F(1,33) = 2.09, p > .05, \eta_p^2 = .06$] anlamlı olmadığı görülmüştür. Bir başka deyişle, müdahale grubu ($Ort = 17.28$) ile kontrol grubunda ($Ort = 19.74$) olanların özel bir insandan algılanan sosyal destek düzeyleri anlamlı olarak farklılaşmamaktadır. Zaman temel etkisinin ise [$F(1, 33) = 5.48, p < .05, \eta_p^2 = .14$] anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Özel bir insandan

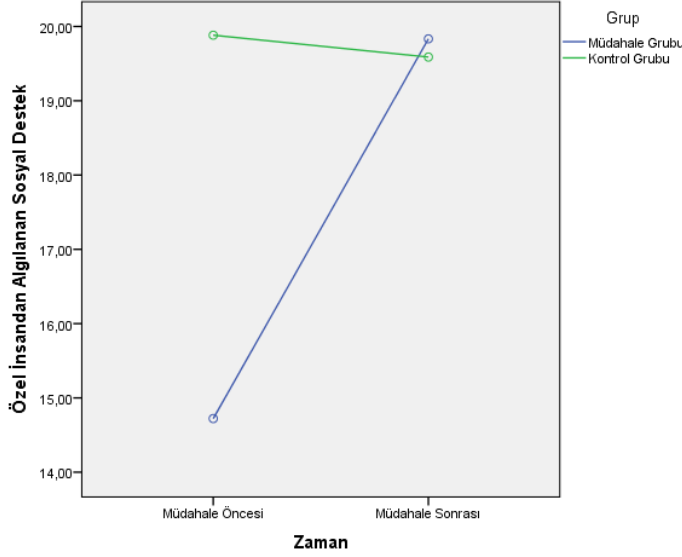
algılanan sosyal destek düzeyleri müdahale öncesine ($Ort = 17.30$) kıyasla müdahale sonrasında ($Ort = 19.71$) artış göstermektedir. Grup*Zaman etkileşim etkisi için yapılan analizde, bu etkinin de anlamlı olduğuna [$F(1, 33) = 6.90, p < .05, \eta_p^2 = .17$] ulaşılmıştır (Bknz. Tablo 27 ve Şekil 14). Grup koşulunun basit etkilerini inceleyebilmek için bağımsız örneklem t testleri uygulanmıştır. Müdahale öncesinde müdahale grubundaki katılımcılar ($Ort = 14.72$) kontrol grubundaki katılımcılardan ($Ort = 19.88$) daha az özel bir insandan algılanan sosyal destek rapor etmişlerdir ($t(33) = -2.19, p < .05$). Müdahale sonrasında ise kontrol grubu ($Ort = 19.59$) ve müdahale grubu ($Ort = 19.83$) birbirinden farklı değildir ($t(33) = .16, p > .05$). Zaman koşulunun basit etkisini inceleyebilmek için bağımlı örneklem t testleri uygulanmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların müdahale öncesine ($Ort = 14.72$) kıyasla müdahale sonrasında ($Ort = 19.83$) özel bir insandan algılanan sosyal destek düzeylerinde artış meydana gelmiştir ($t(17) = -2.69, p < .05$). Kontrol grubundaki katılımcıların ise müdahale grubunun aksine özel bir insandan algılanan sosyal destek düzeylerinin ilk ölçümleri ($Ort = 19.88$) ile son ölçümleri ($Ort = 19.59$) birbirinden farklılık göstermemektedir ($t(16) = .45, p > .05$). Sonuç olarak, müdahalenin özel bir insandan algılanan sosyal destek üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır.

Tablo 27: Müdahalenin Özel Bir İnsandan Algılanan Sosyal Destek Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları

Bağımlı Değişken	Değişim Kaynağı	Kareler Ortalaması	$df, df\ hata$	F	η_p^2
Özel Bir İnsandan Algılanan Sosyal Destek	Grup	105.69	1,33	2.09	.06
	Zaman	101.43	1,33	5.48*	.01
	GrupX Zaman	127.72	1,33	6.90*	.17

Not. * $p < .05$

Şekil 14: Özel Bir İnsandan Algılanan Sosyal Destek Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği



3.1.3.13. Yaşam Kalitesi Açısından Grupların Karşılaştırılması

3.1.3.13.1. Bedensel Alan

Müdahalenin bedensel alan üzerindeki etkisini test edebilmek için 2 (grup: müdahale grubu ve kontrol grubu) X 2 (Zaman: müdahale öncesi ve müdahale sonrası) son faktörde tekrar ölçümlü karma ANOVA yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, grup temel etkisinin [$F(1,33) = .03, p > .05, \eta_p^2 = .00$] anlamlı olmadığı görülmüştür. Bir başka deyişle, müdahale grubundaki katılımcılar ($Ort = 15.64$) kontrol grubundaki katılımcılardan ($Ort = 15.51$) bedensel alan anlamında farklılaşmamaktadır. Benzer şekilde, zaman temel etkisinin de [$F(1, 33) = .10, p > .05, \eta_p^2 = .00$] anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bedensel alan düzeyleri müdahale öncesine ($Ort = 15.52$) kıyasla müdahale sonrasında ($Ort = 15.63$) değişiklik göstermemektedir. Grup*Zaman etkileşim etkisi için yapılan analizde, bu etkinin de anlamlı olduğuna [$F(1, 33) = 20.65, p < .001, \eta_p^2 = .39$] ulaşılmıştır (Bknz. Tablo 28 ve Şekil 15). Grup koşulunun basit etkilerini inceleyebilmek için Mann-Whitney U testleri uygulanmıştır. Müdahale öncesinde müdahale grubundaki katılımcılar ($Mdn = 15.43$) kontrol grubundaki katılımcılardan ($Mdn = 16.57$) daha düşük bedensel alan

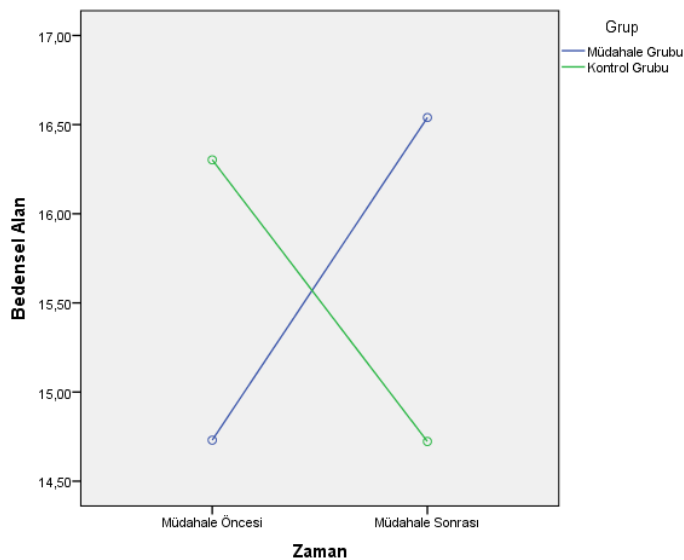
rapor etse de bu farklılık anlamlı değildir ($U(S_{\text{müdahale}} = 18, S_{\text{kontrol}} = 17) = 119.50, z = -1.11, p > .05$). Müdahale sonrasında kontrol grubu ($Mdn = 14.29$) ve müdahale grubuna ($Mdn = 16.57$) kıyasla daha düşük bedensel alan bildirmiştir ve bu farklılık anlamlıdır ($U(S_{\text{müdahale}} = 18, S_{\text{kontrol}} = 17) = 70.00, z = -2.77, p < .01$). Zaman koşulunun basit etkisini inceleyebilmek için bağımlı örneklem t testleri uygulanmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların müdahale öncesine ($Ort = 14.73$) kıyasla müdahale sonrasında ($Ort = 16.54$) bedensel alan düzeylerinde yükselme meydana gelmiştir ($t(17) = -2.70, p < .05$). Kontrol grubundaki katılımcıların ise müdahale grubunun aksine bedensel alan düzeyleri ilk ölçüme ($Ort = 16.30$) göre son ölçümde ($Ort = 14.72$) düşüş göstermiştir ($t(16) = -5.49, p < .001$). Sonuç olarak, müdahalenin bedensel alan üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır.

Tablo 28: Müdahalenin Bedensel Alan Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları

Bağımlı Değişken	Değişim Kaynağı	Kareler Ortalaması	df, df hata	F	η_p^2
Bedensel Alan	Grup	.26	1,33	.03	.00
	Zaman	.23	1,33	.10	.00
	GrupX Zaman	50.22	1,33	20.65***	.39

Not. *** $p < .001$

Şekil 15: Bedensel Alan Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği



3.1.3.13.2. Ruhsal Alan

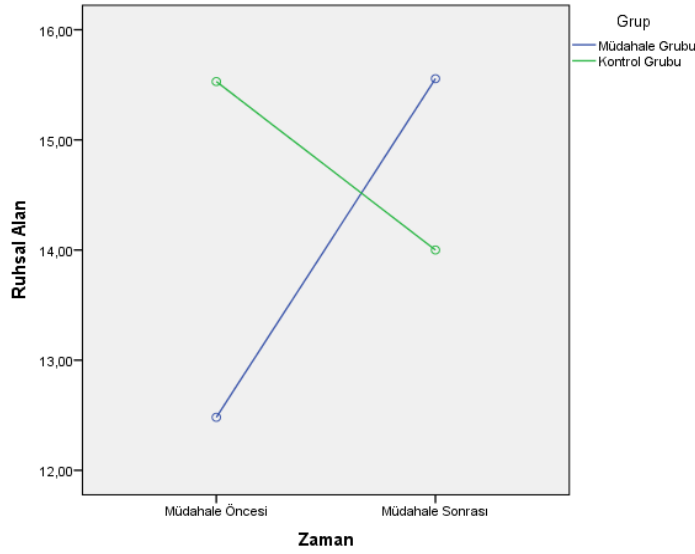
Müdahalenin ruhsal alan üzerindeki etkisini test edebilmek için 2 (grup: müdahale grubu ve kontrol grubu) X 2 (Zaman: müdahale öncesi ve müdahale sonrası) son faktörde tekrar ölçümlü karma ANOVA yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, grup temel etkisinin [$F(1,33) = 1.50, p > .05, \eta_p^2 = .04$] anlamlı olmadığı görülmüştür. Bir başka deyişle, müdahale grubundaki katılımcılar ($Ort = 14.02$) kontrol grubundaki katılımcılardan ($Ort = 14.77$) ruhsal alan anlamında farklılaşmamaktadır. Zaman temel etkisinin ise [$F(1, 33) = 7.45, p < .05, \eta_p^2 = .18$] anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ruhsal alan düzeyleri müdahale öncesine ($Ort = 14.01$) kıyasla müdahale sonrasında ($Ort = 14.78$) artış göstermektedir. Grup*Zaman etkileşim etkisi için yapılan analizde, bu etkinin de anlamlı olduğuna [$F(1, 33) = 66.20, p < .001, \eta_p^2 = .67$] ulaşılmıştır (Bknz. Tablo 29 ve Şekil 16). Grup koşulunun basit etkilerini inceleyebilmek için bağımsız örneklem t testleri uygulanmıştır. Müdahale öncesinde müdahale grubundaki katılımcılar ($Ort = 12.48$) kontrol grubundaki katılımcılardan ($Ort = 15.53$) daha düşük ruhsal alan rapor etmişlerdir ($t(33) = -3.86, p < .001$). Müdahale sonrasında ise kontrol grubundaki katılımcıların ($Ort = 14.00$) müdahale grubundaki katılımcılardan ($Ort = 15.56$) daha düşük ruhsal alan bildirdikleri sonucuna ulaşılmıştır ($t(33) = 2.94, p < .01$). Zaman koşulunun basit etkisini inceleyebilmek için bağımlı örneklem t testleri uygulanmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların müdahale öncesine ($Ort = 12.48$) kıyasla müdahale sonrasında ($Ort = 15.56$) ruhsal alan düzeylerinde yükselme meydana gelmiştir ($t(17) = -5.97, p < .001$). Kontrol grubundaki katılımcıların ise müdahale grubunun aksine ruhsal alan düzeyleri ilk ölçüme ($Ort = 15.53$) göre son ölçümde ($Ort = 14.00$) düşüş göstermiştir ($t(16) = -7.49, p < .001$). Sonuç olarak, müdahalenin ruhsal alan üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır.

Tablo 29: Müdahalenin Ruhsal Alan Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları

Bağımlı Değişken	Değişim Kaynağı	Kareler Ortalaması	df, df hata	F	η_p^2
Ruhsal Alan	Grup	9.74	1,33	1.50	.04
	Zaman	10.43	1,33	7.45*	.18
	GrupX Zaman	92.64	1,33	66.20***	.67

Not. * $p < .05$, *** $p < .001$

Şekil 16: Ruhsal Alan Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği



3.1.3.13.3. Sosyal Alan

Müdahalenin sosyal alan üzerindeki etkisini test edebilmek için 2 (grup: müdahale grubu ve kontrol grubu) X 2 (Zaman: müdahale öncesi ve müdahale sonrası) son faktörde tekrar ölçümlü karma ANOVA yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, grup temel etkisinin [$F(1,33) = .38, p > .05, \eta_p^2 = .01$] anlamlı olmadığı görülmüştür. Bir başka deyişle, müdahale grubundaki katılımcılar ($Ort = 13.85$) kontrol grubundaki katılımcılardan ($Ort = 14.39$) sosyal alan anlamında farklılaşmamaktadır. Zaman temel etkisinin ise [$F(1, 33) = 4.41, p < .05, \eta_p^2 = .12$] anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sosyal alan düzeyleri müdahale öncesine ($Ort = 13.77$) kıyasla müdahale sonrasında ($Ort = 14.47$) artış göstermektedir. Grup*Zaman etkileşim etkisi için yapılan analizde, bu etkinin de anlamlı olduğuna [$F(1, 33) = 7.89, p < .01, \eta_p^2 = .19$] ulaşılmıştır (Bknz. Tablo 30 ve Şekil 17). Grup koşulunun basit etkilerini inceleyebilmek için bağımsız örneklem t testleri uygulanmıştır. Müdahale öncesinde müdahale grubundaki katılımcılar ($Ort = 13.04$) kontrol grubundaki katılımcılardan ($Ort = 14.51$) daha düşük sosyal alan rapor etmişlerdir. Ancak, bu farklılık anlamlı değildir ($t(33) = -1.49, p > .05$). Müdahale sonrasında ise kontrol grubundaki katılımcılar ($Ort = 14.27$) müdahale grubundaki katılımcılardan ($Ort = 14.67$) daha düşük sosyal alan bildirir de bu farklılık da

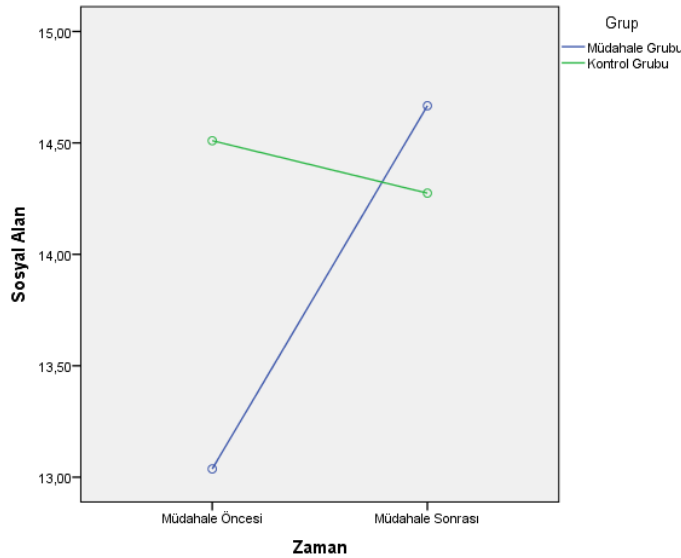
anlamli değildir ($t(33) = .45, p > .05$). Zaman koşulunun basit etkisini inceleyebilmek için bağımlı örneklem t testi ve Wilcoxon işaretli sıralar testi uygulanmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların müdahale öncesine ($Ort = 13.03$) kıyasla müdahale sonrasında ($Ort = 14.67$) sosyal alan düzeylerinde yükselme meydana gelmiştir ($t(17) = -2.74, p < .05$). Kontrol grubunun ise ilk lmne ($Mdn = 13.33$) kıyasla son lmnde ($Mdn = 14.67$) sosyal alan azalma gösterse de bu azalma anlamli değildir ($Z = -.91, p > .05$). Sonuç olarak, müdahalenin sosyal alan üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır.

Tablo 30: Müdahalenin Sosyal Alan zerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları

Bağımlı Değişken	Değişim Kaynağı	Kareler Ortalaması	$df, df\ hata$	F	η_p^2
Sosyal Alan	Grup	5.11	1,33	.38	.01
	Zaman	8.50	1,33	4.41*	.12
	GrupX Zaman	15.20	1,33	7.89**	.19

Not. * $p < .05$, ** $p < .01$

şekil 17: Sosyal Alan Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği



3.1.3.13.4. Çevresel Alan

Müdahalenin çevresel alan üzerindeki etkisini test edebilmek için 2 (grup: müdahale grubu ve kontrol grubu) X 2 (Zaman: müdahale öncesi ve müdahale sonrası) son faktörde tekrar ölçümlü karma ANOVA yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda, grup temel etkisinin [$F(1,33) = .38, p>.05, \eta_p^2=.01$] anlamlı olmadığı görülmüştür. Bir başka deyişle, müdahale grubundaki katılımcılar ($Ort = 15.31$) kontrol grubundaki katılımcılardan ($Ort = 15.69$) çevresel alan anlamında farklılaşmamaktadır. Zaman temel etkisinin ise [$F(1, 33) = 37.23, p>.001, \eta_p^2=.53$] anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çevresel alan düzeyleri müdahale öncesine ($Ort = 14.79$) kıyasla müdahale sonrasında ($Ort = 16.20$) artış göstermiştir. Grup*Zaman etkileşim etkisi için yapılan analizde, bu etkinin de anlamlı olduğuna [$F(1, 33) = 40.05, p<.001, \eta_p^2=.55$] ulaşılmıştır (Bknz. Tablo 31 ve Şekil 18). Grup koşulunun basit etkilerini inceleyebilmek için bağımsız örneklem t testleri uygulanmıştır. Müdahale öncesinde müdahale grubundaki katılımcılar ($Ort = 13.88$) kontrol grubundaki katılımcılardan ($Ort = 15.71$) daha düşük çevresel alan rapor etmişlerdir ($t(33) = -2.50, p<.05$). Müdahale sonrasında ise kontrol grubundaki katılımcıların ($Ort = 15.66$) müdahale grubundaki katılımcılardan ($Ort = 16.74$) daha düşük çevresel alan bildirdiği ancak bu farklılığın anlamlı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($t(33) = 1.92, p>.05$).

Tablo 31: Müdahalenin Çevresel Alan Üzerindeki Etkisine İlişkin Karma ANOVA Sonuçları

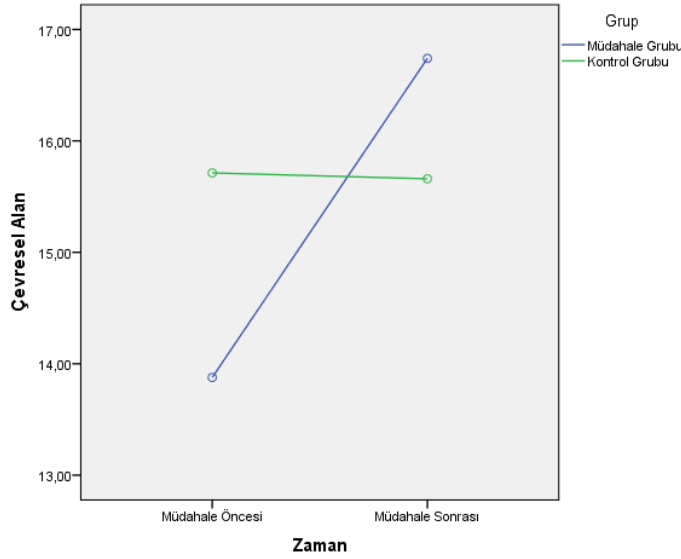
Bağımlı Değişken	Değişim Kaynağı	Kareler Ortalaması	df, df hata	F	η_p^2
Çevresel Alan	Grup	2.49	1,33	.38	.01
	Zaman	34.56	1,33	37.23***	.53
	GrupX Zaman	37.18	1,33	40.05***	.55

Not. *** $p<.001$

Zaman koşulunun basit etkisini inceleyebilmek için bağımlı örneklem t testleri uygulanmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların müdahale öncesine ($Ort = 13.88$) kıyasla müdahale sonrasında ($Ort = 16.74$) çevresel alan düzeylerinde yükselme meydana gelmiştir ($t(17) = -6.96, p<.001$). Kontrol grubundaki

katılımcıların ise müdahale grubunun aksine çevresel alan düzeyleri ilk ölçüme ($Ort = 15.71$) göre son ölçümde ($Ort = 15.66$) düşüş gösterse de bu farklılık anlamlı değildir ($t(16) = -.28, p > .05$). Sonuç olarak, müdahalenin çevresel alan üzerinde olumlu etkileri bulunmaktadır.

Şekil 18: Çevresel Alan Puanına İlişkin Etkileşim Etkisi Grafiği



3.1.4. Müdahale Grubundaki Katılımcıların Geri Bildirimleri

Katılımcıların terapiden aldıkları faydaya 1’den 10’a kadar bir puan vermeleri istenmiştir. Katılımcıların verdikleri puanlar 7 ile 10 arasında değişmektedir ($Ort = 9.44, SS = .92$). Tam puandan az puan veren katılımcılar, terapinin süresini kısa bulduklarını ve hastalık devam eden bir süreç olduğu için terapinin daha uzun süre olmasının daha iyi olacağını ifade etmişlerdir. Başka bir katılımcı ise terapinin iyi geldiğini ancak sorun ortadan kalkmadığı için görüşme bitince sıkıntılarının tekrar arttığını dile getirmiştir. Bir diğer katılımcı da davranış yönetimi kısmının kendisi için tekrar olduğunu bu sebeple tam puan vermediğini söylemiştir.

Terapiden alınan fayda açısından katılımcılar, duygularının farkına vardıklarını, amaç – araç ayrımı yaptıklarını, bakış açılarının değiştiğini, olayları daha iyi anlamlandırdıklarını, başkalarının yargılayıcı olduğunu ama terapilerde kendisini dinleyen ve anlayan birinin olduğunu hissettiklerini, terapinin tam

ihtiyaçları olan bir zamana denk geldiğini, durumu kabullenip sakinleştiklerini, bunun bir rahatsızlık olduğunu kabul ettiklerini ve çözüm ürettiklerini hissettiklerini, depresif hallerinin değiştiğini, küçük mutlulukların farkına vardıklarını, empati kurduklarını ve farklı gözle baktıklarını, gerçeklerle yüzleştiklerini, kabullenmek adına fayda sağladıklarını, yaptıklarının bir fedakarlık olduğunu gördüklerini, önce kendim demeyi öğrendiklerini, yalnız olmadıklarını gördüklerini ve hastalık hakkında bilgi sahibi olduklarını ifade etmişlerdir.

Terapide en çok hangi kısımdan yarar sağladıkları sorulduğunda, katılımcılar genel olarak fayda sağladıklarını belirtmişlerdir. Kısım belirtmeleri istendiğinde 11 katılımcı aktivite planlamasından, dokuz katılımcı aşamalı kas gevşetmeden, dokuz katılımcı bilişsel yeniden yapılandırmadan, yedi katılımcı davranış yönetiminden, bir katılımcı psikoeğitimden, bir katılımcı problem çözmeden ve bir katılımcı da sosyal destekten fayda sağladığını belirtmiştir.

Katılımcılara gereksiz buldukları bir kısım olup olmadığı sorulduğunda, bir katılımcı davranış yönetimi kısmının tekrar olduğunu belirtirken, bir katılımcı problem çözmeyi yapılandıramadığını söylemiştir. Bu ifadeleri kullanan katılımcıların haricinde diğer katılımcılar gereksiz buldukları bir kısım olmadığını ifade etmişlerdir.

