

**BELİRSİZ KAYIP ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA: ALZHEİMER
HASTALARINA BAKIM VEREN YAKINLARININ BAKIM
VEREN YASI VE DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES
DÜZEYLERİNİ BELİRLEYEBİLECEK BAZI DEĞİŞKENLERİN
İNCELENMESİ**

Meltem Ergen Kahraman
181180114

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2021

**BELİRSİZ KAYIP ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA: ALZHEİMER
HASTALARINA BAKIM VEREN YAKINLARININ BAKIM
VEREN YASI VE DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES
DÜZEYLERİNİ BELİRLEYEBİLECEK BAZI DEĞİŞKENLERİN
İNCELENMESİ**

Meltem Ergen Kahraman
181180114
Orcid: 0000-0003-4919-4216

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2021



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*” ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.



ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

Bu belge, Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli “*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*” ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında gizlenmiştir.



TEŞEKKÜR

Bu zorlu süreçte sabır ve hoşgörü ile destek olan, katkılarını esirgemeyen değerli hocam Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan’a gönülden teşekkürlerimi sunarım.

Eğitim hayatımın her anında ihtiyacım olan desteği sunan, veri toplama sürecinde benden çok çaba gösteren canım annem Leyla Ergen’e, canım babam İsmail Ergen’e, verdiği destek ile beni hep duygulandıran annem Feriha Kahraman’a minnettarım.

Son olarak hayatımdaki zor, kolay tüm süreçlerimde yanımda olup elimi tutan biricik eşim Mesut Kahraman’a sonsuz sevgi ve teşekkürler...

Meltem Ergen Kahraman

Şubat 2021

ÖZ

BELİRSİZ KAYIP ÜZERİNE BİR ÇALIŞMA: ALZHEİMER HASTALARINA BAKIM VEREN YAKINLARININ BAKIM VEREN YASI VE DEPRESYON, ANKSİYETE, STRES DÜZEYLERİNİ BELİRLEYEBİLECEK BAZI DEĞİŞKENLERİN İNCELENMESİ

Meltem Ergen Kahraman
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2021

Bu araştırmada, Alzheimer hastası olan yakınlarına bakım verenlerin, bakım veren yası ve depresyon, anksiyete, stres düzeylerini belirleyebilecek bazı değişkenler ile ilişkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın örneklemini Türkiye genelinde 18-73 yaş aralığında Alzheimer hastası yakınlarına bakım veren 165 kişiden oluşmaktadır. Araştırmada verilerin toplanması amacıyla, Demografik Bilgi Formu, Aile Yapısı ve Hasta Bakımına İlişkin Soru Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Formu, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form, Marwit Meuser-Bakım Veren Yas Ölçeği Kısa Form, Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği Kısa Formu uygulanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 21.0 programı kullanılmış; analizlerde Pearson Korelasyon Analizi, Hiyerarşik Regresyon Analizi kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre algılanan sosyal desteğin, depresyonun, anksiyetenin, stresin, belirsizliğe tahammülsüzlüğün, bakım veren yasının, duygu düzenleme güçlüğüne birbirleri ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu görülmüştür. Yapılan regresyon analizi sonucunda, algılanan sosyal desteğin alt boyutlarından aileden algılanan sosyal desteğin, belirsizliğe tahammülsüzlüğün alt boyutlarından ileriye dönük ve engelleyici kaygının, duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarından açıklık ve stratejinin, bakım veren yası alt boyutlarından kişisel fedakârlık ve izolasyonun Alzheimer hastalarına bakım verenlerin depresyon, anksiyete, stres düzeyi ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur. Bakım veren yas düzeyi ile ilişkili değişkenleri belirlemek amacıyla yapılan hiyerarşik regresyon analizi sonucunda ise

duygu düzenleme g  l   alt boyutlarından açıklık ve stratejinin, çok boyutlu algılanan sosyal desteğin alt boyutlarından özel birinden algılanan sosyal desteğin, stresin, belirsizliğe tahamm ls zl  n alt boyutlarından engelleyici kaygının bakım veren yası ile anlamlı ilişkilere sahip olduğu bulunmuştur. Analizler sonucu elde edilen bulgular, literatürdeki bilgiler ışığında tartı ılmı tır.