Son olarak, katılımcıların terapistte önerileri sorulmuştur. Katılımcılardan biri bazı kısımlarda daha fazla açıklamanın yararlı olacağını dile getirirken, başka bir katılımcı görüşmelerin daha fazla olmasını istediğini belirtmiştir. Diğer katılımcılar ise terapistte bir önerilerinin olmadığını söylemişlerdir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu tez çalışmasının amacı demans tanısı olan bireye bakım verenler için Bilişsel Davranışçı Temelli bir müdahalenin geliştirilmesidir. Bu amacı gerçekleştirmek için 35 katılımcı müdahale ve kontrol gruplarına seçkisiz atanmışlardır. Müdahale grubundaki katılımcılara geliştirilen müdahale uygulanırken, kontrol grubundaki katılımcılardan ise yalnızca ölçüm alınmıştır. Müdahale grubundaki katılımcılardan müdahale öncesinde ve müdahale sonrasında ölçüm alınırken, kontrol grubundaki katılımcılardan ise müdahale grubu ile benzer aralıkta olmak üzere sekiz hafta ara ile iki kez ölçüm alınmıştır. Kontrol grubundaki katılımcılara ikinci ölçümden sonra bakım verme ve davranış yönetimi ile ilgili bilgi verilmiştir. Ölçümler bakım yükü, algılanan stres, psikolojik semptom, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi üzerinedir. Müdahale grubundaki katılımcıların müdahale sonrası ölçümleri ile kontrol grubundaki katılımcıların son ölçümleri kıyaslanmıştır ve ilgili hipotezler test edilmiştir. Bu çalışma bilindiği kadarıyla ulusal alanyazında demans tanısı olan bireylere bakım verenler için geliştirilmiş ilk müdahale çalışmasıdır. Hem ulusal alanyazına hem de uluslararası alanyazına katkı sunması beklenmektedir. Bu bölümde ise katılımcıların özelliklerine ve gruplar arası karşılaştırmaya dair bulgular yorumlanıp tartışılmıştır. Sonrasında çalışmanın güçlü yönleri, kısıtlılıkları ve gelecek çalışmalar için öneriler sunulmuştur.

4.1. KATILIMCILARIN ÖZELLİKLERİ

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri değerlendirildiğinde, katılımcıların %88,6'sının kadın olduğu görülmektedir. Alanyazında da demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyelerinin çoğunlukla kadın olduğuna dair tutarlı bulgular mevcuttur (ör., Xiong ve diğerleri, 2018: e022779). Benzer şekilde, toplumsal ve kültürel talepler bağlamında da kadınların bakım veren rolünü benimsedikleri ifade edilmektedir (Sharma ve diğerleri, 2016:7). Demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyelerinin sıklıkla kadın olmasına paralel olarak, bakım verenlere yönelik

müdahale çalışmalarında da daha çok kadınlar yer almaktadır (ör., Kwon ve diğerleri, 2017: 398; Yorulmaz ve Dirik, 2021). Bakım verenlerin sıklıkla kadın olmasının yanı sıra, kadın bakım verenlerin yaşamlarının bakım verme sürecinden daha olumsuz etkilendiği ifade edilmektedir (Xiong ve diğerleri, 2020: e0231848). Belki de bu olumsuz etkilenme kadın bakım verenleri yardım aramaya daha açık hale getirmektedir ve kadın bakım verenler müdahaleye ve dolayısıyla böyle çalışmalara katılım göstermeye daha istekli olabilmektedirler. Genel olarak değerlendirildiğinde de kadınlar psikolojik destek alma konusunda daha olumlu tutumlara sahiptirler (Koydemir-Özden, 2010: 44). Demans tanısı olan bireye bakım verenler açısından değerlendirildiğinde, bakım veren kadınların %83'ü, erkek bakım verenlerin ise %17'si bireysel danışmanlığa ihtiyaçları olduğunu ifade etmişlerdir (Alzheimer's Association, 2018: 32). Bu farklılıkların da bakım vermede kadınların daha fazla oluşunun da, müdahale çalışmalarında kadınların daha fazla yer almasına uygun olabileceği düşünülmektedir. Paralel olarak ulusal alanyazın incelendiğinde de Türkiye'de Alzheimer hastası olan bireye erkek bakım verenlere dair çalışmaların nadir olduğu, erkek bakım verenler giderek artmasına rağmen bu konunun ihmal edildiği ifade edilmektedir (Akpınar, Küçükgülü ve Yener, 2011: 249).

Katılımcıların büyük çoğunluğunun kadın olmasına paralel olarak, katılımcıların büyük çoğunluğu (%71.4) bakım alan demans tanısı olan bireyin kızıdır. Yapılan çalışmalarda da demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyelerinin çoğunlukla kadın eş ve kız evlat olduğuna dair sonuçlara ulaşılmıştır (Kwon ve diğerleri, 2017: 398). Bir başka çalışmada da bakım verenlerin 1/3'ünün kız evlat olduğu ifade edilmiştir (Alzheimer's Association, 2018: 32). Bu çalışmada daha fazla kız evlatların yer alması da bu bulgularla uyumludur. Ülkemizde kişiler yaşlandığında ve hastalandıklarında genellikle beklenti kız evlatlarının bakması yönündedir. Çalışmada yer alan katılımcıların çoğunlukla kız evlat olmaları bu nedenden kaynaklanmış olabilir. Kadın eş bakım verenlerin kız evlat bakım verenlere göre yaşlarının daha yüksek oluşu internet kullanımını daha sınırlı hale getirebilir. Dolayısıyla böyle çalışmalardan daha az haberdar olabilirler ve bu durum da çalışmalara katılımlarını sınırlandırıyor olabilir. Bu durum mevcut çalışmada da bakımveren olarak kadın eşlerin, kız evlat sayısından daha az sayıda yer almış olmalarına yol açmış olabilir. Oysaki eşine bakım verenler, bakım veren çocuklara

göre daha çok depresif belirti, finansal ve fiziksel yük ve düşük düzey psikolojik iyilik hali rapor etmişlerdir (Pinquart ve Sörensen, 2011: 1).

Katılımcı özellikleri açısından cinsiyet dağılımının ardından çalışmanın katılımcılarının yaşları değerlendirilmiştir. Katılımcıların yaşları 41 ile 75 arasında değişmektedir. Çalışmada bakım veren bireylerin çoğunlukla demans tanısı olan bireylerin çocukları ve eşleri olduğu göz önüne alındığında yaşların bu şekilde geniş bir aralıkta olması da kaçınılmaz görünmektedir. On iki çalışmanın dahil edildiği bir derleme çalışmasında da bakım verenlerin yaşlarının 51.6 ile 65.9 arasında değiştiği belirtilmektedir (Kwon ve diğerleri, 2017: 398). Bu çalışma kapsamında değerlendirildiğinde yaş aralığının geniş olduğu görülmektedir. Ancak, bir çalışmada demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyesi olarak torunların da yer aldığı bilgisi değerlendirildiğinde (Kwok ve diğerleri, 2014: 631) bu yaş aralığının daha da katılımcıların %60'ının alanyazın ile uyumlu olarak evli oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan bir çalışmada da demans tanısı olan bireye bakım verenlerin 2/3'ünün evli olduğu bildirilmiştir (Alzheimer's Association, 2018: 31).

Çalışma kapsamında katılımcıların %88,6'sının 7 gün 24 saat bakım verdiği bilgisine ulaşılmıştır. Demans tanısı olan kişilere bakım vermek, bakım veren aile üyeleri için pek çok farklı hizmeti sunmayı beraberinde getirmektedir (Alzheimer's Association, 2004: 3) ve dolayısıyla bakım verenler gerekli hizmetleri sağlamak için çok fazla zaman harcamaktadırlar (Schulz ve diğerleri, 2003: 1936) ve bu zaman demans ilerledikçe daha da artmaktadır (Langa ve diğerleri, 2001: 770). Bu sebeple, bu çalışma ile de paralel olarak demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyelerinin büyük bir kısmı, tam zamanlı bakım veren olduklarını belirtmişlerdir (Liu ve diğerleri, 2016: 1291). Bu çalışmada da katılımcıların büyük çoğunluğunun tüm zamanlarını bakım vermeye ayırdıkları görülmektedir. Paralel olarak katılımcıların yalnızca biri çalışmaktadır. Yapılan bir çalışmada da bakım verenlerin yarısının iş hayatlarının sonlandığı ya da çalışma saatlerinin azaldığı belirtilmiştir (Schulz ve diğerleri, 2003: 1936).

Çalışmadaki demans tanısı olan bireylerin yaşlarının 56 ile 94 arasında değiştiği sonucuna ulaşılmıştır. Demans her ne kadar yaşa bağlı olarak artsa da (Prince ve diğerleri, 2014: 8), günümüzde 65 yaşın altında başlayan demansın yani erken başlangıçlı demansın da azımsanmayacak düzeyde olduğu ifade edilmektedir

(Harvey ve diğerkleri, 2003:1206). Bu alışma kapsamında erken başlangıçlı demansa sahip bireylere bakım verenler de ele alınmıştır. Ayrıca, çalışmaya katılan bakım verenlerin bakım verdikleri demans tanısı olan bireylerin %85.7'sinin kadın olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan çalışmalarda da demanstan kadınların daha fazla etkilendiği belirtilmektedir (Alzheimer' Association, 2018: 32). Ayrıca kadınların ortalama yaşam sũresi de erkeklerden daha uzundur (Tũrkiye İstatistik Kurumu, 2020: 1). Ȗrneklemede katılımcı olarak daha çok kadınların yer alması bu nedenlerle açıklanabilir.

4.2. ANA ALIşMA

4.2.1. Mũdahaleden Sonra Bakım Yũkũndeki Değişimler

Bulgular incelendiğinde, araştırmanın sonuçları, kontrol grubuna dair hipotez haricinde olan hipotezleri desteklemektedir. Mũdahale grubundaki katılımcılar mũdahale sonrasında mũdahale Ȗncesine gȖre daha dũřũk dũzeyde bakım yũkũ bildirmişlerdir. Kontrol grubundaki katılımcıların ise son Ȗlũmleri, ilk Ȗlũmlerine gȖre daha yũksektir. Mũdahale grubu ve kontrol grubu kıyaslandığında ise mũdahale grubundaki katılımcıların bakım yũkũ dũzeylerinde mũdahale sonrasında mũdahale Ȗncesine kıyasla olan azalma, kontrol grubunun son Ȗlũmũnde ilk Ȗlũmũne kıyasla olan azalmadan daha fazladır. Dolayısıyla, mũdahalenin bakım yũkũ üzerinde olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Mevcut mũdahalenin, mũdahale grubundaki katılımcılarda bakım yũkũ anlamında olumlu etkilerinin olduğu gȖrũlmektedir. Mũdahale grubu açısından incelendiğinde, mũdahale sonrasında bakım yũkũnde azalma olmuştur. Alanyazın incelendiğinde, demans tanısı olan bireylere bakım verenlere uygulanan BDT mũdahalelerinin bakım yũkũnũ azalttığı gȖrũlmektedir (Ȗrn. Ali ve Bokharey, 2015: 249). Bakım verenlerin gũnlũk aktivitelerinin bozulmasının (Kim ve diğerkleri, 2012: 846) ve demans tanısı olan bireyin davranış problemlerinin (Brodaty ve diğerkleri, 2014: 756; Lee ve diğerkleri, 2019; van der Lee ve diğerkleri, 2014: 76) bakım yũkũ açısından belirleyici olduğu bilinmektedir. Bu alışma kapsamında da bakım verenler ile aktivite planlaması yapılması, gũnlũk aktivitelerde bozulma olmasını azaltmış

olabilir. Bakım verenler için aktivite planlanmasının yanı sıra, bakım veren ile demans tanısı olan birey için de ortak aktivite oluşturulmuştur. Ortak aktivite oluşturmanın da daha önceki çalışmalarda belirlendiği gibi (Searson ve diğerleri, 2008: 276) bakım yükü üzerinde olumlu etkileri olmuş olabilir. Ek olarak, demans tanısı olan bireylere yönelik davranış yönetimi uygulamasına yer verilmiş olmasının da bakım yükü açısından olumlu sonuç ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Müdahalede ele alınan öğelerin yararlarına ek olarak, bu müdahalenin sonucunda katılımcıların depresyon ve anksiyete düzeylerinde de azalma görülmüştür. Yapılan bir çalışmada bakım yükü ile depresyon ve anksiyetenin ilişkili olduğu belirtilirken (Liu ve diğerleri, 2016:1291), bakım veren çocuklar için yapılan bir başka çalışmada da depresyonun bakım yükü için belirleyici olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kaizik ve diğerleri, 2017: 1109). Bu anlamda değerlendirildiğinde bakım verenlerin psikolojik semptomlarında azalma sağlanmış olması da bakım yükündeki azalma ile ilişkili olabilir.

Kontrol grubunda ise bakım yükünde ilk ölçümlere oranla ikinci ölçümde bir artış görülmektedir. Demans tanısı olan bireye bakım verenlerde yüksek düzeyde bakım yükü görülmektedir (Papastavrou ve diğerleri, 2007: 446). Demans tanısı olan bireyin günlük aktivitelerinde bozulma olması ve bakım vermeye ayrılan saatin artması bakım yükünü arttırmaktadır (Kim ve diğerleri, 2012: 846). Bir başka deyişle, demans ilerledikçe bakım yükü de artmaktadır. Paralel olarak, kontrol grubunda da bakım yükünün arttığı görülmektedir. Ancak, bakım yükünün zaman içerisinde artmadığını sabit kaldığını belirleyen çalışmalar da mevcuttur (örn. Heru ve Ryan, 2006: 222). Bu çalışmalarda aile işlevinin iyi olduğu durumlarda, bakım veren bireyin destek alabildiği ve bakım verme deneyimini olumlu değerlendirdiği durumlarda bakım yükünün sabit kalabildiği belirtilmektedir. Bu çalışmadaki bireyler belki de bu anlamlarda problem yaşıyor olabilirler ve bu sebeple de bakım yükü zaman içerisinde artış göstermiş olabilir.

4.2.2. Müdahaleden Sonra Algılanan Stresteki Değişimler

Bulgular incelendiğinde, araştırmanın sonuçları kontrol grubuna dair hipotez haricinde hipotezleri desteklemektedir. Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale

sonrasında müdahale öncesine göre daha düşük düzeyde algılanan stres bildirmişlerdir. Kontrol grubundaki katılımcıların ise son ölçümleri, ilk ölçümlerine göre daha yüksektir. Müdahale grubu ve kontrol grubu kıyaslandığında ise müdahale grubundaki katılımcıların algılanan stres düzeylerinde müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla olan azalma kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazladır. Kontrol grubunda azalma yerine artış görülmüştür. Dolayısıyla, müdahalenin algılanan stres üzerinde olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Müdahalenin stres üzerinde olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Demans tanısı olan bireylere bakım verenlere yönelik BDT müdahalelerinde de BDT'nin stres üzerinde olumlu etkilerinin olduğu belirtilmektedir (Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2007: 425). Demans tanısı olan bireylerin nöropsikiyatrik semptomlarının (Svendsboe ve diğerleri, 2016: 1075) ve davranışsal belirtilerinin, bakım verenlerin günlük yaşam aktivitelerindeki bozulmanın (Gonzalez-Salvador ve diğerleri, 1999: 701) ve bakım veren ile bakım alan arasındaki iletişim eksikliğinin (Williamson ve Schulz, 1993: 747) stres ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Bu bağlamda, yapılan müdahale çalışmasında davranış yönetimi, aktivite planlaması ve iletişim ele alınmıştır. Bu faktörlerde değişim yaratmanın belki de stres düzeyi üzerinde olumlu değişim oluşturabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, müdahale kapsamında aşamalı kas gevşetmeye de yer verilmiştir ve aşamalı kas gevşetmenin de bakım verenlerin stres düzeylerinde olumlu değişimler ile ilişkilendirildiği bilinmektedir (O'Donnell, 2017).

Bakım verenlerin stres düzeylerinde yaşanabilecek bir iyileşmenin, demans tanısı olan bireye yönelik olumlu katkılarının da olabileceği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada demans tanısı olan bireye bakım verenlerin yaşadıkları kronik stresin, optimal bakım sağlamaya yönelik becerilerini azalttığı bulgusuna ulaşılmıştır (Chamine ve diğerleri, 2014: 725). Stres düzeyinin iyileşmesi ile bakım verenlerin bakım becerilerinde de iyileşmeler görülebilir. Ayrıca, bakım veren bireyin yaşadığı stres düzeyi arttıkça, demans tanısı olan birey daha sık davranışsal problem ve ajitasyon gösterebilmektedir (Dunkin ve Anderson-Hanley, 1998: S53). Stres düzeyinde bir azalma olması, bakım alan demans tanısı olan bireylerin davranışsal problemlerini de azaltabilir. Bu anlamda bir kısır döngünün olabileceği de

görülmektedir. Demans tanısı olan bireyin davranış problemlerinin azalması, bakım verenlerin stresini azaltabilir; stresin de azalması davranış problemlerini azaltabilir.

Bu çalışmada müdahalenin stres düzeyi üzerinde olumlu etkilerine dair tüm bu açıklamalara ek olarak, stres düzeyindeki azalmanın depresyon düzeyindeki azalma üzerinden de olabileceği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada, depresyon düzeylerinin bakım verenlerin stres düzeyleri için belirleyici olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Mioshi ve diğerleri, 2009:76). Belki de depresyon düzeyindeki azalma stres düzeyindeki azalmayı da beraberinde getirmiş olabilir ya da stres düzeyindeki azalma da depresyon düzeyindeki azalmayı beraberinde getirmiş olabilir (Alspaugh ve diğerleri, 1999: 34).

Müdahale almayan kontrol grubunda bir değişimin olmaması beklenirken, stres düzeyinde bir artış görülmüştür. Demans ilerledikçe demans olan bireylerin davranışsal problemlerinde artış görülebilmekte ve bu artış da stres düzeyindeki artışı beraberinde getirebilir (Gonzalez-Salvador ve diğerleri, 1999: 701). Ancak, sekiz haftalık sürenin değişim yaratma anlamında kısa bir süre olduğu düşünülmüştür bu sebeple bir farklılık beklenmemiştir ancak sekiz hafta bile olsa değişimin yaşandığı görülmüştür. Bu bulgu beklenmedik olsa da alanyazın ile uyumludur. Yapılan bir başka çalışmada da sekiz haftalık süre zarfında demans tanısı olan bireye bakım verenlerin stres düzeylerinin yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır (Simpson ve Carter, 2013: 509).

4.2.3. Müdahaleden Sonra Psikolojik Semptomdaki Değişimler

Bulgular incelendiğinde, araştırmanın sonuçları kontrol grubundaki değişimler haricindeki hipotezleri desteklemektedir. Müdahale grubundaki katılımcılar, müdahale sonrasında öncesine göre daha düşük düzeyde psikolojik semptom bildirmişlerdir. Kontrol grubundaki katılımcılarda ise son ölçümlerin, ilk ölçümlere kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Kontrol grubunda bir değişimin olmaması beklenirken, katılımcılar daha fazla psikolojik semptom rapor etmişlerdir. Müdahale grubu ve kontrol grubu kıyaslandığında da müdahale grubundaki katılımcıların psikolojik semptom düzeylerinin müdahale sonrasında kontrol grubuna kıyasla daha fazla azalma gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Hatta,

müdahale grubundaki katılımcıların psikolojik semptom düzeyleri azalırken, kontrol grubundaki katılımcıların psikolojik semptom düzeyleri yükselme göstermiştir. Dolayısıyla, müdahalenin psikolojik semptom üzerinde olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Demans tanısı olan bireye bakım verenlere uygulanmış BDT çalışmalarında da BDT'nin psikolojik sağlık üzerinde olumlu etkilerinin olduğu görülmektedir (Örn. Ali ve Bokharey, 2015: 249; Meichsner ve diğerleri, 2019: 236; Wilz ve diğerleri, 2018a: e118). Müdahale kapsamında ele alınan öğeler psikolojik belirtiler kapsamında olumlu etkiler göstermiştir. Ancak, hangi öğenin, hangi belirti üzerinde daha olumlu etkilerinin olduğuna dair görüşler alt başlıklarda tartışılmıştır. Kontrol grubunda psikolojik semptom düzeyinde bir yükselme beklenmese de yükselme olmasının demansın ilerleyen yapısından (Plassman ve diğerleri, 2007: 125) kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Demans ilerledikçe daha fazla bakım gerektiren ve bakım verenlerin daha fazla zaman harcadıkları bir durum haline gelmektedir (Langa ve diğerleri, 2001: 770). Sekiz hafta kısa bir süre olarak görülüp değişim beklenmese de bu süre zarfında bile var olmayan problemlerin ortaya çıkabileceği dolayısıyla da psikolojik semptom düzeyinde yükselmeler olabileceği görülmektedir. Psikolojik semptomlar ile ilgili detaylar aşağıdaki başlıklarda tartışılmaktadır.

4.2.4. Müdahaleden Sonra Depresyondaki Değişimler

Bulgular incelendiğinde, araştırmanın sonuçları hipotezleri desteklemektedir. Müdahale grubundaki katılımcılar, müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha düşük düzeyde depresyon bildirmişlerdir. Kontrol grubundaki katılımcılarda ise son ölçümlerinin, ilk ölçümlere kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak bu yükseliş anlamlı değildir. Dolayısıyla, kontrol grubunun ilk ölçümü ile son ölçümü arasında bir farklılık görülmemektedir. Müdahale grubu ve kontrol grubu kıyaslandığında ise müdahale grubundaki katılımcıların depresyon düzeylerinde müdahale sonrasında, müdahale öncesine kıyasla olan azalma kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazladır. Dolayısıyla, müdahalenin depresyon üzerinde olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Demans tanısı olan bireylere bakım verenlere yönelik yapılan BDT uygulamalarının, depresif belirtiler üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu gösteren bulgular mevcuttur (Gallagher-Thompson ve diğerleri, 2007: 425; Gonyea ve diğerleri, 2016: 292; Losada ve diğerleri, 2011: 1119; Marquez-Gonzalez ve diğerleri, 2007: 616; Pan ve Chen, 2019: e55; Wilz ve diğerleri, 2018a: e118). Geliştirilen bu müdahalenin de depresyon düzeyi üzerinde olumlu etkilerinin olduğu bulgulanmıştır. Depresyon düzeyinde olumlu değişimlerin olması için aktivite planlaması ve bilişsel yeniden yapılandırma, geliştirilen müdahaleye dahil edilmiştir. Yapılan bir çalışmada da bakım verenlerin boş zaman aktivitelerinde artış olmasının ve bilişsel yeniden yapılandırma uygulanıyor olmasının, bakım verenlerin depresyon düzeylerinin zaman içerisinde azalması ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Romero- Moreno ve diğerleri, 2012: 1316). Müdahalede bilişsel yeniden yapılandırma yapılıyor oluşu, bakım verenlerin düşünce yapılarında değişiklik yapmalarını sağladığı için de bakım verenlerin depresyon düzeylerinde azalma olmuş olabilir. Ayrıca, aktivite planlaması da katılımcılara bu anlamda yarar sağlayabilir. Bakım verenlerin kendilerine vakit ayıramıyorken, kendileri için yapabilecekleri aktiviteler üzerine düşünmeleri, kendileri için de aktivite oluşturmalarını sağlamıştır. Ayrıca, bakım verdikleri demans tanısı olan bireyle de bir aktivite oluşturmuş olmaları, bakım verenlere iyi gelmiş olabilir. Böylelikle aralarındaki iletişim artmış, bakım verdikleri bireyi daha iyi anlamaya çalışmış olabilirler. Bu durumlar da bakım verenlerin depresyon düzeylerini azaltabilir.

Kontrol grubundaki katılımcıların depresyon düzeylerinde bir değişiklik görülmemektedir. Demansın ilerleyici bir yapısı bulunmaktadır (Plassman ve diğerleri, 2007: 125) ve giderek daha fazla bakım istemektedir (Langa ve diğerleri, 2001: 770). Bakım vermeye ayrılan zaman arttıkça da bakım verenlerin depresyon düzeylerinin arttığı belirtilmektedir (Kishita ve diğerleri, 2020: 119). Bu kapsamda bakım verenlerin zaman ilerledikçe daha fazla bakım vermeleri gerekeceğinden depresyonlarının artmasını bekleyebiliriz ancak burada ölçüm alınan zamanlar arasında sekiz haftalık bir süre bulunması sebebiyle bu değişimlerin gözlenmemesi de beklenir bir durumdur. Bir başka çalışmada da, bu bulgu ile paralel olarak, daha uzun süreli bakım veriyor olmanın, depresyon riskini daha fazla arttırmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Capistrant ve diğerleri, 2014: 766). Diğer taraftan da bir

yakınının demans tanısı alması, bakım verenlerde daha çok depresif semptom gösterme şeklinde kendini gösterebilir. Örneğin, yapılan bir çalışmada eşinin demans tanısı alması ile bakım verenlerin depresif bozukluk yaşamaları ilişkili bulunmuştur (Chen ve diğerleri, 2020: e12082). Belki de bireyler bu tanı ile ilk karşılaştıklarında depresif semptomları arttığı için ilerleyen zamanlarda depresyon düzeylerinde çok fazla artış görülmeyebilir. Bir başka deyişle, yüksek düzeydeki depresif semptomlar uzun süre devam edebilir (Roth ve diğerleri, 2001: 427). Bu sebeple depresyonda belirgin bir artış olmayabilir zira mevcut düzey hali hazırda yüksek olabilir. Sonuç olarak, depresyon düzeyi bakım verme sürecinde yükselebilir ya da tanı alma ile yükselmiş olan depresyon düzeyi değişmeden yüksek olarak devamlılık gösterebilir. Ancak bu çalışma kapsamında değerlendirildiğinde, bir değişim gözlenmemektedir, var olan düzey devam etmiştir, belki de değişim olması için sekiz hafta kısa bir süredir.

4.2.5. Müdahaleden Sonra Anksiyetedeği Değişimler

Bulgular incelendiğinde, araştırmanın sonuçları kontrol grubuna dair olan hipotez haricindeki hipotezleri desteklenmektedir. Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha düşük düzeyde anksiyete bildirmişlerdir. Kontrol grubundaki katılımcılarda ise son ölçümlerinin ilk ölçümlere kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Müdahale grubu ve kontrol grubu kıyaslandığında ise müdahale grubundaki katılımcıların anksiyete düzeylerinde müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla olan azalma kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazladır. Ayrıca, kontrol grubunda olan değişim azalma değil, yükselme şeklinde kendini göstermiştir. Dolayısıyla, müdahalenin anksiyete üzerinde olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Geliştirilen müdahalenin demans tanısı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin anksiyete düzeylerini azaltmada etkisinin olduğu görülmektedir. Kontrol grubu açısından incelendiğinde ise anksiyete düzeylerinin yükseldiği sonucuna ulaşılmıştır. Demansın ilerleyici yapısı bakım verenlerin anksiyete düzeylerini arttırabilir. Yapılan bir çalışmada da demans tanısı olan bireyin günlük yaşam

aktivitelerinde daha fazla bozulma olduğunda bir başka deyişle demans düzeyi ilerlediğinde bakım verenlerin daha yüksek anksiyete rapor ettikleri sonucuna ulaşılmıştır (Mahoney ve diğerleri, 2005: 795). Bu çalışmada kontrol grubunun depresyon düzeyinde bir değişiklik görülmezken, anksiyete düzeyinde bir yükselme söz konusudur. Demans tanısı olan bireye bakım verenlerin anksiyete geliştirme ihtimallerinin, depresyon geliştirme ihtimallerinden daha yüksek olduğu bilinmektedir (Mahoney ve diğerleri, 2005: 795). Bu çalışmada da kontrol grubundaki katılımcıların anksiyete düzeylerinin yükselmesi bulgusu her ne kadar beklenmese de alanyazın ile uyumludur.

BDT müdahalelerinin demans tanısı olan bireye bakım verenlerin anksiyete düzeylerinde olumlu sonuçlar ortaya koyduğu yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir (Akkerman ve Ostwald, 2004: 117; Passoni ve diğerleri, 2014: 275). Geliştirilen müdahalede de bakım verenlerin anksiyetelerini yatıştırma anlamında uygulamalar mevcuttur. Örneğin, sosyal ağları olan ve sosyal aktivitede bulunanların daha düşük anksiyete rapor ettikleri bilinmektedir (Um ve Choi, 2018: 65). Ayrıca, problem çözmeye dair müdahalelerin de anksiyete düzeylerinde bir azalma sağladığı bulgusu da mevcuttur (Garand ve diğerleri, 2014: 771). Bu müdahalede aktivite planlamasına ve problem çözmeye yer verilmiştir. Ayrıca, aşamalı kas gevşetmenin de anksiyete anlamında olumlu etkilerinin olmuş olabileceği düşünülmektedir. Demans tanısı almanın bir bilinmezliği de beraberinde getirdiği belirtilmektedir (Campbell ve diğerleri, 2016: 40). Bilinmezliğin anksiyeteyi arttırabilen bir yanı da bulunmaktadır (Mitchell ve Courtney, 2004: 223). Bu müdahale kapsamında psikoeğitime yer veriliyor oluşu, bakım verenler açısından bu bilinmezliği azaltabilir. Bilinmezliğin azalması da anksiyete düzeyinde bir azalmayı sağlamış olabilir.

4.2.6. Müdahaleden Sonra Olumsuz Benlikteki Değişimler

Bulgular incelendiğinde, araştırmanın sonuçları hipotezleri desteklemektedir. Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha düşük düzeyde olumsuz benlik bildirmişlerdir. Kontrol grubundaki katılımcılarda ise son ölçümleri ile ilk ölçümlerinin birbirinden anlamlı olarak farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Müdahale grubu ve kontrol grubu

kıyaslandığında ise müdahale grubundaki katılımcıların olumsuz benlik düzeylerinde müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla olan azalma, kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazladır. Bu bulguya dayanarak, müdahalenin olumsuz benlik üzerinde olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yapılan alanyazın incelemesinde, demans tanısı olan bireylerde olumsuz benliğin değerlendirilmesine dair bir bulguya ulaşılamamıştır. Bunun; ölçeğin faktörlerinin orijinali ve Türkçe uyarlaması arasında farklılık olması sebebiyle olabileceği düşünülmektedir. Ölçeğin orijinalinde somatizasyon, obsesif-kompulsif bozukluk, kişilerarası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler ve psikotizm olmak üzere dokuz alt ölçek bulunmaktadır (Derogatis, 1992). Ölçeğin Türkçe uyarlamasında ise beş faktörlü bir yapının olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu faktörler; anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilitedir (Şahin ve Durak, 1994:51). Bu durumun da olumsuz benlik üzerine yapılan çalışmalar açısından bir sınırlılık oluşturabileceği düşünülmektedir. Olumsuz benliğin “işleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek, insanların sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak, diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusuna sahip olmak, yaptıklarınızı tekrar tekrar kontrol etmek, günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiğini düşünmek, bir başka insana hiç yakınlık duymamak, başarılarınız için yeterince takdir alamamak, kendini değersiz görmek, insanların izin vererseniz sizi sömüreceği duygusu, suçluluk duyguları ve aklınızda bir bozukluk olduğu fikri” şeklinde maddelerinin olduğu görülmektedir (Şahin ve Durak, 1994:49-50). Müdahalede ele alınan aktivite planlamasının, bilişsel yeniden yapılandırmanın ve sosyal desteğin bu maddeler üzerinde olumlu etkilerinin olmuş olabileceği düşünülmektedir. Örneğin; aktivite planlamasının, işleri bitirme konusunda engellenmiş hisseden bir bireye yararlı olabileceği tahmin edilmektedir. Bilişsel yeniden yapılandırmanın ise kişinin kendi değerine dair konularda olumlu etkilerinin olması ve bu kapsamda suçluluğun ele alınıyor oluşunun da faydasının olması beklenmektedir. Ayrıca, sosyal destek ile ilgili yapılan uygulamaların da olumsuz benlik anlamında yararının olabileceği düşünülmektedir. Ancak, bu anlamda müdahale almamış biri açısından bu

durumların sekiz haftalık süre zarfında değişim göstermemesi pek şaşırtıcı görünmemektedir.

4.2.7. Müdahaleden Sonra Somatizasyondaki Değişimler

Bulgular incelendiğinde, araştırmanın sonuçları hipotezleri desteklemektedir. Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha düşük düzeyde somatizasyon bildirmişlerdir. Kontrol grubundaki katılımcıların ise son ölçümleri ile ilk ölçümlerinin birbirinden anlamlı olarak farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Müdahale grubu ve kontrol grubu kıyaslandığında ise müdahale grubundaki katılımcıların somatizasyon düzeylerinde müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla olan azalma, kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazladır. Bu sebeple, müdahalenin somatizasyon üzerinde olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Somatizasyon fiziksel bulgularla açıklanamayan bedensel yakınma ve belirtiler olarak tanımlanmaktadır ve yaşanan sıkıntılar kendisini bedensel yakınma olarak göstermektedir (Lipowski, 1988: 1358). Bakım verme sürecinde demansın dışarıdan görünebilir belirtilerinin olması (Alzheimer Association, 2020) ve hem demans tanısı olan bireyin hem de çevresindekilerin yaşamlarında etkilerinin olması (Alzheimer's Association, 2004: 3) sebebiyle yardımın öncelikle demans tanısı olan birey için alındığı görülmektedir. Bakım verenler en başta tanı ile yüzleşip olumsuzluklar yaşasalar da (Aminzadeh ve diğerleri, 2007: 281) yaşamlarındaki olumsuzluk zaman içerisinde artış gösterebilmektedir (Kishita ve diğerleri, 2020: 119). Ancak, hasta olanın demans tanısı olan birey olduğunu düşündüklerinden ve de kendilerini onların bakımına adadıklarından, kendilerini göz ardı edebilmektedirler. Alanyazında da bakım verenler “görülmeyen ikincil hastalar” olarak isimlendirilmektedir (Brodaty ve Donkin, 2009: 217). Bakım verenler de bu süreçten olumsuz etkilenmektedirler (Pinquart ve Sörensen, 2003: 250) ancak odağın genellikle bakım alan birey üzerinde olduğu görülmektedir. Belki de bu sebeple, yaşanan sıkıntılar kendisini bedensel yakınma olarak göstermektedir. Demans tanısı olan bireylere bakım verenlere uygulanan BDT müdahalelerinin bedensel yakınma anlamında olumlu gelişmelere neden olduğu bilinmektedir (Wilz ve Soellner, 2016:

25). Bu çalışma kapsamında da demans tanısı olan bireye bakım verenler için somatizasyon anlamında olumlu sonuçlar görülmüştür. Bakım verenlere, bakım vermenin kolay olmadığına dair psikoeğitim verilmesinin ve bu sebeple problemler yaşamasının normal olduğunun vurgulanmasının da bu anlamda yararlı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, genel anlamda aktivite planlaması yapılmasının, bilişsel yeniden yapılandırmanın ve aşamalı kas gevşetmenin de somatizasyon üzerinde olumlu etkileri olabilir. Sosyal destek kapsamında da bakım verenlerin yardım istemeleri ve kendilerini doğru bir şekilde ifade etmeleri de yarar sağlayabilir. Kontrol grubu açısından ise bir değişime rastlanmamaktadır. Somatizasyona dair alanyazında sınırlı bulgular vardır. Bu sebeple somatizasyonun zaman içerisindeki değişimine dair net cevaplara ulaşmak çok olası değildir. Ancak bakım veren bireylerin somatizasyon rapor ettikleri bilinmekte (Abreu ve diğerleri, 2018: 317) ve herhangi bir müdahale ile karşılaşmadıkları için somatizasyon düzeylerinin değişmediği düşünülmektedir.

4.2.8. Müdahaleden Sonra Hostilitedeki Değişimler

Bulgular incelendiğinde, araştırmanın sonuçları hipotezleri desteklemektedir. Müdahale grubundaki katılımcılar, müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha düşük düzeyde hostilete bildirmişlerdir. Kontrol grubundaki katılımcıların ise son ve ilk ölçümlerinin birbirinden anlamlı olarak farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Müdahale grubu ve kontrol grubu kıyaslandığında ise müdahale grubundaki katılımcıların hostilete düzeylerinde müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla olan azalma, kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazladır. Bu nedenle, müdahalenin hostilete üzerinde olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Hostilite adaletsizlik duygularını ya da kötü niyet şüphesini yansıtmaktadır (Buss ve Perry, 1992: 455). Bakım verenlerin, demans tanısı olan bireyin davranışları ile ilgili şüphe duyabileceği düşünülmektedir. Örneğin; yaptıkları davranışları bilerek veya bakım vereni kızdırmak için yaptığını düşünebilirler. Bu anlamda bakım verenlere psikoeğitim verilmesi ve demans hakkında bilgi sağlanmış olması, bakım verenlerin bu anlamdaki şüphelerini yatıştırarak hostilitelerini azaltmalarını

sağlayabilir. Bakım verenlerle ilgili hostilite bağlamında bir diğer ilgili olabilecek noktanın da bakım verme ile ilgili adaletsizlik üzerine olabileceği düşünülmektedir. Bakım verenler bekledikleri sosyal desteği alamadıklarını düşünebilirler. Bu anlamda da sosyal destek kaynaklarının sorgulanması, iletişim tekniklerinin aktarılması, problem çözmenin uygulanması ve bilişsel yeniden yapılandırmanın yapılmasının yararlı olabileceği, böylelikle de bakım verme anlamındaki adaletsizlik duygularının önüne geçilebileceği düşünülmektedir. Ayrıca, demansla ilişkili daha fazla problemlili davranışla karşılaşan bakım verenlerde, hostilitenin daha yaygın olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Shaw ve diğerleri, 2003: 297). Bu anlamda da davranış yönetimi uygulamasının olumlu etkilerinin olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, öfkeye müdahale etmek amacıyla gevşeme tekniklerinin kullanıldığı çalışmalar mevcuttur (Gallagher-Thompson ve DeVries, 1994: 548). Bu sebeple, gevşeme tekniklerinin kullanılmasının da bu anlamda yararlı olabileceği tahmin edilmektedir. Kontrol grubu bağlamında ise hostilite anlamında bir değişiklik görülmemektedir. Bakım verenlerde hostilitenin yüksek olması (Anthony-Bergstone ve diğerleri, 1988: 245; 245; Razani ve diğerleri, 2007: 1417), kontrol grubunun herhangi bir müdahale almıyor olması ve iki ölçüm arasında sekiz haftalık bir zaman dilimi olması sebepleriyle hostilite düzeyinin değişmeyeceği öngörülmüştür. Demans tanısı olan bireye bakım verenlerde hostiliteye dair alanyazında çok fazla çalışmaya rastlanmıyor oluşu, bu anlamdaki tartışmayı sınırlandırmaktadır. Bakım verenlerin stres düzeylerinde yükselme olduğunda, hostilite düzeylerinde de yükselmenin görüldüğü belirtilmektedir (Shaw ve diğerleri, 2003: 299). Ancak, bu çalışma kapsamında değerlendirdiğimizde kontrol grubundaki bakım verenlerin stres düzeyinde yükseliş görülmektedir ancak bu değişiklik hostilite açısından bir değişiklik oluşturmamıştır.

4.2.9. Müdahaleden Sonra Algılanan Sosyal Destekteki Değişimler

Bulgular incelendiğinde, araştırmanın sonuçları kontrol grubu açısından hipotezleri desteklememektedir. Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre anlamlı olarak daha yüksek düzeyde algılanan sosyal destek bildirmişlerdir. Bu bulgunun aksine, kontrol grubundaki katılımcılarda

ise son ölçümleri ile ilk ölçümlerine kıyasla daha düşüktür. Yani katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyleri düşüş göstermiştir. Müdahale grubu ve kontrol grubu kıyaslandığında ise müdahale grubundaki katılımcıların algılanan sosyal destek düzeylerinde müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla olan artış kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan artıştan daha fazladır. Kontrol grubunda artış değil azalma meydana gelmiştir. Dolayısıyla, müdahalenin algılanan sosyal destek üzerinde olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sosyal destek müdahalelerinin, başka öğelerle birlikte daha etkili olduğu bilinmektedir (Dam ve diğerleri, 2016: 117), bu çalışma kapsamında da sosyal desteğe ek olarak pek çok öğe kullanılmıştır. Sosyal destek ile ilişkili olarak, katılımcıların algıladıkları destek sorgulanmış ve kaynakları arttırması için iletişim teknikleri gözden geçirilmiştir. Demans tanısı olan bireye bakım verenlerin, yardım istemekten çekindikleri ve başkalarını rahatsız etmek istemedikleri bilinmektedir (Au ve diğerleri, 2013: 1422). Bu anlamda bakım verenlerin, yardım istemeleri ve kendilerini ifade etmeleri önem taşımaktadır. Müdahale sırasında, katılımcıların suçlayıcı bir iletişim yerine, kendi hislerini ve ihtiyaçlarını destek alabilecekleri kişilere aktarmaları amaçlanmıştır. Böylece, katılımcıların destek alabilecekleri kaynaklar arttırılmaya çalışılmıştır. Eğer bu aşamada bir problem oluşursa, problem çözme basamakları ve bilişsel yeniden yapılandırma uygulanmıştır. Bir başka deyişle, ya katılımcıların var olan destek kaynakları arttırılmaya çalışılmış ya da bu anlamda bir problemleri varsa bu problem olarak ele alınmıştır. Eğer ki bu problem çözülebilir bir durumda değilse, o zaman da bilişsel yeniden yapılandırma üzerinde durulmuştur. Böylelikle müdahalenin, katılımcıların algıladıkları sosyal desteğin artmasına yardımcı olduğu düşünülmektedir. Sosyal desteğin arttırılması bakım verenler için önemliyken (Au ve diğerleri, 2009: 761), bakım becerilerini arttırdığı için bakım alan bireyler için de önem taşımaktadır (Li ve diğerleri, 2020: 600).

Kontrol grubu açısından değerlendirdiğimizde de demans bakım gerektiren ve bu bakım ihtiyacının her geçen gün arttığı bir durumdur. Bu sebeple de bireyler her geçen gün daha fazla yardıma ihtiyaç duyabilmektedirler (Langa ve diğerleri, 2001: 770). Kimi bireylerde demans yıllar içerisinde çok yavaş ilerleme gösterse de kimi bireylerde demans hızlı bir ilerleme gösterebilmektedir (Wang ve diğerleri, 2019: 1623). Bu sebeple de çalışmanın devam ettiği sekiz haftalık süre zarfında bile

katılımcıların destek kaynaklarında azalma olabilmektedir. Belki de destek kaynakları aynı kalmasına karşın, katılımcıların ihtiyaçlarının artması bu desteği az olarak algılamalarına sebep vermektedir. Bu bulgu ile paralel olarak, bakım verenler de yardım sağlayan desteğin zaman içerisinde azaldığını belirtmişlerdir (Clay ve diğerleri, 2008: 857). Süreç olarak değerlendirmenin dışında da bakım vermenin sosyal desteğe dair algıyı kötüleştirdiği ifade edilmektedir (Brummet ve diğerleri, 2006: 220). Belki de kötüleşen sosyal destek algısı bir müdahale ile karşılaşınca durum farklılaşmış olup, müdahale olmadığı durumda da kötüleşmeye devam etmiş olabilir. Ayrıca, sosyal desteğin bakım yükü (Heo, 2014: 368) ve depresyon (Cannuscio ve diğerleri, 2004: 1247; Heo, 2014: 368; Khusaifan ve El Keshky, 2017: 239) ile ilişkili olmasından dolayı bakım yükü ve/veya depresyon üzerindeki bir değişim de sosyal destek üzerinde bir etki sağlamış olabilir. Kontrol grubunda algılanan sosyal destekte azalma olmasının bir diğer nedeninin ise sevilen birinin demans sebebiyle ilerleyen kaybının (Bergman-Evans, 1994: 6) olabileceği düşünülmektedir. Bakım veren birey ile bakım alan bireyin yakınlıkları değerlendirildiğinde ki bu çalışma kapsamında bakım veren aile üyeleri incelenmiştir. Bakım verenler destek alabilecekleri bir yakını demans sebebiyle giderek kaybetmektedirler bunun da algıladıkları destek kaynaklarını kısıtlamış olabileceği düşünülmektedir.

4.2.10. Müdahaleden Sonra Aileden Algılanan Sosyal Destekteki Değişimler

Bulgular incelendiğinde, araştırmanın sonuçları hipotezleri desteklemektedir. Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha yüksek düzeyde aileden algılanan sosyal destek bildirmişlerdir. Bu bulgunun aksine, kontrol grubundaki katılımcılarda ise son ölçümleri ilk ölçümlerine kıyasla daha düşüktür. Ancak, bu düşüş anlamlı değildir. Yani kontrol grubundaki katılımcıların aileden algıladıkları sosyal destek düzeyleri farklılık göstermemektedir. Müdahale grubu ve kontrol grubu kıyaslandığında ise müdahale grubundaki katılımcıların aileden algılanan sosyal destek düzeylerinde müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla olan artış kontrol grubunun son ölçümünde ilk

ölçümüne kıyasla olan artıştan daha fazladır. Dolayısıyla, müdahalenin aileden algılanan sosyal destek üzerinde olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu çalışma kapsamında bakım verilen birey, ailenin yakın bir üyesidir. Bakım alan bireyin de aile üyesi olması sebebiyle bakım verenler aileden daha fazla destek bekliyor olabilirler. Müdahale beklenen desteğin talep edilmesi sağlanmış olabilir. Taleplerine karşılık bulan bakım verenler için sosyal destek anlamında olumlu değişimler sağlanabilir. Taleplerine olumlu karşılık bulamayan bakım verenler için de problem çözme ve bilişsel yeniden yapılandırmanın ele alınması da yine sosyal destek açısından olumlu değişimler sağlayabilir.

Kontrol grubu açısından değerlendirdiğimizde ise aileden algılanan sosyal destek düzeyinde bir değişim görülmemektedir. Bakım verilen bireyin de aile üyesi olması aileden destek sağlayacak bireyin de bir noktada demans tanısı olan birey ile aile ilişkilerinin olmasını beraberinde getirmektedir. Bu anlamda değerlendirdiğimizde, her ne kadar aileden destek sağlayan birey temel bakım veren olmasa da onun da bir yakınının demans olmuş olmasının bir diğer taraftan da bir yakınının bakım veriyor oluşunun destek açısından farklılık yaratabileceği düşünülmektedir. Şöyle ki demans tanısı olan yakınının daha fazla yardıma ihtiyacı olduğunu görüyor olması ya da bakım veren bireyin bu süreçten daha olumsuz etkilenmesini istemiyor oluşu ihtiyaç duyulan desteğe paralel olarak destek kaynaklarını arttırmasını sağlıyor olabilir. Bu sebeple de aileden algılanan destek süreç içerisinde sabit kalmış olabilir. Ayrıca, bakım vermeyen diğer aile üyeleri açısından da sevilen birinin demans sebebiyle ilerleyen kaybı demans tanısı olan bireyden alacakları sosyal desteği azaltabilir, bu azalmanın diğer aile üyeleri ile örneğin bakım veren ile telafi ediliyor olabileceği düşünülmektedir.

4.2.11. Müdahaleden Sonra Arkadaştan Algılanan Sosyal Destekteki Değişimler

Bulgular incelendiğinde, araştırmanın sonuçları müdahale grubuna ve kontrol grubuna dair hipotezler açısından desteklenmemektedir. Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha yüksek düzeyde arkadaştan algılanan sosyal destek bildirirse de bu farklılık anlamlı değildir. Bu

bulgunun aksine, kontrol grubundaki katılımcılarda ise son ölçümleri ilk ölçümlerine kıyasla daha düşüktür. Yani kontrol grubundaki katılımcıların arkadaştan algıladıkları sosyal destek düzeyleri düşüş göstermiştir. Müdahale grubu ve kontrol grubu kıyaslandığında ise müdahale grubundaki katılımcıların arkadaştan algılanan sosyal destek düzeylerinde müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla olan artış kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan artıştan daha fazladır. Müdahale grubunda bir değişiklik olmamakla beraber, kontrol grubunda artıştan ziyade azalma meydana gelmiştir. Dolayısıyla, müdahalenin arkadaştan algılanan sosyal destek üzerinde olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bu sonuçlar değerlendirildiğinde, müdahalenin, müdahale grubundaki katılımcılar için arkadaştan algılanan sosyal destek düzeylerinde bir artış ile sonuçlanmadığı görülmektedir. Ancak, kontrol grubu açısından incelendiğinde kontrol grubundaki katılımcıların arkadaştan algılanan sosyal destek düzeylerinin azaldığı görülmektedir. Aslında zaman içerisinde demans tanısı olan bireye bakım verenlerin, arkadaştan algılanan sosyal destek düzeylerinin düştüğü ancak müdahale ile bu düşüşün yaşanmadığı görülmektedir. Müdahale bir yükseliş sağlamasa da, katılımcıları bir düşüşten korumaktadır. Demans tanısı olan bireylere bakım vermek günden güne bireylerin hayatında daha fazla zaman almaktadır (Langa ve diğerleri, 2001: 770). Bakıma daha fazla zaman ayırmaları katılımcıların sosyal hayatlarını kısıtlamaktadır ve arkadaşları ile sosyalleşmeleri azalmaktadır (Bergman-Evans, 1994: 6). Böyle olunca da katılımcıların arkadaşlarından algıladıkları sosyal destek düzeyleri düşebilmektedir. Müdahaleye katılan katılımcıların sosyal destek kaynaklarının sorgulanmış olup, kendilerine destek olacak ilişkileri sürdürmeleri desteklenmektedir. Katılımcılara arkadaşlarından algıladıkları destek ile ilgili bilişsel yeniden yapılandırma uygulanmış ve sosyal ilişkilerini devam ettirmeleri yönünde teşvik edilmişlerdir. Belki de böylelikle sosyal hayata daha az zaman ayıran demans tanısı olan bireye bakım verenlerin destekleri azalacakken azalmayıp aynı düzeyde kalabilmiştir. Ancak, kontrol grubunda azalma meydana gelmiştir.