Anahtar Sözcükler: Alzheimer Bakımı, Belirsiz Kayıp, Bakım Veren Yası, Sosyal Destek, Depresyon, Anksiyete, Stres, Belirsizliğe Tahamm ls zl  k, Duygu Düzenleme G  l  .



ABSTRACT

A STUDY ON AMBIGUOUS LOSS: EXAMINATION OF SOME VARIABLES THAT MAY DETERMINE RELATIVES OF ALZHEIMER PATIENTS THE LEVELS OF CAREGIVER'S GRIEF, DEPRESSION, ANXIETY, STRESS LEVELS

Meltem Ergen Kahraman
Master Thesis
Department of Psychology
Clinical Psychology Programme
Thesis Advisor: Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan
Maltepe Üniversitesi Graduate School, 2021

In this study, it was aimed to examine the relationships of some variables with the caregiver's grief and depression, anxiety, stress levels who care their relatives suffering from Alzheimer. The sample in the 18-73 age range across Turkey consisted of 165 caregivers. In order to collect data in the study, Demographic Information Form, Question Form on Family Structure and Patient Care, Multidimensional Perceived Social Support Scale, Short Form of Intolerance to Uncertainty Scale, Short Form of Emotion Regulation Difficulty Scale, Marwit Meuser-Caregiver Grief Scale Short Form, Depression, Anxiety, Stress Scale Short Form were utilized. SPSS 21.0 program was used for data analysis and Pearson Correlation Analysis, Hierarchical Regression Analysis were performed.

According to the results obtained from the study, it was observed that perceived social support, depression, anxiety, stress, intolerance to uncertainty, caregiver grief and difficulty in emotion regulation were significantly correlated with each other. According to the results of regression analysis family support dimension of perceived social support, inhibitory and prospective dimensions of intolerance to uncertainty, clarity and strategy dimensions of emotion regulation difficulty, personal sacrifice and isolation dimensions of caregiver's grief were significantly associated with the depression, anxiety, stress scores of the participants. It was also found that clarity and strategy dimensions of emotion regulation difficulties, significant other dimension of perceived social support, stress, and inhibitory anxiety were related to caregiver's grief. These findings have been discussed in the light of the relevant literature.

Keywords: Alzheimer's Care, Ambiguous Loss, Caregiver's Grief, Social Support, Depression, Anxiety, Stress, Intolerance of Uncertainty, Emotion Regulation Difficulty.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI	ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZ	v
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR.....	xi
ÖZGEÇMİŞ	xii
BÖLÜM 1. GİRİŞ.....	1
1.1. Belirsiz Kayıp.....	3
1.1.1. Belirsiz Kaybın Türleri.....	4
1.1.2. Belirsiz Kayıp Yaşayanların Tepkileri	5
1.1.3. Belirsiz Kaybın Etkilerinin Aşamaları	7
1.1.4. Belirsiz Kayıpta Yas.....	8
1.2. Bakım Verme	10
1.2.1. Alzheimer Hastalarına Bakım Verme	12
1.2.2. Alzheimer Hastalarına Bakım Vermenin Psikopatoloji ile İlişkisi	14
1.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük.....	15
1.4. Sosyal Destek.....	17
1.5. Duygu Düzenleme.....	19
1.6. Araştırmanın Amacı	22
1.7. Araştırmanın Önemi.....	23
BÖLÜM 2.YÖNTEM.....	25
2.1. Evren ve Örneklem	25
2.2. Veri Toplama Araçları	27
2.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	27
2.2.2. Demografik Bilgi Formu	27
2.2.3. Aile Yapısı ve Hasta Bakımına İlişkin Soru Formu.....	28
2.2.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	28
2.2.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Formu	28
2.2.6. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form.....	29
2.2.7. Marwit Meuser- Bakım Veren Yas Ölçeği Kısa Form.....	30
2.2.8. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Kısa Formu	31
2.3. İşlem.....	31
2.3.1. Verilerin Toplanması.....	31
2.3.2. Verilerin Analizi	32
BÖLÜM 3. BULGULAR	33
3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Betimsel Bilgileri.....	33
3.2. Katılımcıların Psikolojik Destek Alma, Hasta ile Yakınlık ve İlişki Durumu, Ekonomik ve Aile Durumuna İlişkin Bilgiler	34
3.3. Hastalığın Durumu ve Derecesi ile İlgili Bilgiler	35
3.4. Bakım Verme ile İlgili Bilgiler	35