4.2.12. Müdahaleden Sonra Özel Bir İnsandan Algılanan Sosyal Destekteki Değişimler

Bulgular incelendiğinde, araştırmanın sonuçları hipotezleri desteklemektedir. Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha yüksek düzeyde özel bir insandan algılanan sosyal destek bildirmişlerdir. Bu bulgunun aksine, kontrol grubundaki katılımcıların ise son ölçümleri ile ilk ölçümleri arasında bir farklılık bulunmamaktadır. Müdahale grubu ve kontrol grubu kıyaslandığında ise müdahale grubundaki katılımcıların özel bir insandan algılanan sosyal destek düzeylerinde müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla olan artış kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan artıştan daha fazladır. Dolayısıyla, müdahalenin özel bir insandan algılanan sosyal destek üzerinde olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Müdahale grubundaki katılımcıların özel bir insandan algılanan sosyal destek düzeylerinde artış görülürken, kontrol grubunda ise özel bir insandan algılanan sosyal destek düzeylerinde bir farklılık görülmemektedir. Demans ilerledikçe bakım verenlerin sosyal içe çekilme yaşadıkları ve daha fazla profesyonel desteğe ihtiyaçları olduğu belirtilmektedir (Nordtug ve diğerleri, 2013: 93). Müdahale grubundaki katılımcılar bu müdahaleye dahil olarak profesyonel bir destek almışlardır. Demans ve bakım verme hakkında bilgi almışlardır ki bakım verenlerin bu süreçteki ihtiyaçlarından biri bilgilendirilmedir (Peeters ve diğerleri, 2010: 1). Ayrıca, bakım verenler dernek ile ilgili bilgilendirilmişlerdir ve derneğin aktivitelerine katılım konusunda desteklenmişlerdir bu anlamda da bir destek sağlamış olabilirler. Bir başka özel bir insandan algılanan sosyal destek sağlayıcısı komşulardır (Eker ve diğerleri, 2001: 17-25). Bakım verenlere yapılan bilgilendirmede demansın bir belirtisinin de kaybolma (Savva ve diğerleri, 2009: 212) olduğu hakkında bilgi verilmiş olup, bu anlamda komşulara bilgi verilmesinin kendilerine yarar sağlayabileceği vurgulanmıştır. Müdahale grubundaki katılımcılardan komşularına böyle bir açıklamada bulunanların ya da genel anlamda destek kaynaklarını arttırmaya çalışanların da bu anlamda fayda sağlamış olabilecekleri düşünülmektedir.

4.2.13. Müdahaleden Sonra Yaşam Kalitesi-Bedensel Alandaki Değişimler

Bulgular incelendiğinde, araştırmanın sonuçları kontrol grubu açısından hipotezleri desteklememektedir. Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha yüksek düzeyde bedensel alan bildirmişlerdir. Bu bulgunun aksine, kontrol grubundaki katılımcıların son ölçümleri ilk ölçümlerine kıyasla daha düşüktür. Yani kontrol katılımcılarının bedensel alan düzeyleri düşüş göstermiştir. Müdahale grubu ve kontrol grubu kıyaslandığında ise müdahale grubundaki katılımcıların bedensel alan düzeylerinde müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla olan artış kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan artıştan daha fazladır. Kontrol grubunda artış değil azalma meydana gelmiştir. Dolayısıyla, müdahalenin bedensel alan üzerinde olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ölçeğin bedensel alanı; ağrıya, tıbbi tedavi ihtiyacına, günlük hayatı sürdürebilme ile ilgili bedensel güce, hareketliliğe, uyku memnuniyetine ve iş gücüne dair soruları içermektedir (Eser ve diğerleri, 1999: 27). Kontrol grubu açısından değerlendirdiğimizde, demansın ilerleyici (Plassman ve diğerleri, 2007: 125) ve bakım verenlerin hayatlarını etkileyici yapısı düşünüldüğünde (Altuntaş ve Koç, 2015: 35) bedensel alanda bir düşüş yaşamaları olası görünmektedir. Bakım verenlerin enerjilerinin büyük kısmını bakım vermeye ayırıyor oluşları günlük hayat ve iş gücü ile ilgili enerjilerini kısıtlayabilmektedir (Liu ve diğerleri, 2016: 1291). Bir diğer yandan bakım verdikleri demans tanısı olan bireye banyo yaptırmak, giydirmek ve tuvalete götürmek gibi çok çeşitli hizmet sunuyor olmaları (Alzheimer's Association, 2004: 3) bedensel sakatlanmaları, ağrıyı ve tıbbi tedavi ihtiyacını da beraberinde getiriyor olabilir. Uyku memnuniyeti açısından değerlendirdiğimizde de demans tanısı olan bireylerde uyku problemi de görülebilmektedir (Cerejeira ve diğerleri, 2012: 73). Bakım verilen bireyin uykusunun problemlili olması bakım veren bireyin de uykusunu bozabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, bakım verilen bireyin kaybolma ihtimali (Savva ve diğerleri, 2009: 212) ya da tehlikeli bir davranışta bulunabilecek olması ihtimali (Cerejeira ve diğerleri, 2012: 73) de bakım verenlerin uyku düzenlerini

bozabilmektedir. Tüm bunların kontrol grubundaki yaşam kalitesi bedensel alandaki düşüş ile ilişkili olabileceği tahmin edilmektedir. Müdahale grubu açısından değerlendirdiğimizde ise, bakım verenlerin ihtiyaçları olduğunda yardım istemelerinin sağlanması, demansın yapısı hakkında bilgi sahibi olmaları ve davranış yönetimi anlamında yapabileceklerini yapmalarının da bedensel alan anlamında bir kazanım sağlamalarına yol açmış olabileceği düşünülmektedir.

4.2.14. Müdahaleden Sonra Yaşam Kalitesi-Ruhsal Alandaki Değişimler

Bulgular incelendiğinde, araştırmanın sonuçları kontrol grubuna dair hipotez haricinde hipotezleri desteklemektedir. Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha yüksek düzeyde ruhsal alan bildirmişlerdir. Bu bulgunun aksine, kontrol grubundaki katılımcıların son ölçümleri ilk ölçümlerine kıyasla daha düşüktür. Yani katılımcıların ruhsal alan düzeyleri düşüş göstermiştir. Müdahale grubu ve kontrol grubu kıyaslandığında ise müdahale grubundaki katılımcıların ruhsal alan düzeylerinde müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla olan artış kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan artıştan daha fazladır. Kontrol grubunda artış değil azalma meydana gelmiştir. Dolayısıyla, müdahalenin ruhsal alan üzerinde olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Ruhsal alan yaşamaktan keyif almak, yaşamın anlamlılığı, dikkati toplamak, bedensel görünüşü kabul etmek, kendinden hoşnut olmak ve hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılmak üzerinedir (Eser ve diğerleri, 1999: 27). Müdahale grubu kapsamında düşünüldüğünde, katılımcılara yapılan pek çok uygulama yaşamaktan aldıkları keyfi arttırabilir. Örneğin; aktivite planlaması yapılmasının bile bu anlamda olumlu etkilerinin olabileceği düşünülmektedir. Bakım verenlere bakım vermenin zorlukları ve bakım verenler üzerindeki etkileri hakkında bilgi verilmektedir. Pek çok bakım verenin bu anlamda bedensel görünüşü günlük hayatın koşuşturmacasından ve hayatları bakım verme ile geçtiğinden eskisine kıyasla bozulabilmektedir. Bu noktada bakım vermenin, bakım verdikleri demans tanısı olan birey için ne kadar önemli olduğunun vurgusunun yapılması da yarar sağlıyor olabilir. Bir başka deyişle, bakım verenler kendi hayatlarından birtakım fedakarlıklar yapmaktadırlar ve bu fedakarlıklar demans tanısı olan birey açısından

karşılık bulmaktadır. Son olarak, hüznün, ümitsizlik, bunalım, çökkünlük gibi belirtiler depresyonu anımsatmaktadır (Şahin ve Durak, 1994: 51) ve depresyonun azalması için bu müdahale kapsamında aktivite planlaması, bilişsel yeniden yapılandırma gibi pek çok öğeye yer verilmiştir (Romero- Moreno ve diğerleri, 2012: 1316) ve katılımcılar bu anlamda da fayda sağlamışlardır. Bu açıdan sağlanan faydanın da yaşam kalitesinin ruhsal alan boyutu ile örtüştüğü düşünülmektedir. Kontrol grubu açısından değerlendirildiğinde ise bakım vermenin bakım verenlerin fazlasıyla zamanını alması (Langa ve diğerleri, 2001: 770) ve sevdikleri birinin aşamalı kaybı gibi (Bergman-Evans, 1994: 6) durumlar hem yaşamaktan aldıkları keyfi hem de yaşadıkları olumsuz duyguları arttırabilir. Demansın zorlayıcı yapısı hakkında çok fazla bilgi sahibi olmamaları ya da başkaları tarafından abarttıklarının düşünülmesi de durumu kendilerine atfetmelerine yol açabilir. Bu durumun da kendilerinden memnun olmamalarına yol açabileceği düşünülmektedir.

4.2.15. Müdahaleden Sonra Yaşam Kalitesi-Sosyal Alandaki Değişimler

Bulgular incelendiğinde, araştırmanın sonuçları hipotezleri desteklemektedir. Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha yüksek düzeyde sosyal alan bildirmişlerdir. Bu bulgunun aksine, kontrol grubundaki katılımcıların son ölçümleri ilk ölçümlerine kıyasla daha düşüktür. Ancak, bu düşüş anlamlı değildir. Bir başka deyişle, kontrol grubundaki katılımcıların ilk ölçümleri ile son ölçümleri birbirinden farklı değildir. Müdahale grubu ve kontrol grubu kıyaslandığında ise müdahale grubundaki katılımcıların sosyal alan düzeylerinde müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla olan artış kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan artıştan daha fazladır. Dolayısıyla, müdahalenin yaşam kalitesinin sosyal alanı üzerinde olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Sosyal alanın diğer kişilerle olan ilişkiler, cinsel yaşam ve arkadaş desteği ile ilgili hoşnutluğu ölçtüğü görülmektedir (Eser ve diğerleri, 1999: 27). Diğer kişilerle ilişkiler bağlamında değerlendirdiğimizde bakım vermenin uzun saatler alması bakım verenlerin sosyalleşme imkânlarını kısıtlamaktadır. Bir yakınlarının demans olması da, demanstaki önce var olan destek kaynaklarını azaltabilmektedir (Bergman-Evans,

1994: 6). Ayrıca, bakım vermek bakım verenlerin sosyal destek ile ilgili bakış açılarını da değiştirebilmektedir (Brummet ve diğerleri, 2006: 220). Bu açılardan değerlendirildiğinde kontrol grubundaki yaşam kalitesinin sosyal alanında düşüş göstermesi muhtemel görünmektedir. Ancak, kontrol grubunda bir düşüş görülmemektedir. Bunun bir nedeni, bakım verenin sosyal çevresinin de demansa paralel bir şekilde desteğini artırıyor olması olabilir. Müdahale grubu açısından incelendiğinde, bakım verenlerin destek kaynaklarının artırılmaya çalışılması, iletişim tekniklerinin ele alınması ve aktivite planlamasının yapılması bakım verenlere fayda sağlamış olabilir. Bunlara ek olarak bilişsel yeniden yapılandırma yapılması bakım vermenin sosyal destek üzerindeki etkilerine dair değişiklik yapabilir. Bakım verenler ilişkilerini bilişsel yeniden yapılandırma ile gözden geçirebilirler ve bu anlamdaki memnuniyetleri de artış gösterebilir.

4.2.16. Müdahaleden Sonra Yaşam Kalitesi-Çevresel Alandaki Değişimler

Bulgular incelendiğinde, araştırmanın sonuçları belirlenen hipotezleri desteklemektedir. Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha yüksek düzeyde çevresel alan bildirmişlerdir. Bu bulgunun aksine, kontrol grubundaki katılımcıların son ölçümleri ilk ölçümlerine kıyasla daha düşüktür. Ancak, bu düşüş anlamlı değildir. Bir başka deyişle, kontrol grubundaki katılımcıların ilk ölçümleri ile son ölçümleri birbirinden farklı değildir. Müdahale grubu ve kontrol grubu kıyaslandığında ise müdahale grubundaki katılımcıların çevresel alan düzeylerinde müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla olan artış kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan artıştan daha fazladır. Dolayısıyla, müdahalenin yaşam kalitesinin çevresel alan boyutu üzerinde olumlu etkilerinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çevresel alan kendilerini güvende hissetmeleri, fiziksel çevrelerini sağlıklı görmeleri, maddi gücü, bilgiye ulaşımı, boş zamanı değerlendirme fırsatları, yaşanılan evin koşulları, sağlık hizmetlerine ulaşma koşulları, ulaşım olanakları ve yaşamlarındaki kişilerin onlara baskı yapmaları ile ilgilidir (Eser ve diğerleri, 1999: 27). Müdahalede katılımcılara psikoeğitim kapsamında bilgi verilmiştir. Katılımcılar

bu sayede ilgili bilgiye nasıl daha doğru ulaşabilecekleri görmüş veya dernek ile iletişime geçmiş olabilirler. Ya da sağlık hizmetlerine ulaşma anlamında daha fazla bilgi sahibi olmuş olabilirler. Çevresel alanda müdahalenin farklılık yaratabileceği bir diğer nokta boş zamanları değerlendirme fırsatlarıdır. Müdahale kapsamında ise aktivite planlaması ele alınmıştır. Katılımcılara aktiviteler oluşturulmuş ve bu aktivitelerin önündeki engeller ele alınmıştır. Bu anlamda boş zamanlarını değerlendirmeye dair fırsatlarının artmış olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca, iletişim tekniklerinin müdahalede ele alınıyor oluşu da bakım verenlerin yaşamlarında baskı varsa doğru iletişimi kurmaları ile sonuçlanmış olabilir. Ancak, kontrol grubu açısından düşünüldüğünde bakım verenlerin çevresel alan anlamında sıkıntı yaşayabilecekleri görülmektedir (Srivastava ve diğerleri, 2016: 133). Kontrol grubunun herhangi bir müdahale ile karşı karşıya gelmemiş olmasından ötürü bu anlamda bir değişim olmaması da beklenebilir. Bakım verenler ulaşım, sağlık imkanları, maddi güçleri, yaşanılan evin koşulları, yaşamlarında deneyimledikleri baskılar ve boş zamanı değerlendirme fırsatları anlamlarında sıkıntı yaşıyorlarsa da bu anlamda bir müdahale ile karşı karşıya gelmemeleri hali hazırda var olan bu sıkıntılarını devam ettirebilmektedir.

4.3. KATILIMCI GERİ BİLDİRİMLERİ

Müdahaleye dair değerlendirmeler dikkate alındığında, müdahaleyi kısa bulan katılımcıların olduğu görülmüştür. Ancak, seans sayısı bir metaanaliz çalışmasındaki sekiz ve sekizden az seansın sekizden fazla seans ile depresyon ve stresi azaltmada bir farklılığının olmadığı sonucundan (Hopkinson ve diğerleri, 2018: e343) yola çıkarak yapılandırılmıştır. Buna ek olarak, bir diğer eleştiri de davranış yönetimi bölümüne yöneliktir. Bu bölüme dair sadece bir katılımcı kendisi için bu aşamanın tekrar gibi geldiğini belirtirken, yedi katılımcı ise davranış yönetimi bölümünden fayda sağladığını ifade etmiştir. Bu yönergedeki öğeler genele yönelik olmasına rağmen öğelerin içerikleri bireyselleştirilebilmektedir. Örneğin; davranış yönetiminde bakım verenin bakım verdiği demans tanısı olan bireyin problemlerine yönelik olarak bu aşama şekillenebilmektedir ancak öğeler temelde bakım verenlerin genel ihtiyaçlarına yönelik hazırlanmıştır. Nitekim, gereksiz bulan katılımcıdan fazla

sayıda fayda sağlayan katılımcı vardır. Benzer şekilde, bir katılımcı da problem çözmeyi yapılandıramadığını ifade ederken, bir katılımcı da fayda sağladığını dile getirmiştir. Bir başka katılımcı ise bazı kısımlarda daha fazla açıklama yapmanın daha yararlı olacağını belirtmiştir. Ancak katılımcılara istediği zaman soru sorabileceği vurgusu yapılmış ve herhangi bir bilgi aktarıldıktan sonra ve seansların sonunda bir sorularının olup olmadığı sorulmuştur.

4.4. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ

Müdahale grubuna dair hipotezler katılımcıların müdahale öncesi ve müdahale sonrası ölçümleri karşılaştırıldığında katılımcıların daha düşük düzey bakım yükü, algılanan stres, psikolojik semptom, depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite, daha yüksek düzey algılanan sosyal destek, aileden algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi rapor etmeleri beklenmektedir. Ayrıca, katılımcıların aldıkları faydanın yüksek olması beklenmektedir.

Bakım yükü: Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha düşük düzeyde bakım yükü bildirmişlerdir. Bakım yüküne dair hipotez desteklenmektedir.

Algılanan stres: Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha düşük düzeyde algılanan stres bildirmişlerdir. Algılanan strese dair hipotez desteklenmektedir.

Psikolojik semptom: Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha düşük düzeyde psikolojik semptom bildirmişlerdir. Psikolojik semptoma dair hipotez desteklenmektedir.

Depresyon: Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha düşük düzeyde depresyon bildirmişlerdir. Depresyona dair hipotez desteklenmektedir.

Anksiyete: Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha düşük düzeyde anksiyete bildirmişlerdir. Anksiyeteye dair hipotez desteklenmektedir.

Olumsuz benlik: Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha düşük düzeyde olumsuz benlik bildirmişlerdir. Olumsuz benliğe dair hipotez desteklenmektedir.

Somatizasyon: Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha düşük düzeyde somatizasyon bildirmişlerdir. Somatizasyona dair hipotez desteklenmektedir.

Hostilite: Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha düşük düzeyde hostilite bildirmişlerdir. Hostiliteye dair hipotez desteklenmektedir.

Algılanan sosyal destek: Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre anlamlı olarak daha yüksek düzeyde algılanan sosyal destek bildirmişlerdir. Algılanan sosyal desteğe dair hipotez desteklenmektedir.

Aileden algılanan sosyal destek: Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha yüksek düzeyde aileden algılanan sosyal destek bildirmişlerdir. Aileden algılanan sosyal desteğe dair hipotez desteklenmektedir.

Arkadaştan algılanan sosyal destek: Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha yüksek düzeyde aileden algılanan sosyal destek bildirirse de bu farklılık anlamlı değildir. Arkadaştan algılanan sosyal desteğe dair hipotez desteklenmemektedir.

Özel bir insandan algılanan sosyal destek: Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha yüksek düzeyde özel bir insandan algılanan sosyal destek bildirmişlerdir. Özel bir insandan algılanan sosyal desteğe dair hipotez desteklenmektedir.

Yaşam kalitesi-bedensel alan: Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha yüksek düzeyde bedensel alan bildirmişlerdir. Yaşam kalitesi-bedensel alana dair hipotez desteklenmektedir.

Yaşam kalitesi-ruhsal alan: Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha yüksek düzeyde ruhsal alan bildirmişlerdir. Yaşam kalitesi-ruhsal alana dair hipotez desteklenmektedir.

Yaşam kalitesi-sosyal alan: Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha yüksek düzeyde sosyal alan bildirmişlerdir. Yaşam kalitesi-sosyal alana dair hipotez desteklenmektedir.

Yaşam kalitesi-çevresel alan: Müdahale grubundaki katılımcılar müdahale sonrasında müdahale öncesine göre daha yüksek düzeyde çevresel alan bildirmişlerdir. Yaşam kalitesi-çevresel alana dair hipotez desteklenmektedir.

Müdahale grubu kapsamında sadece arkadaştan algılanan sosyal desteğe dair hipotezin desteklenmediği görülmektedir. Diğer hipotezler desteklenmektedir.

Kontrol grubuna dair hipotezler: ilk ölçüm ve son ölçüm karşılaştırıldığında; bakım yükü, algılanan stres, psikolojik semptom, depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite, algılanan sosyal destek, aileden algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi düzeylerinde bir değişimin olmaması beklenmektedir.

Bakım yükü: Kontrol grubundaki katılımcıların son ölçümleri ilk ölçümlerine göre daha yüksektir. Bakım yüküne dair hipotez desteklenmemektedir.

Algılanan stres: Kontrol grubundaki katılımcıların ise son ölçümleri ilk ölçümlerine göre daha yüksektir. Algılanan strese dair hipotez desteklenmemektedir.

Psikolojik semptom: Kontrol grubundaki katılımcılarda ise son ölçümlerinin ilk ölçümlere kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Psikolojik semptomla dair hipotez desteklenmemektedir.

Depresyon: Kontrol grubundaki katılımcıların son ölçümleri ile ilk ölçümleri farklılık göstermemektedir. Depresyona dair hipotez desteklenmektedir.

Anksiyete: Kontrol grubundaki katılımcılarda ise son ölçümlerinin ilk ölçümlere kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir. Anksiyeteye dair hipotez desteklenmemektedir.

Olumsuz benlik: Kontrol grubundaki katılımcılarda ise son ölçümleri ile ilk ölçümlerinin birbirinden anlamlı olarak farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Olumsuz benliğe dair hipotez desteklenmektedir.

Somatizasyon: Kontrol grubundaki katılımcılarda ise son ölçümleri ile ilk ölçümlerinin birbirinden anlamlı olarak farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Somatizasyona dair hipotez desteklenmektedir.

Hostilite: Kontrol grubundaki katılımcılarda ise son ölçümleri ile ilk ölçümlerinin birbirinden anlamlı olarak farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Hostiliteye dair hipotez desteklenmektedir.

Algılanan sosyal destek: Kontrol grubundaki katılımcılarda ise son ölçümleri ile ilk ölçümlerine kıyasla daha düşüktür. Algılanan sosyal desteğe dair hipotez desteklenmemektedir.

Aileden algılanan sosyal destek: Kontrol grubundaki katılımcıların son ölçümleri ile ilk ölçümleri birbirinden farklılık göstermemektedir. Aileden algılanan sosyal desteğe dair hipotez desteklenmektedir.

Arkadaştan algılanan sosyal destek: Kontrol grubundaki katılımcılarda ise son ölçümleri ilk ölçümlerine kıyasla daha düşüktür. Arkadaştan algılanan sosyal desteğe dair hipotez desteklenmemektedir.

Özel bir insandan algılanan sosyal destek: Kontrol grubundaki katılımcıların ise son ölçümleri ile ilk ölçümleri arasında bir farklılık bulunmamaktadır. Özel bir insandan algılanan sosyal desteğe dair hipotez desteklenmektedir.

Yaşam kalitesi-bedensel alan: Kontrol grubundaki katılımcıların son ölçümleri ilk ölçümlerine kıyasla daha düşüktür. Yaşam kalitesi-bedensel alana dair hipotez desteklenmemektedir.

Yaşam kalitesi-ruhsal alan: Kontrol grubundaki katılımcıların son ölçümleri ilk ölçümlerine kıyasla daha düşüktür. Yaşam kalitesi-ruhsal alana dair hipotez desteklenmemektedir.

Yaşam kalitesi-sosyal alan: Kontrol grubundaki katılımcıların son ölçümleri ile ilk ölçümleri birbirinden farklılık göstermemektedir. Yaşam kalitesi-sosyal alana dair hipotez desteklenmektedir.

Yaşam kalitesi-çevresel alan: Kontrol grubundaki katılımcıların son ölçümleri ile ilk ölçümleri farklılık göstermemektedir. Yaşam kalitesi-çevresel alana dair hipotez desteklenmektedir.

Depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite, aileden algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi-sosyal alan ve yaşam kalitesi-çevresel alan açısından hipotezler desteklenirken, diğer hipotezler desteklenmemektedir.

Ayrıca, müdahale grubunun müdahale sonrası ölçümü ile kontrol grubunun son ölçümü karşılaştırıldığında,

1. Müdahale grubunda müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla bakım yükü düzeyinde olan azalmanın kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazla olması beklenmektedir. Hipotez desteklenmektedir.

2. Müdahale grubunda müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla algılanan stres düzeyinde olan azalmanın kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazla olması beklenmektedir. Hipotez desteklenmektedir.

3. Müdahale grubunda müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla psikolojik semptom düzeyinde olan azalmanın kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazla olması beklenmektedir. Hipotez desteklenmektedir.

3.1. Müdahale grubunda müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla depresyon düzeyinde olan azalmanın kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazla olması beklenmektedir. Hipotez desteklenmektedir.

3.2. Müdahale grubunda müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla anksiyete düzeyinde olan azalmanın kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazla olması beklenmektedir. Hipotez desteklenmektedir.

3.3. Müdahale grubunda müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla olumsuz benlik düzeyinde olan azalmanın kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazla olması beklenmektedir. Hipotez desteklenmektedir.

3.4. Müdahale grubunda müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla somatizasyon düzeyinde olan azalmanın kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazla olması beklenmektedir. Hipotez desteklenmektedir.

3.5. Müdahale grubunda müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla hostilite düzeyinde olan azalmanın kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan azalmadan daha fazla olması beklenmektedir. Hipotez desteklenmektedir.

4. Müdahale grubunda müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla algılanan sosyal destek düzeyinde olan artışın kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan artışından daha fazla olması beklenmektedir. Hipotez desteklenmektedir.
- 4.1. Müdahale grubunda müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla aileden algılanan sosyal destek düzeyinde olan artışın kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan artışından daha fazla olması beklenmektedir. Hipotez desteklenmektedir.
- 4.2. Müdahale grubunda müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla arkadaştan algılanan sosyal destek düzeyinde olan artışın kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan artışından daha fazla olması beklenmektedir. Hipotez desteklenmektedir.
- 4.3. Müdahale grubunda müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla özel bir insandan algılanan sosyal destek düzeyinde olan artışın kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan artışından daha fazla olması beklenmektedir. Hipotez desteklenmektedir.
5. Müdahale grubunda müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla yaşam kalitesi-bedensel alan düzeyinde olan artışın kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan artışından daha fazla olması beklenmektedir. Hipotez desteklenmektedir.
6. Müdahale grubunda müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla yaşam kalitesi-ruhsal alan düzeyinde olan artışın kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan artışından daha fazla olması beklenmektedir. Hipotez desteklenmektedir.
7. Müdahale grubunda müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla yaşam kalitesi-sosyal alan düzeyinde olan artışın kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan artışından daha fazla olması beklenmektedir. Hipotez desteklenmektedir.
8. Müdahale grubunda müdahale sonrasında müdahale öncesine kıyasla yaşam kalitesi-çevresel alan düzeyinde olan artışın kontrol grubunun son ölçümünde ilk ölçümüne kıyasla olan artışından daha fazla olması beklenmektedir. Hipotez desteklenmektedir.

Müdahale grubunun müdahale sonrası ölçümü ile kontrol grubunun son ölçümünün karşılaştırılmasına dair hipotezlerin hepsi desteklenmektedir.

Araştırmanın müdahale grubuna, kontrol grubuna ve her iki grubun karşılaştırmalarına dair hipotezlerinin desteklenip desteklenmediğine dair sonuçlar Tablo 32’de gösterilmektedir.

Tablo 32: Hipotez Sonuçlarına Dair Özet

Hipotezler	Müdahale	Kontrol	Müdahale X Kontrol
Bakım Yüğü	Desteklenmektedir	Desteklenmemektedir	Desteklenmektedir
Algılanan Stres	Desteklenmektedir	Desteklenmemektedir	Desteklenmektedir
Psikolojik Semptom	Desteklenmektedir	Desteklenmemektedir	Desteklenmektedir
Depresyon	Desteklenmektedir	Desteklenmektedir	Desteklenmektedir
Anksiyete	Desteklenmektedir	Desteklenmemektedir	Desteklenmektedir
Olumsuz Benlik	Desteklenmektedir	Desteklenmektedir	Desteklenmektedir
Somatizasyon	Desteklenmektedir	Desteklenmektedir	Desteklenmektedir
Hostilite	Desteklenmektedir	Desteklenmektedir	Desteklenmektedir
Algılanan Sosyal Destek	Desteklenmektedir	Desteklenmemektedir	Desteklenmektedir
Aileden Algılanan Sosyal Destek	Desteklenmektedir	Desteklenmektedir	Desteklenmektedir
Arkadaştan Algılanan Sosyal Destek	Desteklenmemektedir	Desteklenmemektedir	Desteklenmektedir
Özel Bir İnsandan Algılanan Sosyal Destek	Desteklenmektedir	Desteklenmektedir	Desteklenmektedir
Bedensel Alan	Desteklenmektedir	Desteklenmemektedir	Desteklenmektedir
Ruhsal Alan	Desteklenmektedir	Desteklenmemektedir	Desteklenmektedir
Sosyal Alan	Desteklenmektedir	Desteklenmektedir	Desteklenmektedir
Çevresel Alan	Desteklenmektedir	Desteklenmektedir	Desteklenmektedir

4.5. ÇALIŞMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmaya başlamadan önce katılımcı sayısını belirlemek için güç analizi gerçekleştirilmiştir. Güç analizi sonucuna göre çalışma için 24 katılımcı yeterli bulunmasına rağmen çalışma 35 katılımcı ile tamamlanmıştır. Çalışmanın daha fazla

katılımcı ile tamamlanmak istenmesine rağmen 35 katılımcı ile tamamlanmak zorunda kalınmıştır. Güç analizinde belirlenen sayının üzerinde katılımcı sayısına ulaşılmış olsa da katılımcı sayısının bu çalışmanın zayıf yönünü oluşturduğu düşünülmektedir. Çalışmanın 35 katılımcı ile sonlandırılma sebebi ise Dünya’da COVID-19’un yaygınlaşması ve pandemi ilan edilmesidir. Katılımcıların evlerine gidilmesi ve evlerde bakım verenlerin genellikle belirli bir yaşın üzerindeki demans tanısı olan birey ile yaşamaları sebebiyle çalışmaya devam edilmesinin katılımcılar için risk oluşturabileceği düşünülmüş ve çalışma yarıda kesilmek zorunda kalınmıştır. Sonrasında katılımcıların tamamının yaşadığı İzmir ilinde büyük bir deprem meydana gelmiştir (30 Ekim 2020). Bu sebeple çalışmaya devam edilemediği gibi yaşanan bu olayların çalışmaya katılmış ve katılma ihtimali olan kişiler arasında büyük bir farklılık oluşturacağı düşünülmüştür. Bu sebeple çalışma 35 katılımcı ile tamamlanmıştır. Sınırlı katılımcı sayısı bu çalışmanın zayıf bir yönünü oluştursa da alanyazın incelendiğinde demans tanısı olan bireye bakım verenler ile yapılan bireysel müdahale çalışmalarının da çok daha fazla katılımcı ile yapılmadığı görülmektedir (örn. Akkerman ve Ostwald, 2004: 117; Ali ve Bokharey, 2015: 249). Bir başka deyişle, katılımcı sayısı sınırlı görülse de alanyazın ile karşılaştırıldığında, bugüne kadar yapılan çalışmalardan çok da farklı olmadığı dikkati çekmektedir. Bir diğer nokta da katılımcı sayısı sınırlı görülse de daha önce ulusal alanyazında böyle bir çalışma yapılmamış olması sebebiyle bu çalışma gelecek çalışmalar için bir temel oluşturabilir ve bu çalışma temel alınarak daha fazla katılımcılı çalışmalar da gerçekleştirilebilir.

Yaşanan bu olumsuz olayların çalışmaya katılmış ve katılma ihtimali olan kişiler arasında büyük bir farklılık oluşturacağı düşüncesiyle, katılımcılardan herhangi bir takip ölçümü de alınamamıştır. Hem yaşanan olayların müdahaleye katılan bakım verenleri etkileyebileceği düşünülmüş hem de önceki ölçümlerin yüz yüze alınmış olması takip ölçümlerinin yüz yüze alınamayacak olması da farklılık yaratabileceğinden takip ölçümü alınamamıştır. Bu anlamda da gelecek çalışmalarda takip ölçümlerinin alınması, demansa bakım vermek gibi uzun bir süreci kapsayabilecek durumlarda katılımcılar için yarar sağlayan bileşenlerin belirlenmesi adına önem taşımaktadır.

Çalışmada daha fazla kadın katılımcının yer alıyor oluşu her ne kadar bir sınırlılık gibi görölse de örneklemin temsil ediciliği açısından değerlendirildiğinde kadın sayısının daha fazla olması beklenen bir durum olarak görölmektedir. Katılımcı özelliklerinde de kadın sayısının daha fazla olduğuna giriş kısmında değinilmiştir. Alanyazında da bakım veren olarak vurgunun kadınlar üzerinde olduğu görölmektedir (Xiong ve diğerleri, 2018: e022779). Ancak, son yıllarda erkek bakım verenlere yönelik ilginin de arttığı bilinmektedir (Baker ve Robertson, 2008: 413). Bu sebeplerle, gelecek yıllarda cinsiyet dağılımının daha yakın olduğu çalışmaların yapılabileceği, örneklem anlamında da daha eşit bir dağılımın sağlanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışma kapsamında, katılımcılara ulaşmak için Türkiye Alzheimer Derneği- İzmir Şubesi ile iletişime geçilmiş olup, yalnızca İzmir'den katılımcılara ulaşılmıştır. Ayrıca, katılımcılara dernek aracılığı ile ulaşıldığı için dernek ile iletişimi olan ve çalışmaya istekli olan katılımcılar çalışmaya katılmışlardır. Her ne kadar dezavantajlı gruba ulaşmak istenmesi sebebiyle müdahale katılımcıların evlerinde gerçekleştirilse de bu şekilde bile katılamayacak durumda olan bakım verenlerin de olabileceği tahmin edilmektedir. Tüm bu sebeplerin, örneklemin temsil ediciliğini, dolayısıyla da çalışmanın sonuçlarının genellenebilirliğini düşüreceği düşünülmektedir.

Çalışma ile ilgili bir diğer sınırlılık ise çalışmada bir dikkat kontrol grubunun olmayışı olabilmektedir. Müdahale grubundaki katılımcılar sekiz hafta boyunca ziyaret edilmiş ve müdahale uygulanmıştır. Ancak, kontrol grubundaki katılımcılardan sekiz hafta ara ile iki kez ölçüm alınmıştır. Müdahale grubundaki katılımcıların sekiz hafta boyunca ziyaret ediliyor oluşlarının bile olumlu bir etki yaratabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple, çalışmada müdahalenin uygulanmadığı ancak sekiz hafta boyunca ziyaretin yapıldığı bir dikkat kontrol grubunun olmayışı da bir diğer sınırlılık olarak karşımıza çıkmaktadır.

Son olarak, çalışma kapsamında öz-bildirim ölçekleri kullanılmıştır. Öz-bildirim ölçekleri katılımcıların yanlı cevaplar vermeleri problemini de beraberinde getirebilmektedir. İlk ölçümlerde bakım vermenin zorluklarını vurgulamak için katılımcılar daha olumsuz cevaplar verebilirler. Son ölçümlerde ise, müdahaleyi uygulayan psikologu memnun etmek, emeklerinin karşılık bulduğunu gösterebilmek

için daha olumlu cevaplar verebilirler. Bu da çalışmaya dair bir diğer kısıtlılık olarak görülmektedir.

Özetle, takip ölçümünün olmayışı, İzmir ilinde yaşayan bakım verenlere ulaşılmış olması, dikkat kontrol grubunun olmayışı ve öz-bildirim ölçeklerinin kullanılması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

4.6. ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YÖNLERİ

Bu çalışma kapsamında da hem yarıda bırakmayı azaltmak hem de evden dışarı çıkamayan bakım verenlere ulaşmak amacıyla müdahale bakım verenlerin evlerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya 38 katılımcı ile başlanmış olup, 35 katılımcı ile tamamlanmıştır. Katılımcı sayısının azalmasının nedeni de bir katılımcının temel bakım veren olmaması, bir katılımcının bakım verdiği demans tanısı olan bireyin vefat etmesi ve bir katılımcının da bakım verdiği bireyin dışında bir yakınının vefat etmesidir. Katılımcılarda azalma olmasına rağmen, bu azalmanın son derece geçerli gerekçeleri bulunmaktadır. Bu sebeple hiçbir katılımcının çalışmayı yarıda bırakmadığı söylenebilir. Bu da çalışmanın güçlü bir yönünü oluşturmaktadır.

Bu çalışmanın diğer güçlü yönlerini ise ana çalışmadan önce pilot çalışmanın yapılmış olması ve çalışmada bir de kontrol grubunun bulunmasıdır. Çalışmanın yönergesi oluşturulmadan önce ilgili alanyazın incelenmiş ve bu doğrultuda bir yönerge oluşturulmuştur. Ancak, ulusal alanyazında demans tanısı olan bireylere bakım verenlere yönelik BDT temelli bir müdahaleye rastlanmamıştır. Bu sebeple de geliştirilen yönergenin kültüre, dile ve bakım verenlerin ihtiyaçlarına uygunluğunu test edebilmek için bir pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu pilot çalışma ile yönergenin uygun olduğu görülmüş olup; sonrasında ana çalışmaya devam edilmiştir. Ana çalışmada ise müdahalenin etkisini sınavabilmek için kontrol grubu da oluşturulmuştur. Ayrıca hem pilot çalışmada hem de ana çalışmada katılımcıların müdahale ile ilgili geri bildirimleri alınmıştır. Bu da hem müdahale ile ilgili değişiklik yapabilmek hem de gelecek çalışmalara yön vermek açısından önemli bir katkı olarak görünmektedir. Bunlar da çalışmanın güçlü yanını oluşturmaktadır.

Son olarak, ulusal alanyazında demans tanısı olan bireylere bakım verenlere yönelik yapılmış bir BDT temelli müdahaleye rastlanmamıştır. Demans tanısı olan

bireylere bakım verenlere yönelik müdahaleler uluslararası alanyazında yer almış olsa da ulusal alanyazında böylesine ihtiyaç olan bir örnekleme yönelik herhangi bir müdahalenin var olmaması çok büyük bir eksikliği oluşturmaktadır. Bakım vermek, bakım verenlerin psikolojik sağlıklarını etkilemekte (Pinquart ve Sörensen, 2003:250), stres (Oyebode, 2003: 45) ve bakım yükü (Papastavrou ve diğerleri, 2007: 446) yaşamalarına ve yaşam kalitelerinin düşmesine (Srivastava ve diğerleri, 2016: 133) yol açabilmektedir. Bakım vermek bu anlamda bakım verenleri etkilerken, bakım verenlerin üzerindeki bu etki bakım verenlerin verdikleri bakımın kalitesini de etkilemektedir (Chamine ve diğerleri, 2014: 725). Bir başka deyişle, bakım verenlerin bakım verme sürecinden etkilenmeleri sadece kendilerini değil, bakım verme becerilerini de etkilemektedir. Bu sebeplerle böyle bir müdahalenin alanyazına kazandırılmış olması çalışmanın güçlülüklerinden birini oluşturmaktadır. Böyle bir çalışmanın bu çalışmadan sonra da bu alanda müdahaleye yönelik çalışmaların artmasına temel sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışmadan sonra yeni müdahalelerin geliştirileceği, uyarlanacağı gibi, bu müdahalelerin daha etkili olmasına yönelik incelemelerin de artacağı öngörülmektedir. Hem müdahalelerin hem de müdahalelerin etki çalışmalarının artmasının bu alana çok önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir.

Özet olarak, çalışmada yarıda bırakmaların olmaması, pilot çalışmanın yapılmış olması, ana çalışmada kontrol grubunun bulunması, geri bildirimlerin alınması ve ulusal alanyazında daha önce yapılmamış bir çalışmanın yapılmış olması bu çalışmanın güçlü yönlerini oluşturmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma kapsamında demans tanısı olan bireylere bakım verenlere yönelik Bilişsel Davranışçı Terapi'den ve Stres Süreci Modeli'nden yola çıkarak sekiz seanslık bir müdahalenin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Öncelikle, ilgili alanyazın incelenmiş ardından müdahale hazırlanmıştır. Sonrasında, müdahale pilot çalışma ile test edilmiştir. Pilot çalışmanın ardından yapılan değerlendirmenin sonrasında da müdahale ve kontrol grubunun olduğu ana çalışmaya geçilmiştir. Sonuç olarak; müdahalenin, demans tanısı olan bireye; bakım yükü, algılanan stres, psikolojik

semptom, depresyon, anksiyete, olumsuz benlik, somatizasyon, hostilite, algılanan sosyal destek, aileden algılanan sosyal destek, arkadaştan algılanan sosyal destek, özel bir insandan algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi alanlarında olumlu etkilerinin olduğu görülmektedir. Ulusal alanyazında daha önce böyle bir çalışmaya rastlanmamış olunması sebebiyle bu çalışmanın bir temel oluşturabileceği düşünülmektedir. Ancak gelecekte bu çalışmanın ardından yapılması önerilen pek çok çalışma da mevcuttur. Şimdi o önerilere yer verilecektir.

Demans tanısı olan bireylere bakım verenlerin çalışmalara katılımının ciddi bir sıkıntı oluşturmaya (Czaja ve Rubert, 2002: 469) ek olarak yaşanan pandemi ve depresyon, çalışmanın yarıda kesilmesine sebep olmuştur. Bu sebeplerle, bu çalışma kapsamında bakım alan bireylerin yaşına, demans düzeylerine, demans türlerine, ilk tanı aldıklarından müdahaleye kadar geçen süreye ya da demans tanısı olan birey ile akrabalık düzeylerine dair herhangi bir ayrım yapılamamıştır. Ancak gelecek çalışmalarda bu kriterler dahilinde ayrımların yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir. Bakım alan bireylerin yaşları değerlendirildiğinde, erken başlangıçlı demans tanısı olan bireylere bakım verenlerin de mevcut çalışmada yer aldığı görülmektedir. Ancak, erken başlangıçlı olup olmamasına dair de bir ayrım yapılmamıştır. Oysaki yapılan çalışmalar erken yaşta başlayan demansa bakım verenlerin, daha geç yaşta başlayan demansa bakım verenlere göre daha fazla bakım yükü rapor ettiklerini göstermektedir (Lim ve diğerleri, 2018: 537). Bu sebeple, gelecek çalışmalarda böyle bir ayrım yapılabilir. Bu çalışmada yapılmayan bir diğer ayrım da bakım alan demans tanısı olan bireylerin demans düzeyidir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%71,4) bakım verdikleri demans tanısı olan birey, orta düzey demansa sahiptir. Ancak, demansın düzeyi ilerledikçe bakım vermeye ayrılan zamanın arttığına (Langa ve diğerleri, 2001: 770) dair olan bulgunun tersine, bakım veren eşler ve çocukların demansın düzeyi fark etmeksizin benzer düzeyde depresyon, anksiyete ve stres rapor ettikleri belirtilmektedir (Kaizik ve diğerleri, 2017: 1109). Bu nedenle, gelecek çalışmalarda bu ayrımın ve bu ayrımın yapıp yapılmamasının gerekliliğinin ele alınması yararlı olacaktır. Demans tanısı olan bireyin yaşına ve demans düzeyine dair bir ayrım yapılmamasına ek olarak, demans türleri de değerlendirilmemiştir. Alanyazın incelendiğinde, bu ayrımın diğer çalışmalarda da dikkate alınmadığı görülmektedir (örn. Gallagher-Thompson ve

diğerleri, 2007: 425; Kwok ve diğerleri, 2014: 631). Ancak, yapılan çalışmalarda Lewy cisimciği demansa bakım verenlerin sıkıntı düzeylerinin Alzheimer hastasına bakım verenlerden daha yüksek olduğu rapor edilmiştir (Svendsboe ve diğerleri, 2016: 1075). Ayrıca, frontotemporal ve Lewy cisimcik demansı olan bireye bakım verenler, Alzheimer hastasına bakım verenlere göre daha fazla bakım yükü rapor etmişlerdir (Liu ve diğerleri, 2017: 1291). Bu çalışmalardan yola çıkarak demans türünün sıkıntı düzeyi ve bakım yükü anlamında farklılık yarattığı sonucu çıkarılabilir ve bu sebeple de gelecek çalışmalarda demans türüne dair de bir ayrımın yapılması önemli olabilir.

Bir diğer ayrımı yapılmayan nokta da bakım alan bireyin ilk tanı aldığından bu yana geçen süredir. Çalışmaya katılan bakım verenlerin bakım verdikleri demans tanısı olan bireyin ilk tanı aldığından bu yana geçen sürenin 1 ile 16 yıl arasında olduğu görülmektedir. Uzun süreli bakım vermenin olumsuz etkileri arttırabileceği düşünülse de daha uzun süreli bakım veriyor olmanın depresyon riskini daha fazla arttırmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Capistrant ve diğerleri, 2014: 766). Yine bu bağlamda da araştırmaların derinleştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Son olarak, yapılan çalışmalarda da eşler, çocuklar ve diğer aile üyelerinin bir arada değerlendirildiği görülmektedir (Gonyea ve diğerleri, 2016: 292; Meichsner ve Wilz, 2018: 218). Bakım alan demans tanısı olan birey ile yakınlıkları kapsamında değerlendirildiğinde, eşlerin ve çocukların bakım vermeden dolayı yaşadıkları stresin nedenlerinin farklılık gösterdiği ifade edilmektedir (Oyebode, 2003: 45). Örneğin, eşler için stres kaynağının yaşlı olmak ve yaşlı olmakla ilişkili fiziksel ve ekonomik problemler iken, yetişkin çocuklar için stres kaynağının çelişen sorumluluklar olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Oyebode, 2003: 45). Daha fazla katılımcıya ulaşabilen gelecek çalışmalarda demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyeleri demans tanısı olan bireye yakınlıklarına göre gruplandırılarak müdahale oluşturulabilir. Örneğin, sadece çocuklar için yapılan bir çalışma rol karmaşasını daha derinlemesine ele alabilir. Müdahalenin bu şekilde gerçekleştirilmesi de katılımcılara ve gelecekte uygulanacak bireylere daha fazla yarar sağlayabilir ve gelecek çalışmalara ışık tutabilir.

Alanyazında demans tanısı olan bireye bakım veren aile üyelerinin çoğunlukla kadın olduğuna dair bulgulara ek olarak (Kwon ve diğerleri, 2017: 394), bu çalışmanın katılımcılarının büyük çoğunluğunu da kadınlar oluşturmaktadır.

Ancak, günümüzde demografik özelliklerin ve sosyal normların değişmesi ile daha fazla erkeğin de bakım veren olduğu ifade edilmektedir (Sharma ve diğerleri, 2016: 7). Bu sebeple, gelecekte erkek katılımcıların daha fazla olacağı çalışmaların yer alacağı tahmin edilmekte ve cinsiyet karşılaştırmaları açısından da böyle çalışmaların yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Yapılan müdahalelerde sıklıkla müdahaleden önce ve müdahaleden sonra ölçüm alındığı görülmektedir (örn. Losada ve diğerleri, 2011: 1119; Marquez-Gonzalez ve diğerleri, 2007: 616). Bu çalışma kapsamında da bu şekilde ölçüm alınmış olup; yaşananlardan dolayı takip ölçümü alınamamıştır. Ancak, bakım vermenin uzun bir süreç olduğu bilinmektedir. Demans tanısı olan bireye bakım verenlerin %71'inin bir yıldan uzun süredir, %32'sinin ise beş yıldan uzun süredir bakım verdikleri belirtilmektedir (Alzheimer's Association, 2004: 3). Bu sebeple, gelecekteki çalışmalarda kazanımların ne zamana kadar devam ettiği, devam edemiyorsa da hangi noktada sekteye uğramaya başladığına dair çalışmaların yapılması, bakım verenlerin psikolojik anlamda daha sağlıklı yaşamalarına katkı sağlayacaktır. Gelecek müdahalelerde de bu durumlar belirlenirse müdahale çalışmaları bu durumlara göre şekillendirilip bakım verenlerin aldıkları yarar daha uzun süre devam ettirilecektir.