3.5. Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları	36
3.6. Depresyon, Anksiyete, Stres Puanlarını Yordayan Faktörler	40
3.7. Bakım Veren Yası Puanlarını Yordayan Faktörler	42
BÖLÜM 4.TARTIŞMA.....	45
4.1. Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerini Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular	45
4.2. Bakım Veren Yas Düzeylerini Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular	50
4.3. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları	55
4.4. Araştırmanın Klinik Doğurguları ve Gelecek Araştırmalara Öneriler.....	56
EK'LER	59
EK 1- Bilgilendirilmiş Onam Formu	59
EK 2- Demografik Bilgi Formu	60
EK 3- Aile Yapısı ve Hasta Bakımına İlişkin Soru Formu	61
EK 4- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	62
EK 5- Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Formu	63
EK 6- Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form	64
EK 7- MM Bakım Veren Yas Envanteri Kısa Form.....	65
EK 8- Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASS-21).....	67
KAYNAKÇA.....	68

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	25
Tablo 2. Hastaların Demografik Özellikleri.....	26
Tablo 3. Ölçeklerden Elde Edilen Puan Ortalamaları, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerler	33
Tablo 4. Katılımcıların Psikolojik Destek Alma, Hasta ile Yakınlık ve İlişki Durumu, Ekonomik ve Aile Durumuna İlişkin Bilgiler.....	34
Tablo 5. Hastalığın Durumu ve Derecesine İlişkin Bilgiler.....	35
Tablo 6. Katılımcıların Bakım Verme Durumuna İlişkin Bilgiler	35
Tablo 7. Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyon	39
Tablo 8. Depresyon, Anksiyete, Stres'i Yordayan Değişkenler	42
Tablo 9. Bakım Veren Yas'ı Yordayan Değişkenler	44

KISALTMALAR

ÇBASD	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
BTÖKF	: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Formu
DDGÖKF	: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Formu
MMBYE	: Marwit Meuser- Bakım Veren Yas Envanteri
DASS21	: Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği
MMBYE	: Marwit Meuser Bakım Veren Yas Envanteri
Ort.	: Ortalama
N	: Toplam Kişi Sayısı
F	: Frekans
SS	: Standart Sapma
p	: Anlamlılık Düzeyi
r	: Korelasyon Katsayısı
β	: Regresyon Katsayısı
R²	: Regresyon Katsayısının Karesi

ÖZGEÇMİŞ

Meltem Ergen Kahraman

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Derece	Yıl	Üniversite, Enstitü, Anabilim Dalı
Y. Ls.	2018	T.C. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı
Ls.	2010	İstanbul Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi Psikoloji Anabilim Dalı
Lise	2005	Çatalca Anadolu Lisesi

İş/İstihdam

Yıl	Görev
2014 - 2018	Psikolog. Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri ve yılı :
Cinsiyet : Kadın
Yabancı diller : İngilizce (iyi)
e-posta :

BÖLÜM 1. GİRİŞ

Türkiye'deki 65 yaş üzeri yaşlı nüfus 2019 yılında 7 milyon 550 bin 727 kişidir. 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2019 yılında %9.1 iken, bu oranın 2023 yılında %10.2, 2040 yılında %16.3, 2060 yılında %22.6, 2080 yılında %25.6'ya yükseleceği ön görülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu, 2020). Yaşlı nüfusun artması ile yaşlılıkta sık görülen hastalıklar artmakta ve bu durum toplumsal yaşamda sorun haline gelmektedir. Yaşlılıkta sık görülen hastalıklardan biri olan demans hastalıklarının %50-70'i Alzheimer hastalığı kaynaklıdır (Özbabalık ve Hussein, 2017).