Bu çalışma kapsamında bakım vermenin bakım veren üzerindeki olumsuz etkilerine dair değerlendirmeler yapılmıştır. Ancak, bakım vermek her ne kadar olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilse de bakım veren bireyler için olumlu kazanımlar sağlaması da olasıdır (Roth ve diğerleri, 2015: 813). Bakım vermenin bu anlamda da değerlendirilip bireylerin güçlü yönlerinin de ortaya çıkarılması önem taşımaktadır. Bu anlamda gelecek çalışmalarda pozitif psikolojiye dair kavramların da incelenmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

Abdollahpour, I., Nedjat, S., Salimi, Y., Noroozian, M. ve Majdzadeh, R. (2015). Which variable is the strongest adjusted predictor of quality of life in caregivers of patients with dementia?. *Psychogeriatrics*. 15(1): 51-57.

Aboulafia-Brakha, T., Suchecki, D., Gouveia-Paulino, F., Nitrini, R. ve Ptak, R. (2014). Cognitive-behavioural group therapy improves a psychophysiological marker of stress in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health*. 18(6): 801-808.

Abreu, W., Rodrigues, T., Sequeira, C., Pires, R. ve Sanhudo, A. (2018). The experience of psychological distress in family caregivers of people with dementia: A cross-sectional study. *Perspectives in Psychiatric Care*. 54(2): 317-323.

Akkerman, R. L. ve Ostwald, S. K. (2004). Reducing anxiety in Alzheimer's disease family caregivers: the effectiveness of a nine-week cognitive-behavioral intervention. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*. 19(2): 117-123.

Akpınar, B., Küçükgülü, Ö. ve Yener, G. (2011). Effects of gender on burden among caregivers of Alzheimer's patients. *Journal of Nursing Scholarship*. 43(3): 248-254.

Alfakhri, A. S., Alshudukhi, A. W., Alqahtani, A. A., Alhumaid, A. M., Alhathlol, O. A., Almojali, A. I., ... ve Alaqeel, M. K. (2018). Depression among caregivers of patients with dementia. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 55: 1-6.

Ali, S. ve Bokharey, I. Z. (2015). Efficacy of cognitive behavior therapy among caregivers of dementia: an outcome study. *Pakistan Journal of Psychological Research*. 30(2): 249-269.

Algase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K., ve Beattie, E. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease*. 11(6): 10-19.

Allen, A. P., Buckley, M. M., Cryan, J. F., Ní Chorcoráin, A., Dinan, T. G., Kearney, P. M., ... ve Molloy, D. W. (2020). Informal caregiving for dementia patients: the contribution of patient characteristics and behaviours to caregiver burden. *Age and Ageing*. 49(1): 52-56.

Alspaugh, M. E. L., Stephens, M. A. P., Townsend, A. L., Zarit, S. H., & Greene, R. (1999). Longitudinal patterns of risk for depression in dementia caregivers: Objective and subjective primary stress as predictors. *Psychology and Aging*, 14(1), 34–43.

Altuntaş, O. ve Koç, C. (2015). Demanslı Hastaya Bakım Veren Aile Bireylerinin Aktivite Performanslarının İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 3(1): 35-44.

Alzheimer's Association. (2004). Families Care: Alzheimer's Caregiving in the United States 2004. https://www.alz.org/national/documents/report_familiescare.pdf, (19.04.2020).

Alzheimer's Association. (2007). Alzheimer's disease facts and figures, 2007. http://www.alz.org/national/documents/Report_2007FactsAndFigures. Pdf, (25.04.2020).

Alzheimer's Association (2018). 2018 Alzheimer's disease facts and figures. <https://www.alz.org/media/Documents/facts-and-figures-2018-r.pdf>, (02.05.2020).

Alzheimer's Association. (2020). What Is Dementia?. <https://www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia>, (30.04.2020).

Alzheimer's Disease International. (2013) Policy Brief for Heads of Government. The Global Impact of Dementia 2013-2050.

<https://www.alz.co.uk/research/GlobalImpactDementia2013.pdf>, (20.04.2020).

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2000). *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı Dördüncü Baskı (DSM-IV)*. Çev. Ertuğrul Köroğlu. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Aminzadeh, F., Byszewski, A., Molnar, F. J. ve Eisner, M. (2007). Emotional impact of dementia diagnosis: exploring persons with dementia and caregivers' perspectives. *Aging and Mental Health*. 11(3): 281-290.

Aneshensel, C. S., Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Zarit, S. H. ve Whitlatch, C.J. (1995) *Profiles in caregiving; The unexpected career*. San Diego: Academic Press.

Anthony-Bergstone, C. R., Zarit, S. H. ve Gatz, M. (1988). Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. *Psychology and Aging*. 3(3): 245-248.

Arango-Lasprilla, J. C., Lehan, T., Drew, A., Moreno, A., Deng, X. ve Lemos, M. (2010). Health-related quality of life in caregivers of individuals with dementia from Colombia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*. 25(7): 556-561.

Armstrong, N. M., Gitlin, L. N., Parisi, J. M., Roth, D. L. ve Gross, A. L. (2019). Association of physical functioning of persons with dementia with caregiver burden and depression in dementia caregivers: an integrative data analysis. *Aging & Mental Health*. 23(5): 587-594.

Arslandaş, D., Özbabalık, D., Metintaş, S., Özkan, S., Kalyoncu, C., Özdemir, G. ve Arslantaş, A. (2009). Prevalence of dementia and associated risk factors in Middle Anatolia, Turkey. *Journal of Clinical Neuroscience*. 16(11): 1455-1459.

Ask, H., Langballe, E. M., Holmen, J., Selbæk, G., Saltvedt, I. ve Tambs, K. (2014). Mental health and wellbeing in spouses of persons with dementia: the Nord-Trøndelag health study. *BMC Public Health*. 14: 413.

Au, A. (2015). Developing volunteer-assisted behavioral activation teleprograms to meet the needs of Chinese dementia caregivers. *Clinical Gerontologist*. 38(3): 190-202.

Au, A., Gallagher-Thompson, D., Wong, M. K., Leung, J., Chan, W. C., Chan, C. C., ... ve Chan, K. (2015). Behavioral activation for dementia caregivers: scheduling pleasant events and enhancing communications. *Clinical Interventions in Aging*. 10: 611-619.

Au, A., Lai, M. K., Lau, K. M., Pan, P. C., Lam, L., Thompson, L. ve Gallagher-Thompson, D. (2009). Social support and well-being in dementia family caregivers: The mediating role of self-efficacy. *Aging & Mental Health*. 13(5): 761-768.

Au, A., Lau, K. M., Sit, E., Cheung, G., Lai, M. K., Wong, S. K. A. ve Fok, D. (2010). The role of self-efficacy in the Alzheimer's family caregiver stress process: A partial mediator between physical health and depressive symptoms. *Clinical Gerontologist*. 33(4): 298-315.

Au, A., Shardlow, S. M., Teng, Y. U. E., Tsien, T. ve Chan, C. (2013). Coping strategies and social support-seeking behaviour among Chinese caring for older people with dementia. *Ageing & Society*. 33(8): 1422-1441.

Avdikou, K., Stefanatos, C., Tsatali, M., Gouva, M. ve Tsolaki, M. (2019). The role of gender in shame, hostility, and aggression experienced by caregivers for patients with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*. 34(4): 231-235.

Ayrancı, E. (2015). The Predictive Roles of Perceived Social Support, Early Maladaptive Schemas, Parenting Styles, and Schema Coping Processes in Well-Being and Burnout Levels of Primary Caregivers of Dementia Patients. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Babacan-Yıldız, G., Yacı, Ö., Akca, Z. ve Kulaksızoğlu, I. B. (2016). Reliability and validity of the abbreviated turkish version of the zarit caregiver burden interview. *Bezmialem Science*. 2: 60-64.

Baker, K. L. ve Robertson, N. (2008). Coping with caring for someone with dementia: Reviewing the literature about men. *Aging and Mental Health*. 12(4): 413-422.

Bandeira, D. R., Pawlowski, J., Gonçalves, T. R., Hilgert, J. B., Bozzetti, M. C. ve Hugo, F. N. (2007). Psychological distress in Brazilian caregivers of relatives with dementia. *Aging and Mental Health*. 11(1): 14-19.

Barnest, C. J. ve Markham, C. (2018). A pilot study to evaluate the effectiveness of an individualized and cognitive behavioural communication intervention for informal carers of people with dementia: The Talking Sense programme. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 53(3): 615-627.

Beck, J. S. ve Tompkins, M. A. (2007). Cognitive therapy. *Handbook of homework assignments in psychotherapy: Research, practice, and prevention* (pp. 51-65). Editors N. Kazantzis and L. L'Abate. New York: Springer.

Bédard, M., Molloy, D. W., Squire, L., Dubois, S., Lever, J. A. ve O'Donnell, M. (2001). The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. *The Gerontologist*. 41(5): 652-657.

Beinart, N., Weinman, J., Wade, D. ve Brady, R. (2012). Caregiver burden and psychoeducational interventions in Alzheimer's disease: a review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*. 2(1): 638-648.

Bergman-Evans, B. F. (1994). Alzheimer's and related disorders: Loneliness, depression, and social support of spousal caregivers. *Journal of Gerontology and Nursing*. 20: 6-16.

Bertrand, R. M., Fredman, L. ve Saczynski, J. (2006). Are all caregivers created equal? Stress in caregivers to adults with and without dementia. *Journal of Aging and Health*. 18(4): 534-551.

Brodaty, H. (2007). Meaning and measurement of caregiver outcomes. *International Psychogeriatrics*. 19(3): 363-381.

Brodaty, H. ve Donkin, M. (2009). Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 11(2): 217-228.

Brodaty, H., Woodward, M., Boundy, K., Ames, D., Balshaw, R. ve PRIME Study Group. (2014). Prevalence and predictors of burden in caregivers of people with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 22(8): 756-765.

Bruce, D. G., Paley, G. A., Nichols, P., Roberts, D., Underwood, P. J. ve Schaper, F. (2005). Physical disability contributes to caregiver stress in dementia caregivers. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 60(3): 345-349.

Brummett, B. H., Babyak, M. A., Siegler, I. C., Vitaliano, P. P., Ballard, E. L., Gwyther, L. P. ve Williams, R. B. (2006). Associations among perceptions of social support, negative affect, and quality of sleep in caregivers and noncaregivers. *Health Psychology*. 25(2): 220-225.

Buchner, D. M., Hornbrook, M. C., Kutner, N. G., Tinetti, M. E., Dry, M. G., Mulrow, C. D., ... ve Rossiter, J. (1993). Development of the common data base for the FICSIT trials. *Journal of the American Geriatrics Society*. 41(3): 297-308.

Buss, A. H. ve Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*. 63(3): 452-459.

Cameron, J. I., Shin, J. L., Williams, D. ve Stewart, D. E. (2004). A brief problem-solving intervention for family caregivers to individuals with advanced cancer. *Journal of Psychosomatic Research*. 57(2): 137-143.

Campbell, S., Manthorpe, J., Samsi, K., Abley, C., Robinson, L., Watts, S., ... ve Keady, J. (2016). Living with uncertainty: Mapping the transition from pre-diagnosis to a diagnosis of dementia. *Journal of Aging Studies*. 37: 40-47.

Cannuscio, C. C., Colditz, G. A., Rimm, E. B., Berkman, L. F., Jones, C. P. ve Kawachi, I. (2004). Employment status, social ties, and caregivers' mental health. *Social Science and Medicine*. 58: 1247-1256.

Capistrant, B. D., Berkman, L. F. ve Glymour, M. M. (2014). Does duration of spousal caregiving affect risk of depression onset? Evidence from the Health and Retirement Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 22(8): 766-770.

Carbonneau, H., Caron, C. D. ve Desrosiers, J. (2011). Effects of an adapted leisure education program as a means of support for caregivers of people with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 53(1): 31-39.

Cerejeira, J., Lagarto, L. ve Mukaetova-Ladinska, E. (2012). Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Frontiers in Neurology*. 3: 73.

Chamine, I., Fonareva, I. ve Oken, B. S. (2014). Physiological and functional consequences of caregiving for relatives with dementia. *International Psychogeriatrics*. 26(5): 725-747.

Chen, C., Thunell, J. ve Zissimopoulos, J. (2020). Changes in physical and mental health of Black, Hispanic, and White caregivers and noncaregivers associated with onset of spousal dementia. *Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions*. 6(1): e12082.

Cheng, S. T. (2017). Dementia caregiver burden: a research update and critical analysis. *Current Psychiatry Reports*. 19(9): 64.

Chiou, C. J., Chang, H. Y., Chen, I. P. ve Wang, H. H. (2009). Social support and caregiving circumstances as predictors of caregiver burden in Taiwan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 48(3): 419-424.

Clark, D. A., Beck, A. T. ve Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons.

Clay, O. J., Roth, D. L., Wadley, V. G. ve Haley, W. E. (2008). Changes in social support and their impact on psychosocial outcome over a 5-year period for African American and White dementia caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 23(8): 857-862.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 38(5): 300–314.

Coen, R. F., O'Boyle, C. A., Coakley, D. ve Lawlor, B. A. (2002). Individual quality of life factors distinguishing low-burden and high-burden caregivers of dementia patients. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 13(3): 164-170.

Cohen, J. (1992). Statistical power analysis. *Current Directions in Psychological Science*. 1(3): 98-101.

Cohen, S., Kamarck, T. ve Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 24(4): 385-396.

Cohen, S. ve McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. *Handbook of Psychology and Health* (pp. 253-267). Editors A. Baum, S. E. Taylor and J. E. Singer. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Cohen, S. ve Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 98(2): 310–357.

Cohen-Mansfield, J., Libin, A. ve Marx, M. S. (2007). Nonpharmacological treatment of agitation: a controlled trial of systematic individualized intervention. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 62(8): 908-916.

Coon, D. W., Thompson, L., Steffen, A., Sorocco, K. ve Gallagher-Thompson, D. (2003). Anger and depression management: psychoeducational skill training interventions for women caregivers of a relative with dementia. *The Gerontologist*. 43(5): 678-689.

Coope, B., Ballard, C., Saad, K., Patel, A., Bentham, P., Bannister, C., ... ve Wilcock, G. (1995). The prevalence of depression in the carers of dementia sufferers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 10(3): 237-242.

Cooper, C., Balamurali, T. B. S. ve Livingston, G. (2007). A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*. 19(2): 175-195.

Covinsky, K. E., Newcomer, R., Fox, P., Wood, J., Sands, L., Dane, K. ve Yaffe, K. (2003). Patient and caregiver characteristics associated with depression in caregivers of patients with dementia. *Journal of General Internal Medicine*. 18(12): 1006-1014.

Crespo, M. ve Fernández-Lansac, V. (2014). Factors associated with anger and anger expression in caregivers of elderly relatives. *Aging & Mental Health*. 18(4): 454-462.

Crespo, M., López, J. ve Zarit, S. H. (2005). Depression and anxiety in primary caregivers: a comparative study of caregivers of demented and nondemented older persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 20(6): 591-592.

Cuijpers, P. (2005). Depressive disorders in caregivers of dementia patients: a systematic review. *Aging & Mental Health*. 9(4): 325-330.

Curcio, C. L., Gomez, F. ve Reyes-Ortiz, C. A. (2009). Activity restriction related to fear of falling among older people in the Colombian Andes mountains: are functional or psychosocial risk factors more important?. *Journal of Aging and Health*. 21(3): 460-479.

Czaja, S. J. ve Rubert, M. P. (2002). Telecommunications technology as an aid to family caregivers of persons with dementia. *Psychosomatic Medicine*. 64(3): 469-476.

Dam, A. E., de Vugt, M. E., Klinkenberg, I. P., Verhey, F. R. ve van Boxtel, M. P. (2016). A systematic review of social support interventions for caregivers of people with dementia: are they doing what they promise?. *Maturitas*. 85: 117-130.

Damjanovic, A. K., Yang, Y., Glaser, R., Kiecolt-Glaser, J. K., Nguyen, H., Laskowski, B., ... ve Weng, N. P. (2007). Accelerated telomere erosion is associated with a declining immune function of caregivers of Alzheimer's disease patients. *The Journal of Immunology*. 179(6): 4249-4254.

Dawood, S. (2016). Caregiver burden, quality of life and vulnerability towards psychopathology in caregivers of patients with dementia/Alzheimer's disease. *Journal of the College Physicians Surgeons Pakistan*. 26(11): 892-895.

de Oliveira, D. C., Vass, C. D. ve Aubeeluck, A. (2015). Ageing and quality of life in family carers of people with dementia being cared for at home: a literature review. *Quality in Primary Care*. 23(1): 18-30.

Derogatis, L. R. (1992). *The Brief Symptom Inventory (BSI): administration, scoring and procedures*. Manual II. Baltimore: Clinical Psychometric Research.

Dunkin, J. J. ve Anderson-Hanley, C. (1998). Dementia caregiver burden A review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*. 51(1 Suppl 1): S53-S60.

Dünya Sağlık Örgütü. (1992). *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırılması*. Çev. M. O. Öztürk ve B. Uluğ. Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını.

Dünya Sağlık Örgütü. (World Health Organization) (2019). *Dementia*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/dementia>, (19.04.2020).

Dünya Sağlık Örgütü. (2011). *Global Health and Aging*. https://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf , (12.05.2020).

Dünya Sağlık Örgütü. (2015). *The Epidemiology and Impact of Dementia*. https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf , (20.04.2020).

D'zurilla, T. J. ve Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*. 78(1): 107-126.

Eker, D. ve Arkar, H. (1995). Perceived social support: psychometric properties of the MSPSS in normal and pathological groups in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 30: 121–126.

Eker, D., Arkar, H. ve Yıldız, H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 12(1): 17–25.

Epstein-Lubow, G., Davis, J. D., Miller, I. W. ve Tremont, G. (2008). Persisting burden predicts depressive symptoms in dementia caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 21(3): 198-203.

Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Elbi, H. ve Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. 7(Suppl 2): 23-40.

Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F. ve Dereboy, Ç. (2013). Algılanan stres ölçeğinin türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlik analizi. *New/Yeni Symposium Journal*. 51(3): 132-140.

Etters, L., Goodall, D. ve Harrison, B. E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 20(8): 423-428.

Family Caregiver Alliance. (2006). *Caregiver assessment: Voices and views from the field. Report from a National Consensus Development Conference*. San Francisco: Author.

Fauth, E., Hess, K., Piercy, K., Norton, M., Corcoran, C., Rabins, P., ... ve Tschanz, J. (2012). Caregivers' relationship closeness with the person with dementia predicts both positive and negative outcomes for caregivers' physical health and psychological well-being. *Aging & Mental Health*. 16(6): 699-711.

Fauth, E. B. ve Gibbons, A. (2014). Which behavioral and psychological symptoms of dementia are the most problematic? Variability by prevalence, intensity, distress ratings, and associations with caregiver depressive symptoms. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 29(3): 263-271.

Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS STATISTICS*. SAGE: London.

Fletcher, P. C. ve Hirdes, J. P. (2004). Restriction in activity associated with fear of falling among community-based seniors using home care services. *Age and Ageing*. 33(3): 273-279.

Fujihara, S., Inoue, A., Kubota, K., Yong, K. F. R. ve Kondo, K. (2019). Caregiver burden and work productivity among japanese working family caregivers of people with dementia. *International Journal of Behavioral Medicine*. 26(2): 125-135.

Gallagher-Thompson, D., Arean, P., Rivera, P. ve Thompson, L. W. (2001). A psychoeducational intervention to reduce distress in Hispanic family caregivers: Results of a pilot study. *Clinical Gerontologist*. 23(1-2): 17-32.

Gallagher-Thompson, D. ve Coon, D. W. (2007). Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychology and Aging*. 22(1): 37-51.

Gallagher-Thompson, D. ve DeVries, H. M. (1994). Coping with frustration classes: Development and preliminary outcomes with women who care for relatives with dementia. *The Gerontologist*. 34: 548-552

Gallagher-Thompson, D., Gray, H. L., Tang, P. C., Pu, C. Y., Leung, L. Y., Wang, P. C., ... ve Long, J. (2007). Impact of in-home behavioral management versus telephone support to reduce depressive symptoms and perceived stress in Chinese

caregivers: results of a pilot study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 15(5): 425-434.

Gallagher-Thompson, D., Solano, N., McGee, J. S., Krisztal, E., Kaye, J., Coon, D. ve Thompson, L. (2002). *Coping with caregiving: reducing stress and improving quality of life*. Palo Alto, CA: Older Adult and Family Center.

Gallagher, D., Wrabetz, A., Lovett, S., DelMaestro, S. ve Rose, J. (1989). Depression and other negative affects in family caregivers. *Alzheimer's disease treatment and family stress: Directions for future research* (pp.218–244). Editors E. Light and B. Lebowitz. Washington DC: U.S. Government Printing Office.

Gallant, M. P. ve Connell, C. M. (1998). The stress process among dementia spouse caregivers: Are caregivers at risk for negative health behavior change?. *Research on Aging*. 20(3): 267-297.

Garand, L., Rinaldo, D. E., Alberth, M. M., Delany, J., Beasock, S. L., Lopez, O. L., ... ve Dew, M. A. (2014). Effects of problem solving therapy on mental health outcomes in family caregivers of persons with a new diagnosis of mild cognitive impairment or early dementia: a randomized controlled trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 22(8): 771-781.

Gaugler, J. E., Reese, M. ve Mittelman, M. S. (2015). Effects of the Minnesota adaptation of the NYU caregiver intervention on depressive symptoms and quality of life for adult child caregivers of persons with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 23(11): 1179-1192.

Gellert, P., Häusler, A., Suhr, R., Gholami, M., Rapp, M., Kuhlmeier, A. ve Nordheim, J. (2018). Testing the stress-buffering hypothesis of social support in couples coping with early-stage dementia. *PloS one*. 13(1): e0189849.

Gitlin, L. N., Kales, H. C. ve Lyketsos, C. G. (2012). Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *Jama*. 308(19): 2020-2029.

Gitlin, L. N., Winter, L., Vause Earland, T., Adel Herge, E., Chernett, N. L., Piersol, C. V. ve Burke, J. P. (2009). The Tailored Activity Program to reduce behavioral symptoms in individuals with dementia: feasibility, acceptability, and replication potential. *The Gerontologist*. 49(3): 428-439.

Glueckauf, R. L., Davis, W. S., Willis, F., Sharma, D., Gustafson, D. J., Hayes, J., ... ve Springer, J. (2012). Telephone-based, cognitive-behavioral therapy for African American dementia caregivers with depression: initial findings. *Rehabilitation Psychology*. 57(2): 124-139.

Glueckauf, R. L., Jeffers, S. B., Sharma, D., Massey, A. J., Davis, W. S., Wesley, L. M., ... ve Martin, C. (2007). Telephone-based cognitive-behavioral intervention for distressed rural dementia caregivers: initial findings. *Clinical Gerontologist*. 31(1): 21-41.

Gonyea, J. G., López, L. M. ve Velásquez, E. H. (2016). The effectiveness of a culturally sensitive cognitive behavioral group intervention for Latino Alzheimer's caregivers. *The Gerontologist*. 56(2): 292-302.

Gonyea, J. G., Paris, R. ve de Saxe Zerden, L. (2008). Adult daughters and aging mothers: The role of guilt in the experience of caregiver burden. *Aging & Mental Health*. 12: 559-567.

Gonzalez-Salvador, M. T., Arango, C., Lyketsos, C. G. ve Barba, A. C. (1999). The stress and psychological morbidity of the Alzheimer patient caregiver. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 14(9): 701-710.

Goode, K. T., Haley, W. E., Roth, D. L. ve Ford, G. R. (1998). Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: A stress process model. *Health Psychology*. 17(2): 190–198.

Gurvit, H., Emre, M., Tinaz, S., Bilgic, B., Hanagasi, H., Sahin, H., ... ve Harmanci, H. (2008). The prevalence of dementia in an urban Turkish population. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*. 23(1): 67-76.

Haber, M. G., Cohen, J. L., Lucas, T. ve Baltes, B. B. (2007). The relationship between self-reported received and perceived social support: A meta-analytic review. *American Journal of Community Psychology*. 39(1-2): 133-144.

Harvey, R. J., Skelton-Robinson, M. ve Rossor, M. N. (2003). The prevalence and causes of dementia in people under the age of 65 years. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 74(9): 1206-1209.

Heo, G. J. (2014). Religious coping, positive aspects of caregiving, and social support among Alzheimer's disease caregivers. *Clinical Gerontologist*. 37(4): 368-385.

Hepburn, K. W., Lewis, M., Kirk, L. N., Narayan, S., Center, B., Bremer, K. L. ve Tornatore, J. (2006). Partners in caregiving: A psychoeducation program affecting dementia family caregivers' distress and caregiving outlook. *Clinical Gerontologist*. 29(1): 53-69.

Heru, A. M. ve Ryan, C. E. (2006). Family Functioning in the Caregivers of Patients with Dementia: One-Year Follow—up. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 70(3): 222-231.

Heru, A. M., Ryan, C. E. ve Iqbal, A. (2004). Family functioning in the caregivers of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 19(6): 533-537.

Hopkinson, M. D., Reavell, J., Lane, D. A. ve Mallikarjun, P. (2018). Cognitive behavioral therapy for depression, anxiety, and stress in caregivers of dementia patients: A systematic review and meta-analysis. *The Gerontologist*. 59(4): e343-e362.

Hughes, T. B., Black, B. S., Albert, M., Gitlin, L. N., Johnson, D. M., Lyketsos, C. G. ve Samus, Q. M. (2014). Correlates of objective and subjective measures of caregiver burden among dementia caregivers: influence of unmet patient and caregiver dementia-related care needs. *International psychogeriatrics/IPA*. 26(11): 1875-1883.

IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Jacobson, E. (1938). Progressive muscle relaxation. *Journal of Abnormal Psychology*. 75(1): 18.

Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., ... ve Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64(2): 295-304.

Jacobson, N. S., Martell, C. R. ve Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 8(3): 255-270.

Joling, K. J., O'Dwyer, S. T., Hertogh, C. M. ve van Hout, H. P. (2018). The occurrence and persistence of thoughts of suicide, self-harm and death in family caregivers of people with dementia: a longitudinal data analysis over 2 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 33(2): 263-270.

Joling, K. J., van Marwijk, H. W., Veldhuijzen, A. E., van der Horst, H. E., Scheltens, P., Smit, F. ve van Hout, H. P. (2015). The two-year incidence of depression and anxiety disorders in spousal caregivers of persons with dementia: who is at the greatest risk?. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 23(3): 293-303.

Kaddour, L. ve Kishita, N. (2020). Anxiety in informal dementia carers: a meta-analysis of prevalence. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 33(3): 161-172.

Kaizik, C., Caga, J., Camino, J., O'Connor, C. M., McKinnon, C., Oyebode, J. R., ... ve Mioshi, E. (2017). Factors underpinning caregiver burden in frontotemporal dementia differ in spouses and their children. *Journal of Alzheimer's Disease*. 56(3): 1109-1117.

Kang, S. G., Na, K. S., Kang, J. M., Yeon, B. K., Lee, J. Y. ve Cho, S. J. (2017). Dementia Care by Healthy Elderly Caregivers Is Associated with Improvement of Patients' Memory and the Caregivers' Quality of Life: A Before and After Study. *Psychiatry Investigation*. 14(4): 458-462.

Kasuya, R. T., Polgar-Bailey, M. P. ve Takeuchi, M. R. (2000). Caregiver burden and burnout a guide for primary care physicians. *Postgraduate Medicine*. 108(7): 119.

Kazantzis, N., Deane, F. P. ve Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 7(2): 189-202.

Keskinoğlu, P., Yaka, E., Ucku, R., Yener, G. ve Kurt, P. (2013). Prevalence and risk factors of dementia among community dwelling elderly people in Izmir, Turkey. *Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi*. 16(2): 135-141.

Khusaifan, S. J. ve El Keshky, M. E. S. (2017). Social support as a mediator variable of the relationship between depression and life satisfaction in a sample of Saudi caregivers of patients with Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*. 29(2): 239-248.

Kim, H., Chang, M., Rose, K. ve Kim, S. (2012). Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*. 68(4): 846-855.

Kishita, N., Contreras, M. L., West, J. ve Mioshi, E. (2020). Exploring the impact of carer stressors and psychological inflexibility on depression and anxiety in family carers of people with dementia. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 17: 119-125.

Knight, B. G., Lutzky, S. M. ve Macofsky-Urban, F. (1993). A meta-analytic review of interventions for caregiver distress: Recommendations for future research. *The Gerontologist*. 33(2): 240-248.

Koydemir-Özden, S. (2010). Self-aspects, perceived social support, gender, and willingness to seek psychological help. *International Journal of Mental Health*. 39(3): 44-60.

Köroğlu, E. (2015). *Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler (1. Basım)*. Hekimler Yayın Birliği: Ankara.

Kwok, T., Au, A., Bel Wong, I. I., Mak, V. ve Ho, F. (2014). Effectiveness of online cognitive behavioral therapy on family caregivers of people with dementia. *Clinical Interventions in Aging*. 9: 631-636.

Kwon, O. Y., Ahn, H. S., Kim, H. J. ve Park, K. W. (2017). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for caregivers of people with dementia: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Neurology*. 13(4): 394-404.

Kuo, L. M., Huang, H. L., Liang, J., Kwok, Y. T., Hsu, W. C., Liu, C. Y. ve Shyu, Y. I. L. (2017). Trajectories of health-related quality of life among family caregivers of individuals with dementia: A home-based caregiver-training program matters. *Geriatric Nursing*. 38(2): 124-132.

Lakey, B. ve Cohen, S. (2000). *Social support theory and measurement*. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (p. 29–52). Oxford University Press.

Langa, K. M., Chernew, M. E., Kabeto, M. U., Regula Herzog, A., Beth Ofstedal, M., Willis, R. J., ... ve Fendrick, A. M. (2001). National estimates of the quantity and cost of informal caregiving for the elderly with dementia. *Journal of General Internal Medicine*. 16(11): 770-778.

Lazarus, R. S. ve Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Lee, H. S., Kim, D. K. ve Kim, J. H. (2006). Stress in caregivers of demented people in Korea—a modification of Pearlin and colleagues' stress model. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A Journal of the Psychiatry of Late Life and Allied Sciences*. 21(8): 784-791.

Lee, H., Mistry, D., Smith, T., Finnegan, S., Fordham, B., Sheehan, B. ve Lamb, S. E. (2019). Mechanisms to Reduce the Burden on Dementia Caregivers. *Available at SSRN 3463316*.

Lee, J., Sohn, B. K., Lee, H., Seong, S., Park, S. ve Lee, J. Y. (2017). Impact of behavioral symptoms in dementia patients on depression in daughter and daughter-in-law caregivers. *Journal of Women's Health*. 26(1): 36-43.

Lea Steadman, P., Tremont, G. ve Duncan Davis, J. (2007). Premorbid relationship satisfaction and caregiver burden in dementia caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 20(2): 115-119.

Leggett, A. N., Zarit, S. H., Kim, K., Almeida, D. M. ve Klein, L. C. (2014). Depressive mood, anger, and daily cortisol of caregivers on high-and low-stress days. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 70(6): 820-829.

Lethin, C., Renom-Guiteras, A., Zwakhalen, S., Soto-Martin, M., Saks, K., Zabalegui, A., ... ve Karlsson, S. (2017). Psychological well-being over time among informal caregivers caring for persons with dementia living at home. *Aging & Mental Health*. 21(11): 1138-1146.

Li, Y., Hu, L., Shen, Y., Xue, H., Hou, P. ve Liu, Y. (2020). Health literacy, social support, and care ability for caregivers of dementia patients: Structural equation modeling. *Geriatric Nursing*. 41(5): 600-607.

Lim, L., Zhang, A., Lim, L., Choong, T. M., Silva, E., Ng, A. ve Kandiah, N. (2018). High caregiver burden in young onset dementia: What factors need attention?. *Journal of Alzheimer's Disease*. 61(2): 537-543.

Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry*. 145(11): 1358-1368.

Liu, S., Li, C., Shi, Z., Wang, X., Zhou, Y., Liu, S., ... ve Ji, Y. (2017). Caregiver burden and prevalence of depression, anxiety and sleep disturbances in Alzheimer's disease caregivers in China. *Journal of Clinical Nursing*. 26(9-10): 1291-1300.

Livingston, G., Johnston, K., Katona, C., Paton, J., Lyketsos, C. G. ve Old Age Task Force of the World Federation of Biological Psychiatry. (2005). Systematic review of

psychological approaches to the management of neuropsychiatric symptoms of dementia. *American Journal of Psychiatry*. 162(11): 1996-2021.

Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C. ve Romero-Moreno, R. (2010). Development and validation of the Caregiver Guilt Questionnaire. *International Psychogeriatrics*. 22(4): 650-660.

Losada, A., Márquez-González, M. ve Romero-Moreno, R. (2011). Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 26(11): 1119-1127.

Losada, A., Montorio, I., Knight, B. G., Márquez, M. ve Izal, M. (2006). Explanation of caregivers distress from the cognitive model: The role of dysfunctional thoughts. *Psicología Conductual*. 14: 115–128.

Mackinnon, S. P. (2012). Perceived social support and academic achievement: Cross-lagged panel and bivariate growth curve analyses. *Journal of Youth and Adolescence*. 41: 474–485.

Madruga, M., Gozalo, M., Prieto, J., Adsuar, J. C. ve Gusi, N. (2020). Psychological symptomatology in informal caregivers of persons with dementia: Influences on health-related quality of life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 17(3): 1078.

Mahoney, R., Regan, C., Katona, C. ve Livingston, G. (2005). Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: the LASER-AD study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 13(9): 795-801.

Markowitz, J. S., Gutterman, E. M., Sadik, K. ve Papadopoulos, G. (2003). Health-related quality of life for caregivers of patients with Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 17(4): 209-214.

Marquez-Gonzalez, M., Losada, A., Izal, M., Pérez-Rajo, G. ve Montorio, I. (2007). Modification of dysfunctional thoughts about caregiving in dementia family caregivers: Description and outcomes of an intervention programme. *Aging & Mental Health*. 11(6): 616-625.

Mausbach, B. T., Chattillion, E. A., Moore, R. C., Roepke, S. K., Depp, C. A. ve Roesch, S. (2011). Activity restriction and depression in medical patients and their caregivers: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 31(6): 900-908.

Mausbach, B. T., Coon, D. W., Patterson, T. L. ve Grant, I. (2008). Engagement in activities is associated with affective arousal in Alzheimer's caregivers: A preliminary examination of the temporal relations between activity and affect. *Behavior Therapy*. 39(4): 366-374.

Mausbach, B. T., Patterson, T. L. ve Grant, I. (2008). Is depression in Alzheimer's caregivers really due to activity restriction? A preliminary mediational test of the Activity Restriction Model. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 39(4): 459-466.

Mausbach, B. T., Roepke, S. K., Chattillion, E. A., Harmell, A. L., Moore, R., Romero-Moreno, R., ... ve Grant, I. (2012). Multiple mediators of the relations between caregiving stress and depressive symptoms. *Aging & Mental Health*. 16(1): 27-38.

Mausbach, B. T., Roepke, S. K., Ziegler, M. G., Milic, M., von Känel, R., Dimsdale, J. E., ... ve Grant, I. (2010). Association between chronic caregiving stress and impaired endothelial function in the elderly. *Journal of the American College of Cardiology*. 55(23): 2599-2606.

Mavandadi, S., Patel, S., Benson, A., DiFilippo, S., Streim, J. ve Oslin, D. (2017). Correlates of caregiver participation in a brief, community-based dementia care management program. *The Gerontologist*. 57(6): 1103-1112.

McNaughton, M. E., Patterson, T. L., Smith, T. L. ve Grant, I. (1995). The relationship among stress, depression, locus of control, irrational beliefs, social support and health in Alzheimer's disease caregivers. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 183: 78–85.

MacPhillamy, D. J. ve Lewinsohn, P. M. (1982). The pleasant events schedule: Studies on reliability, validity, and scale intercorrelation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 50(3): 363-380.

Meichsner, F., Theurer, C. ve Wilz, G. (2018). Acceptance and treatment effects of an internet delivered cognitive-behavioral intervention for family caregivers of people with dementia: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*. 75(4): 594-613.

Meichsner, F., Töpfer, N. F., Reder, M., Soellner, R. ve Wilz, G. (2019). Telephone-based cognitive behavioral intervention improves dementia caregivers' quality of life. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*. 34(4): 236-246.

Meichsner, F. ve Wilz, G. (2018). Dementia caregivers' coping with pre-death grief: effects of a CBT-based intervention. *Aging & Mental Health*. 22(2): 218-225.

Mioshi, E., Bristow, M., Cook, R. ve Hodges, J. R. (2009). Factors underlying caregiver stress in frontotemporal dementia and Alzheimer's disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 27(1): 76-81.

Mitchell, M. L. ve Courtney, M. (2004). Reducing family members' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 20(4): 223-231.

Moore, R. C., Chattillion, E. A., Ceglowski, J., Ho, J., von Känel, R., Mills, P. J., ... ve Mausbach, B. T. (2013). A randomized clinical trial of Behavioral Activation (BA) therapy for improving psychological and physical health in dementia

caregivers: Results of the Pleasant Events Program (PEP). *Behaviour Research and Therapy*. 51(10): 623-632.

Morrison, B., Phillips, B. N., Jones, J. E., Przybelski, R. ve Huck, G. (2020). The impact of risk and resistance factors on quality of life in caregivers of individuals with dementia. *Clinical Gerontologist*. 43(5): 585-597.

Nam, I. (2016). Financial difficulty effects on depressive symptoms among dementia patient caregivers. *Community Mental Health Journal*. 52: 1093-1097.

Nordtug, B., Krokstad, S., Sletvold, O. ve Holen, A. (2013). Differences in social support of caregivers living with partners suffering from COPD or dementia. *International Journal of Older People Nursing*. 8(2): 93-103.

OECD: The OECD Health Project. (2005). *Long-term care for older people*. Paris: The Organisation for Economic Cooperation and Development.

O'Donnell, R. M. M. 2017. *Pilot RCT of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Versus Progressive Muscle Relaxation (PMR) to Reduce Symptoms of Distress Among Elderly Dementia Caregivers: Results at One Year Post-Intervention*. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Arizona: The University of Arizona.

Oken, B. S., Fonareva, I. ve Wahbeh, H. (2011). Stress-related cognitive dysfunction in dementia caregivers. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*. 24(4): 191-198.

Oliveira, D., Sousa, L. ve Aubeeluck, A. (2020). What would most help improve the quality of life of older family carers of people with dementia? A qualitative study of carers' views. *Dementia*. 19(4): 939-950.

Omranifard, V., Haghighizadeh, E. ve Akouchekian, S. (2018). Depression in main caregivers of dementia patients: prevalence and predictors. *Advanced Biomedical Research*. 7:34.

Orange, J. B. ve Colton-Hudson, A. (1998). Enhancing communication in dementia of the Alzheimer's type. *Topics in Geriatric Rehabilitation*. 14(2): 56-75.

O'Rourke, N. ve Tuokko, H. A. (2003). Psychometric properties of an abridged version of the Zarit Burden Interview within a representative Canadian caregiver sample. *The Gerontologist*. 43: 121-127.

Oyebode, J. (2003). Assessment of carers' psychological needs. *Advances in Psychiatric Treatment*. 9(1): 45-53.

Palmer, C. V., Adams, S. W., Bourgeois, M., Durrant, J. ve Rossi, M. (1999). Reduction in caregiver-identified problem behaviors in patients with Alzheimer disease post-hearing-aid fitting. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 42(2): 312-328.

Pan, Y. ve Chen, R. (2019). The effect of a nurse-led cognitive behavioral protocol on depressive symptoms and coping strategies of dementia caregivers. *Journal of Nursing Research*. 27(6): e55.

Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H. ve Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*. 58(5): 446-457.

Passoni, S., Moroni, L., Toraldo, A., Mazzà, M. T., Bertolotti, G., Vanacore, N. ve Bottini, G. (2014). Cognitive behavioral group intervention for Alzheimer caregivers. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 28(3): 275-282.

Patterson, T. L., Semple, S. J., Shaw, W. S., Yu, E., He, Y., Zhang, M. Y., ... ve Grant, I. (1998). The cultural context of caregiving: a comparison of Alzheimer's caregivers in Shanghai, China and San Diego, California. *Psychological Medicine*. 28(5): 1071-1084.

Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J. ve Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*. 30(5): 583-594.

Peeters, J. M., Van Beek, A. P., Meerveld, J. H., Spreeuwenberg, P. M. ve Francke, A. L. (2010). Informal caregivers of persons with dementia, their use of and needs for specific professional support: a survey of the National Dementia Programme. *BMC Nursing*. 9(1): 1-8.

Perdomo-Romero, A. Y. ve Ramírez-Perdomo, C. A. (2017). Perception of quality of life in caregivers of patients with dementia. *Revista Científica de la Sociedad de Enfermería Neurológica (English ed.)*. 46: 26-31.

Pinquart, M. ve Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and Aging*. 18(2): 250-267.

Pinquart, M. ve Sorensen, S. (2006). Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects?. In *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]*. Centre for Reviews and Dissemination (UK).

Plassman, B. L., Langa, K. M., Fisher, G. G., Heeringa, S. G., Weir, D. R., Ofstedal, M. B., ... ve Steffens, D. C. (2007). Prevalence of dementia in the United States: the aging, demographics, and memory study. *Neuroepidemiology*. 29(1-2): 125-132.

Pot, A. M., Deeg, D. J. H. ve van Dyck, R. (1997). Psychological well-being of informal caregivers of elderly people with dementia: changes over time. *Aging & Mental Health*. 1(3): 261-268.

Prince, M., Knapp, M., Guerchet, M., McCrone, P., Prina, M., Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., Adelaja, B., Hu, B., King, D., Rehill, A. ve Salimkumar, D. (2014). *Dementia UK: Update*.

https://www.alzheimers.org.uk/download/downloads/id/2323/dementia_uk_update.pdf, (25.04.2020).

Razani, J., Kakos, B., Orieta-Barbalace, C., Wong, J. T., Casas, R., Lu, P., ... ve Josephson, K. (2007). Predicting caregiver burden from daily functional abilities of patients with mild dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*. 55(9): 1415-1420.

Rees, C. S., McEvoy, P. ve Nathan, P. R. (2005). Relationship between homework completion and outcome in cognitive behaviour therapy. *Cognitive Behavioral Therapy*. 34: 242–247.

Richards, K., Lambert, C. ve Beck, C. (2000). Deriving Interventions for Challenging Behaviors from the Need-driven, Dementiacompromised Behavior Model. *Alzheimer's Care Today*. 1(4): 62-76.

Rigby, T., Ashwill, R. T., Johnson, D. K. ve Galvin, J. E. (2019). Differences in the experience of caregiving between spouse and adult child caregivers in dementia with Lewy Bodies. *Innovation in Aging*. 3(3): 1-15.

Romero-Moreno, R., Losada, A., Marquez, M., Laidlaw, K., Fernández-Fernández, V., Nogales-González, C. ve López, J. (2013). Leisure, gender, and kinship in dementia caregiving: psychological vulnerability of caregiving daughters with feelings of guilt. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 69(4): 502-513.

Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Mausbach, B. T. ve Losada, A. (2012). Variables modulating depression in dementia caregivers: A longitudinal study. *International Psychogeriatrics*. 24(8): 1316-1324.

Rosa, E., Lussignoli, G., Sabbatini, F., Chiappa, A., Di Cesare, S., Lamanna, L. ve Zanetti, O. (2010). Needs of caregivers of the patients with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 51(1): 54-58.

Rosness, T. A., Mjørud, M. ve Engedal, K. (2011). Quality of life and depression in carers of patients with early onset dementia. *Aging & Mental Health*. 15(3): 299-306.

Roth, D. L., Dilworth-Anderson, P., Huang, J., Gross, A. L. ve Gitlin, L. N. (2015). Positive aspects of family caregiving for dementia: Differential item functioning by race. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 70(6): 813-819.

Sallim, A. B., Sayampanathan, A. A., Cuttilan, A. ve Ho, R. C. M. (2015). Prevalence of mental health disorders among caregivers of patients with Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Directors Association*. 16(12): 1034-1041.

Sarıkaya, N. A., Sukut Ö. ve Ayhan, C. H. (2017). Alzheimer Hastalarında Görülen Davranışsal Sorunları Yönetme. *Jaren*. 3(Ek Sayı): 33-38.

Savundranayagam, M. Y., Montgomery, R. J. V. ve Kosloski, K. (2011). A dimensional analysis of caregiver burden among spouses and adult children. *The Gerontologist*. 51: 321-351.

Savva, G. M., Zaccai, J., Matthews, F. E., Davidson, J. E., McKeith, I. ve Brayne, C. (2009). Prevalence, correlates and course of behavioural and psychological symptoms of dementia in the population. *The British Journal of Psychiatry*. 194(3): 212-219.

Schmidt, G. L. ve Keyes, B. (1985). Group psychotherapy with family caregivers of demented patients. *The Gerontologist*. 25(4): 347-350.

Schölzel-Dorenbos, C. J., Draskovic, I., Vernooij-Dassen, M. J. ve Rikkert, M. G. O. (2009). Quality of life and burden of spouses of Alzheimer disease patients. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 23(2): 171-177.

Schulz, R., Mendelsohn, A. B., Haley, W. E., Mahoney, D., Allen, R. S., Zhang, S., ... ve Belle, S. H. (2003). End-of-life care and the effects of bereavement on family caregivers of persons with dementia. *New England Journal of Medicine*. 349(20): 1936-1942.

Schulz, R., O'Brien, A. T., Bookwala, J. ve Fleissner, K. (1995). Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates, and causes. *The Gerontologist*. 35(6): 771-791.

Searson, R., Hendry, A. M., Ramachandran, R., Burns, A. ve Purandare, N. (2008). Activities enjoyed by patients with dementia together with their spouses and psychological morbidity in carers. *Aging and Mental Health*. 12(2): 276-282.

Selwood, A., Johnston, K., Katona, C., Lyketsos, C. ve Livingston, G. (2007). Systematic review of the effect of psychological interventions on family caregivers of people with dementia. *Journal of Affective Disorders*. 101(1-3): 75-89.

Serra, L., Contador, I., Fernández-Calvo, B., Ruisoto, P., Jenaro, C., Flores, N., ... ve Rivera-Navarro, J. (2018). Resilience and social support as protective factors against abuse of patients with dementia: A study on family caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 33(8): 1132-1138.

Sharma, N., Chakrabarti, S. ve Grover, S. (2016). Gender differences in caregiving among family-caregivers of people with mental illnesses. *World Journal of Psychiatry*. 6(1): 7-17.

Shaw, W. S., Patterson, T. L., Semple, S. J., Dimsdale, J. E., Ziegler, M. G. ve Grant, I. (2003). Emotional expressiveness, hostility and blood pressure in a longitudinal cohort of Alzheimer caregivers. *Journal of Psychosomatic Research*. 54(4): 293-302.

Shuter, P., Beattie, E. ve Edwards, H. (2014). An exploratory study of grief and health-related quality of life for caregivers of people with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*. 29(4): 379-385.

Simpson, C. ve Carter, P. (2013). Short-term changes in sleep, mastery & stress: impacts on depression and health in dementia caregivers. *Geriatric Nursing*. 34(6): 509-516.

Skevington, S. M., Lotfy, M. ve O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research*. 13(2): 299-310.

Small, J. A. ve Gutman, G. (2002). Recommended and reported use of communication strategies in Alzheimer caregiving. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*. 16(4): 270-278.

Son, J., Erno, A., Shea, D. G., Femia, E. E., Zarit, S. H. ve Parris Stephens, M. A. (2007). The caregiver stress process and health outcomes. *Journal of Aging and Health*. 19(6): 871-887.

Soner, S. ve Aykut, S. (2017). Alzheimer hastalık sürecinde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler ve sosyal hizmet. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 3(2): 375-387.

Sörensen, S., Duberstein, P., Gill, D. ve Pinquart, M. (2006). Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *The Lancet Neurology*. 5(11): 961-973.