Alzheimer hastalığı, henüz nedeni tam olarak aydınlatılamayan şekilde beyin hücrelerinin programlanandan daha erken ölmesine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Yaşlanma ile Alzheimer hastası olma riski artmaktadır. Diğer risk faktörleri ise geçirilmiş depresyon, damar hastalıkları, ciddi kafa yaralanmaları, düşük eğitim düzeyi ve APOE4 isimli genetik bir molekülün taşıyıcılığıdır (Türk Nöroloji Derneği, 2019). Demans için şu anda önleyici bir tedavi mevcut değildir ve demansın görülme sıklığı ile ilerleyen yaş arasında güçlü ilişki vardır. Bu nedenle yeni vaka sayısının her yıl iki katına çıkacağı tahmin edilmektedir (Bynum , 2014).

Alzheimer hastalığı yaşamın ortasında veya sonunda ortaya çıkan, ilerleyici bunama ile karakterize edilen bir beyin hastalığıdır. Ulusal Nörolojik ve İletişimsel Bozukluklar ve İnme Enstitüsü ve Alzheimer Hastalığı ve İlgili Bozukluklar Derneği tarafından oluşturulan Alzheimer çalışma grubunun semptomları incelendiğinde, Alzheimer hastalarında bellek ve bilişsel işlevlerin giderek kötüleşmesi, dil ve motor becerilerde gerileme, eskiden kolaylıkla yapılan gündelik aktivitelerde zorlanma, kişilik ve davranış değişiklikleri, uyku problemleri, sanrı görme, depresyon semptomları gibi olumsuzluklar gözlenmiştir (McKhann ve ark., 1984). Özbabalık ve Hussein'in (2017) aktardığına göre Alzheimer hastalığının süreci ve evreleri üç boyutuyla tanımlanabilmektedir. Erken evrede hastalığın anlaşılması oldukça zordur. Bu dönemde aynı soruları tekrarlama, konuşma sırasında cümlelerin bazı yerlerinde takılma, neden bahsettiğini unutma, soyut düşüncede zorluklar, kelimeleri hatırlayamama, sosyal davranış ve karar vermede zorluklar görülürken, orta dönemde günlük aktiviteleri sürdürmede engel teşkil eden belirti ve problemler ortaya çıkmakta, motor yetilerde

bozulma, huzursuzluk, öfke patlamaları, uyku düzeninde bozulmalar sıkça görülmektedir. Hastalığın ileri döneminde ise kişisel bakımını yapmakta güçlük, konuşma ve basit emirlere uymada bozukluk, halüsinasyon görme, mesane ve bağırsak kontrolünde bozulma belirtileri ile hasta bakım verene tam bağımlı hale gelmektedir (Özbabalık ve Hussein, 2017).

Türkiye Alzheimer Derneği'nin (2019) verilerine göre dünyada Alzheimer hasta sayısı 50 milyon civarındadır ve 2050 yılında Alzheimer hasta sayısının 152 milyona çıkması öngörülmektedir. Dünya'da olduğu gibi Türkiye'de de Alzheimer hasta sayısı giderek artmaktadır. Alzheimer hastalığı hem fiziksel hem bilişsel bozulmalara neden olduğu için hastalar, hastalığın ileri dönemlerinde bakım verenlerine tam bağımlı hale gelmektedirler (Bynum , 2014). Demans hastasının bakım ihtiyacı genellikle eş ve çocuklar gibi yakınlar tarafından karşılanmaktadır (Stone, Cafferata ve Sangl, 1987). Alzheimer hastasına bakım verenler, yakınlarının bilişsel ve fiziksel kayıplarına tanık olmakta ve sevdikleri kimsenin yakınlığının kaybı, yaşam olayları üzerindeki kontrol hissinin kaybı ve bunlar gibi kademeli olarak gerçekleşen birçok küçük kayıp yaşamaktadırlar (Marwit ve Meuser, 2005). Hastalar fiziksel sağlık ve bağımsızlık kaybına ek olarak, önceki iletişim modellerini sürdürme, anlamlı ilişkiler kurma ve daha önce sahip olunan sosyal ve ailevi rolleri yerine getirme yeteneğini kaybederler. Demansı olan birey, kişilik, biliş ve işlev bakımından o kadar çok değişebilir ve ulaşılamaz hale gelebilir ki, hasta yakınları hastayı hem “burada ama burada değil”, “canlı” ancak aynı zamanda “ölü” gibi görebilirler (Boss 1999b, 2010).