Srivastava, G., Tripathi, R. K., Tiwari, S. C., Singh, B. ve Tripathi, S. M. (2016). Caregiver burden and quality of life of key caregivers of patients with dementia. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 38(2): 133-136.

Steeman, E., Abraham, I. L. ve Godderis, J. (1997). Risk profiles for institutionalization in a cohort of elderly people with dementia or depression. *Archives of Psychiatric Nursing*. 11(6): 295-303.

Stewart, N. J., Morgan, D. G., Karunanayake, C. P., Wickenhauser, J. P., Cammer, A., Minish, D., ... ve Hayduk, L. A. (2016). Rural caregivers for a family member with dementia: Models of burden and distress differ for women and men. *Journal of Applied Gerontology*. 35(2): 150-178.

Svendsboe, E., Terum, T., Testad, I., Aarsland, D., Ulstein, I., Corbett, A. ve Rongve, A. (2016). Caregiver burden in family carers of people with dementia with Lewy bodies and Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 31(9): 1075-1083.

Şahin, N. H. ve Durak, A. (1994). Kısa semptom envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 9(31): 44-56.

Takai, M., Takahashi, M., Iwamitsu, Y., Ando, N., Okazaki, S., Nakajima, K., ... ve Miyaoka, H. (2009). The experience of burnout among home caregivers of patients with dementia: Relations to depression and quality of life. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 49(1): e1-e5.

Takai, M., Takahashi, M., Iwamitsu, Y., Oishi, S. ve Miyaoka, H. (2011). Subjective experiences of family caregivers of patients with dementia as predictive factors of quality of life. *Psychogeriatrics*. 11(2): 98-104.

Teri, L., Gibbons, L. E., McCurry, S. M., Logsdon, R. G., Buchner, D. M., Barlow, W. E., ... ve Larson, E. B. (2003). Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease: a randomized controlled trial. *Jama*. 290(15): 2015-2022.

Thoits, P. A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? what next?. *Journal of Health and Social Behavior*. 35(Extra Issue): 53–79.

Thomas, P., Lalloué, F., Preux, P. M., Hazif-Thomas, C., Pariel, S., Inscale, R., ... ve Clément, J. P. (2006). Dementia patients caregivers quality of life: the PIXEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A Journal of the Psychiatry of Late Life and Allied Sciences*. 21(1): 50-56.

Thompson, R. T. L., Lewis, S. L., Murphy, M. R., Hale, J. M., Blackwell, P. H., Acton, G. J., ... ve Bonner, P. N. (2004). Are there sex differences in emotional and biological responses in spousal caregivers of patients with Alzheimer's disease?. *Biological Research for Nursing*. 5(4): 319-330.

Thompson, L. W., Solano, N., Kinoshita, L., Coon, D. W., Mausbach, B. ve Gallagher-Thompson, D. (2002). Pleasurable activities and mood: Differences between Latina and Caucasian dementia family caregivers. *Journal of Mental Health and Aging*. 8: 211–224.

Torrisi, M., De Cola, M. C., Marra, A., De Luca, R., Bramanti, P. ve Calabrò, R. S. (2017). Neuropsychiatric symptoms in dementia may predict caregiver burden: a Sicilian exploratory study. *Psychogeriatrics*. 17(2): 103-107.

Töpfer, N. F. ve Wilz, G. (2018). Tele. TAnDem increases the psychosocial resource utilization of dementia caregivers. *GeroPsych*. 31(4): 173-183.

Türkiye İstatistik Kurumu (2016). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2015*. www.tuik.gov.tr, (30.04.2020).

Türkiye İstatistik Kurumu (2020). *İstatistiklerle Yaşlılar, 2019*.
<https://data.tuik.gov.tr/tr/display-bulletin/?bulletin=istatistiklerle-yaslilar-2019-33712>, (02.05.2020).

Türkiye İstatistik Kurumu (2020). *Hayat Tabloları, 2017-2019*.
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/OpenPdf?p=1O8OlsASa1s8KjixRLVFEIc6XmNgdvTmr3JnWbT/PzWU6cvngiFHglOFxJs1ChiFemawZPqCsHRajVe3v6IMs5L9Wt3PmxsOPM/eCNrZXyE=>, (28.05.2021).

Um, T. ve Choi, B. (2018). Factors related to anxiety and depression of the family caregivers' with dementia patients: based on 2015 community health survey. *The Journal of Korean Society for School & Community Health Education*. 19(3): 65-77.

van der Lee, J., Bakker, T. J., Duivenvoorden, H. J. ve Dröes, R. M. (2014). Multivariate models of subjective caregiver burden in dementia: a systematic review. *Ageing Research Reviews*. 15: 76-93.

Vellone, E., Piras, G., Talucci, C. ve Cohen, M. Z. (2008). Quality of life for caregivers of people with Alzheimer's disease. *Journal of Advanced Nursing*. 61(2): 222-231.

Vitaliano, P. P., Scanlan, J. M., Zhang, J., Savage, M. V., Hirsch, I. B. ve Siegler, I. C. (2002). A path model of chronic stress, the metabolic syndrome, and coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*. 64(3): 418-435.

Wang, Y., Haaksma, M. L., Ramakers, I. H., Verhey, F. R., van de Flier, W. M., Scheltens, P., ... ve Melis, R. J. (2019). Cognitive and functional progression of dementia in two longitudinal studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 34(11): 1623-1632.

Wang, J., Xiao, L. D., He, G. P. ve Bellis, A. (2014). Family caregiver challenges in dementia care in a country with undeveloped dementia services. *Journal of Advanced Nursing*. 70(6): 1369-1380.

Watson, B., Tatangelo, G. ve McCabe, M. (2019). Depression and anxiety among partner and offspring carers of people with dementia: a systematic review. *The Gerontologist*. 59(5): e597-e610.

WHO Quality of Life Assessment Group. (1996). What quality of life? / The WHOQOL Group. *World Health Forum* 1996. 17(4): 354-356.

World Health Organization. (2015). *The epidemiology and impact of dementia. Current state and future trends*.

http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf, (01.05.2020).

Whoqol Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*. 28(3): 551-558.

Wilks, S. E. ve Croom, B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support. *Aging and Mental Health*. 12(3): 357-365.

Williamson, G. M. (2000). Extending the activity restriction model of depressed affect: Evidence from a sample of breast cancer patients. *Health Psychology*. 19(4): 339-347.

Williamson, G. M. ve Schulz, R. (1992). Pain, activity restriction, and symptoms of depression among community-residing elderly adults. *Journal of Gerontology*. 47(6): P367-P372.

Williamson, G. M. ve Schulz, R. (1993). Coping with specific stressors in Alzheimer's disease caregiving. *The Gerontologist*. 33(6): 747-755.

Wilz, G., Meichsner, F. ve Soellner, R. (2017). Are psychotherapeutic effects on family caregivers of people with dementia sustainable? Two year long-term effects of a telephone-based cognitive behavioral intervention. *Aging & Mental Health*. 21(7): 774-781.

Wilz, G., Reder, M., Meichsner, F. ve Soellner, R. (2018a). The Tele. TAnDem intervention: telephone-based CBT for family caregivers of people with dementia. *Gerontologist*. 58(2): e118-e129.

Wilz, G. ve Soellner, R. (2016). Evaluation of a short-term telephone-based cognitive behavioral intervention for dementia family caregivers. *Clinical Gerontologist*. 39(1): 25-47.

Wilz, G., Weise, L., Reiter, C., Reder, M., Machmer, A. ve Soellner, R. (2018b). Intervention helps family caregivers of people with dementia attain own therapy goals. *American Journal of Alzheimers Disease and Other Dementia*. 33(5): 301-308.

Winslow, B. W. (1997). Effects of formal supports on stress outcomes in family caregivers of Alzheimer's patients. *Research in Nursing & Health*. 20(1): 27-37.

Xiong, C., Biscardi, M., Astell, A., Nalder, E., Cameron, J. I., Mihailidis, A. ve Colantonio, A. (2020). Sex and gender differences in caregiving burden experienced by family caregivers of persons with dementia: A systematic review. *PloS one*. 15(4): e0231848.

Xiong, C., Biscardi, M., Nalder, E. ve Colantonio, A. (2018). Sex and gender differences in caregiving burden experienced by family caregivers of persons with dementia: a systematic review protocol. *BMJ open*. 8(8): e022779.

Yaffe, M. J. (1988). Implications of caring for an aging parent. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 138(3): 231-235.

Yazar, T., Yazar, H. O., Demir, E. Y., Özdemir, F., Çankaya, S. ve Enginyurt, Ö. (2018). Assessment of the mental health of carers according to the stage of patients with diagnosis of Alzheimer-type dementia. *Neurological Sciences*. 39(5): 903-908.

Yorulmaz, E. ve Dirik, G. (2021). Demans tanısı olan kişilere bakım verenler ve bilişsel davranışçı terapi: Sistemik derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 13(2): 170-191.

Yurtsever, S., Özge, A., Kara, A., Yandim, A., Kalav, S. ve Yesil, P. (2013). The relationship between care burden and social support in Turkish Alzheimer patients family caregivers: Cross-sectional study. *Journal of Nursing Education and Practice*. 3(9): 1-12.

Zarit, S. H., Orr, N. K. ve Zarit, J. M. (1985). *Families under stress: Caring for the patient with Alzheimer's disease and related disorders*. New York: University Press.

Zarit, S. H., Reever, K. E. ve Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*. 20(6): 649-655.

Zarit, S. H., Todd, P. A. ve Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *The Gerontologist*. 26(3): 260-266.

Zhang, H., Xiong, R. H., Sara, H., Zhang, J. J. ve Zhang, X. Q. (2013). Psychological distress, family functioning, and social support in family caregivers for patients with dementia in the mainland of China. *Chinese Medical Journal*. 126(18): 3417-3421.

Zijlstra, G., Van Haastregt, J., Van Eijk, E., Van Rossum, P., Stalenhoef, G. ve Kempen, G. I. (2007). Prevalence and correlates of fear of falling, and associated

avoidance of activity in the general population of community-living older people. *Age and Ageing*. 36(3): 304-309.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. ve Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*. 52(1): 30-41.

Zwingmann, I., Michalowsky, B., Esser, A., Kaczynski, A., Monsees, J., Keller, A., ... ve Kilimann, I. (2019). Identifying unmet needs of family dementia caregivers: results of the baseline assessment of a cluster-randomized controlled intervention trial. *Journal of Alzheimer's Disease*. 67(2): 527-539.



EKLER

EK 1: Kişisel Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Yaşınız: _____

Cinsiyetiniz: _____ Kadın _____ Erkek

Eğitim Durumunuz: _____ Okur yazar değil _____ Okur yazar _____ İlkokul
_____ Ortaokul _____ Lise _____ Üniversite _____ Yüksek
Lisans/Doktora

Çalışıyor musunuz? _____ Evet _____ Hayır **Mesleğiniz:**

Medeni Haliniz: _____ Bekar _____ Evli
_____ Boşanmış _____ Dul (Eşi vefat etmiş)

Çocuğunuz var mı? _____ Evet _____ Hayır

Aylık gelir miktarınız: _____

Bakım verdiğiniz hastanın cinsiyeti: _____

Bakım verdiğiniz hastanın yaşı: _____

Hastanın nesi oluyorsunuz? _____

Hastalık ne zamandır sürüyor? _____

Bakım verdiğiniz hastanızın demans düzeyi : _____

Hastanıza haftada kaç saat bakım veriyorsunuz ?-----

Hastanızın bakımını üstlenen başka biri var mı?
_____ (Varsa kim olduğunu belirtiniz)

Bakımını üstlendiğiniz (bakmakla yükümlü olduğunuz) kaç kişi var?

Kimler olduğunu belirtiniz (örn: çocuk, yaşlı anne-baba)

Herhangi bir fiziksel rahatsızlığınız var mı? (varsa belirtiniz)

Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı? (varsa belirtiniz)

Fiziksel ya da psikolojik tedavi görüyor musunuz? / Yardım alıyor musunuz?
_____ (Varsa tedavi şeklini belirtiniz)

EK 2: Zarit Bakıcı Yükünün Kısaltılmış Versiyonu (Örnek Maddeler)

ZARİT BAKICI YÜKÜNÜN KISALTIILMIŞ VERSİYONU

TALİMAT: Aşağıda kişilerin bazen başka bir kişiye bakarken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunuyor. Her ifadeden sonra, bunu ne kadar sık düşündüğünüzü belirtin; hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık veya neredeyse daima. Doğru veya yanlış cevaplar yoktur.

1. Hastanızın gerektiğinden daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?

- ☐ 0 Hiçbir zaman
- ☐ 1 Nadiren
- ☐ 2 Bazen
- ☐ 3 Oldukça sık
- ☐ 4 Neredeyse daima

4. Hastanızın davranışından ötürü utanıyor musunuz?

- ☐ 0 Hiçbir zaman
- ☐ 1 Nadiren
- ☐ 2 Bazen
- ☐ 3 Oldukça sık
- ☐ 4 Neredeyse daima

7. Hastanızın geleceğine ilişkin korkularınız var mı?

- ☐ 0 Hiçbir zaman
- ☐ 1 Nadiren
- ☐ 2 Bazen
- ☐ 3 Oldukça sık
- ☐ 4 Neredeyse daima

10. Hastanızla uğraştığınızdan dolayı sağlığınızın bozulduğunu düşünüyor musunuz?

- ☐ 0 Hiçbir zaman
- ☐ 1 Nadiren

- ☐ 2 Bazen
- ☐ 3 Oldukça sık
- ☐ 4 Neredeyse daima



EK 3: Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) (Örnek Maddeler)

ALGILANAN STRES ÖLÇEĞİ (ASÖ)

Aşağıda geçtiğimiz ay içerisindeki kişisel deneyimleriniz hakkında bir dizi soru yöneltilmektedir. Her soruyu dikkatlice okuyarak size en uygun seçeneğin altındaki kutuya bir çarpı işareti koyarak cevaplayınız. Soruların doğru veya yanlış cevabı yoktur. Önemli olan sizin duygu ve düşüncelerinizi yansıtan yanıtlar vermenizdir.

	Hiçbir Zaman	Hiçbir Neredeyse	Bazen	Oldukça Sık	Çok Sık
2. Geçen ay, hayatınızdaki önemli şeyleri kontrol edemediğinizi ne sıklıkta hissettiniz?					
6. Geçen ay, kişisel sorunlarınızı ele alma yeteneğinize ne sıklıkta güven duydunuz?					
10. Geçen ay, ne sıklıkta her şeyin üstesinden geldiğinizi hissettiniz?					
13. Geçen ay, ne sıklıkta zamanınızı nasıl kullanacağınızı kontrol edebildiniz?					
14. Geçen ay, ne sıklıkta problemlerin üstesinden gelemeyeceğiniz kadar biriktiğini hissettiniz?					

EK 4: Kısa Semptom Envanteri (KSE) (Örnek Maddeler)

KISA SEMPTOM ENVANTERİ (KSE)

Aşağıda zaman zaman herkeste olabilecek yakınma ve sorunların bir listesi vardır. Lütfen her birini dikkatlice okuyunuz. Sonra bu durumun bugün de dahil olmak üzere son bir ay içinde sizi ne ölçüde huzursuz ve tedirgin ettiğini göz önüne alarak aşağıda belirtilen tanımlamalardan uygun olanının numarasını karşısındaki boşluğa yazınız. Düşüncenizi değiştirirseniz ilk yazdığınız numarayı tamamen siliniz. Lütfen başlangıç örneğini dikkatle okuyunuz ve anlamadığınız bir cümle ile karşılaştığınızda uygulayan kişiye danışınız.

Örnek :

Aşağıda belirtilen sorundan
ne ölçüde rahatsız olmaktadır?

Tanımlama :

- 0** Hiç
- 1** Çok az
- 2** Orta derecede
- 3** Oldukça fazla
- 4** Aşırı düzeyde

- 1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali
- 10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi
- 24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu
- 34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği
- 42. Diğerlerinin yanındayken yanlış birşeyler yapmamaya çalışmak
- 47. Yalnız bırakıldığında/ kalındığında sinirlilik hissetmek
- 51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu

EK 5: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) (Örnek Maddeler)

ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (MSPSS)

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1 den 7 ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söyleneni sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz.

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

4.İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

7.İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

10.Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

12.Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır	1	2	3	4	5	6	7	Kesinlikle evet
------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------

EK 6: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin Kısa Formu (WHOQOL-BREF (TR)) (Örnek Maddeler)

**DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ'NİN KISA
FORMU (WHOQOL-BREF (TR))**



WHOQOL-BREF(TR)

Türkçe Ulusal Kısa Sürüm - Şubat 1999

**DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ
RUH SAĞLIĞI PROGRAMI
CENEVRE**

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz.
Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir?

Erkek

Kadın

Doğum tarihiniz nedir?

____/____/____

GÜN /

AY

/

YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?

Hiç eğitim almadım

İlkokul-ortaokul

Lise veya eşdeğeri

Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

hiç evlenmemiş

ayrı yaşıyor

evli

boşanmış

evli gibi yaşıyor

eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı?

evet

hayır

Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

hastalık / sorun

Yönerge

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. **Lütfen bütün soruları cevaplayınız.** Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, **lütfen size en uygun görünen cevabı** seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

ŞİMDİ, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam nasıl kalitenizi buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
12 F18.1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde **iyi ya da doyurucu** bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

.....

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

.....

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

YARDIMLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER

EK 7: Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (MÜDAHALE GRUBU İÇİN)

I-Araştırmaya İlişkin Bilgiler

Bu araştırma Prof. Dr. Gülay Dirik danışmanlığında, Dokuz Eylül Üniversitesi Psikoloji Bölümü Doktora öğrencisi Uzm. Psk. Elçin Yorulmaz tarafından “Demans Tanısı olan Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerine Yönelik Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Bir Müdahalenin Geliştirilmesi ve Etkilerinin İncelenmesi” adlı doktora tezi olarak yürütülmektedir. Çalışmanın amacı demans tanısı olan bireylere bakım verenlere 8 seanslık bilişsel davranışçı terapi temelli bir müdahalenin geliştirilmesidir.

Bu çalışma kapsamında katılımcılara araştırmacılar tarafından geliştirilen haftada bir 60 dakika şeklinde gerçekleştirilecek olan 8 seansın uygulanması planlanmaktadır. İlk seansa başlamadan ve son seans bittikten sonra katılımcılara ölçekler uygulanacaktır. Ölçekler katılımcı tarafından doldurulacak ve yaklaşık 45 dakika sürecektir. Çalışmada katılımcıya zarar verme riski taşıyan herhangi bir uygulama ya da müdahale yer almamaktadır. Çalışmanın 1 yıl içerisinde 30 katılımcı ile tamamlanması hedeflenmektedir.

II-Katılımcının Haklarına İlişkin Bilgiler

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışma süresince, sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir; elde edilecek bilgiler bilimsel yayımlarda kullanılacaktır.

Çalışma sırasında doldurulması talep edilen ölçekler genel olarak kişisel rahatsızlık verecek herhangi bir ayrıntı içermemektedir. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz çalışmayı yarıda bırakma hakkına sahipsiniz. Böyle bir durumda araştırmacıya, çalışmadan ayrılmak istediğinizi söylemeniz yeterli olacaktır. Katılımcıdan bu uygulama için herhangi bir ücret talep edilmeyecek veya herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Dokuz Eylül Üniversitesi Psikoloji Bölümü Doktora Programı öğrencisi Uzm. Psk. Elçin Yorulmaz ile iletişim kurabilirsiniz.

“Yukarıda katılımcıya araştırmadan önce verilmesi gereken bilgilerin yer aldığı metni okudum. Bunlar hakkında bana hem yazılı hem de sözlü açıklamalar yapıldı. Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum”

Tarih: ../../202.

Araştırmacıların

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Gülay Dirik

Araştırmacı: Uzm. Psk. Elçin Yorulmaz

İmzası:

Gönüllü Katılımcının

Adı Soyadı:

İmzası:

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (KONTROL GRUBU İÇİN)

I-Araştırmaya İlişkin Bilgiler

Bu araştırma Prof. Dr. Gülay Dirik danışmanlığında, Dokuz Eylül Üniversitesi Psikoloji Bölümü Doktora öğrencisi Uzm. Psk. Elçin Yorulmaz tarafından “Demans Tanısı olan Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerine Yönelik Bilişsel Davranışçı Terapi Temelli Bir Müdahalenin Geliştirilmesi ve Etkilerinin İncelenmesi” adlı doktora tezi olarak yürütülmektedir. Bu çalışma kapsamında katılımcılardan 8 hafta ara ile 2 ölçüm alınması planlanmaktadır. Ölçekler katılımcı tarafından doldurulacak ve yaklaşık 45 dakika sürecektir. Ölçümlerden sonra bilgilendirme yapılacaktır. Çalışmada katılımcıya zarar verme riski taşıyan herhangi bir uygulama ya da müdahale yer almamaktadır. Çalışmanın 1 yıl içerisinde 30 katılımcı ile tamamlanması hedeflenmektedir.

II-Katılımcının Haklarına İlişkin Bilgiler

Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışma süresince, sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir; elde edilecek bilgiler bilimsel yayımlarda kullanılacaktır.

Çalışma sırasında doldurulması talep edilen ölçekler genel olarak kişisel rahatsızlık verecek herhangi bir ayrıntı içermemektedir. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz çalışmayı yarıda bırakma hakkına sahipsiniz. Böyle bir durumda araştırmacıya, çalışmadan ayrılmak istediğinizi söylemeniz yeterli olacaktır. Katılımcıdan bu uygulama için herhangi bir ücret talep edilmeyecek veya herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Dokuz Eylül Üniversitesi Psikoloji Bölümü Doktora Programı öğrencisi Uzm. Psk. Elçin Yorulmaz ile iletişim kurabilirsiniz.

“Yukarıda katılımcıya araştırmadan önce verilmesi gereken bilgilerin yer aldığı metni okudum. Bunlar hakkında bana hem yazılı hem de sözlü açıklamalar yapıldı. Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum”

Tarih: ../../202.

Araştırmacıların

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr. Göluy Dirik

Araştırmacı: Uzm. Psk. Elçin Yorulmaz

İmzası:

Gönüllü Katılımcının

Adı Soyadı:

İmzası:



EK 8: Seanslarda Ele Alınması Gereken Temel Noktalar

1. Seans (Psikoeğitim):

- Ölçeklerin uygulanması
- Bilgilendirilmiş onam alınması
- Bakımveren ve bakım alan ile ilgili bilgi almak
- Bakım verme ve etkileri ile ilgili bilgi vermek Problemlili Davranış Takip Çizelgesinin Verilmesi

2. Seans (Problemlili Davranışların Yönetimi):

- Davranış problemleri
- Davranış problemlerine yönelik genel öneriler
- Davranış problemlerinin altında yatan karşılanmayan ihtiyaçlar
- Demans tanısı olan bireyin davranışlarının öncüllerinin belirlenmesi
- Bakım alan bireye özgü davranışlara yönelik öneriler
- Önerilere dair broşürün verilmesi
- Aktivite Günlüğünün Tanıtılması

3. Seans (Aktivite Planlaması):

- Davranış problemlerine yönelik önerilerin uygulanıp uygulanmadığının ele alınması
- Aktivite günlüğünün incelenmesi
- Bakım veren için 5 aktivitenin seçilmesi
- Aktivite kısıtlanmasının ele alınması
- Demans tanısı olan birey için 3 aktivitenin seçilmesi
- Her hafta öncelikle bunun ele alınacağını bilgisinin verilmesi

4. Seans (Problem Çözme, İletişim Becerileri ve Sosyal Destek):

- Aktivitelerin değerlendirilmesi
- Problem çözmenin aşamaları
- İletişim önerileri
- Sosyal desteğin sorgulanması
- Düşünce kayıt formunun anlatılması

5 & 6 Seans (Bilişsel Yeniden Yapılandırma):

5. Seans:

- Düşünce kayıt formunun incelenmesi
- Bilişsel model
- Otomatik düşünceler

6. Seans:

- Otomatik düşünceler
- Otomatik düşüncelerin sorgulanması
- Bilişsel çarpıtmalar
- Alternatif düşüncelerin oluşturulması
- Aşamalı kas gevşetme ses kaydını nasıl dinleyebileceği

7. Seans (Aşamalı Kas Gevşetme):

- Alternatif düşüncelerin incelenmesi
- Aşamalı kas gevşetme

8. Seans (Sonlandırma ve Nüks Önleme):

- Aşamalı kas gevşetmenin dinlenip dinlenilmediği
- Sonlandırma
- Ölçeklerin uygulanması