Sevilen kişilerin ve nesnelerin kaybı insan yaşamının kaçınılmaz bir parçasıdır ve baş edilmesi gereken zorlu süreçlerden biridir. Birçok insan bu süreci atlatır ve sağlıklı başa çıkmayı başarır ancak Alzheimer hastalığı gibi kaybın belirsiz olduğu durumlarda bu sürecin diğer kayıp durumlarından farklılaştığı görülür (Boss, 1999a). Kişiler kayba dair net bir tanımlama yapamadığında kaybı anlamlandırmak ve kayıp ile baş etmek zorlayıcı olabilmektedir. Böylesi durumlarda yası başlatmak ve sonlandırmak güçleşebilir, kişiler donmuş bir yasin içinde sıkışıp kalabilirler (Boss, 1999a). Bakım verme sürecinde yaşanan bu kayıplar, bakım verenlerin yasını yaşamasına neden olur. Bu yas, bakım verenin ruh halini, sağlığını, sosyal hayatını olumsuz etkileyebilir (Meuser ve Marwit, 2005).

Yas sürecinin sağlıklı geçirilmesi için önemli faktörlerden biri ise duygu düzenlemedir. Yapılan çalışmalar ışığında araştırmacılar duygu düzenleme becerilerinin yas şiddetini belirleyebildiğini (Delespaulx ve ark., 2013), yas döneminin uzamasına yol açabileceğini (Gupta ve Boanna, 2011) ileri sürmüşlerdir. Boss (2010) belirsizliğe toleransın, bakım verenlerin çelişkileri kabul etme yoluyla belirsiz kayba bağlı sıkıntılarını hafifletmeye yardımcı olacağını ifade etmiştir. Mevcut araştırmalar doğrultusunda Alzheimer hastalarına bakım verme sürecinde de belirsizliğe tahammülsüzlüğün önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Literatürde bakım verme sürecinde ele alınan faktörlerden bir diğeri algılanan sosyal destektir. Bakım verme sürecinde alınan sosyal desteğin, bakım verenlerin yas tepkilerinin (Ott ve ark., 2007) ve depresyon, anksiyete, stres semptomlarının (Pearson Scott, Roberto ve Hutton, 1986) azalması ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada, Alzheimer hastası olan yakınlarına bakım verenlerin depresyon, anksiyete, stres ve bakım veren yas düzeylerini etkileyen bazı değişkenlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırma duygu düzenleme güçlüğü ile bakım veren yası ilişkisini araştıran Türkiye örneklemindeki ilk çalışmadır. Çalışmanın sonunda bakım veren yası ve bakım verenlerin depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ile ilgili olabilecek faktörlerin belirlenmesi, bakım verenlerin yas süreci ile başa çıkmalarına yardımcı olmayı amaçlayan müdahalelere katkı sağlanması hedeflenmiştir.

1.1. Belirsiz Kayıp

Belirsiz kayıp, sevilen kişinin varlığından ya da yokluğundan emin olunamayan, bu varlığın ya da yokluğun net olmadığı, travmatik bir durumdur. Bu kayıp türü ilişkisel bir zorluk olup bireysel patolojiden ziyade çevresel faktörlerden (örneğin hastalık, savaş) kaynaklanmaktadır (Boss, 1999b). Belirsiz kayıp esrarengiz, açık ve kesin olmayan, kafa karıştırıcı ve anlaşılmasız olarak tanımlanmıştır (Boss, 2010). Bir kişi kaybolduğunda kayıp, yaşam ile ölüm sınırında belirsiz ve çözümsüz olarak tanımlanır (Jones, Zagacki ve Lewis, 2007).

Ölüme bağlı kayıplarda ve belirsiz kayıp durumlarında, kaybedilen kişinin yakınlarının hayatında bir takım değişim ve dönüşümler meydana gelir. Ölüm durumunda kaybın kesinliğine dair resmi bir doğrulamada bulunulur iken, belirsiz kayıpta kaybın kesinliğine dair resmi bir doğrulamada bulunulamaz. Bu nedenle belirsiz

kayıp yaşayanların hayatlarındaki değişim ve dönüşümü kabul etmesi, ölüme bağlı kayıp yaşayanlara göre daha zordur (Boss ve Yeats, 2014). Beyin kanaması sonucu yakını ölen biri düşüldüğünde, kayıp sonrası kişinin yakınları desteklerini sunacak, cenaze töreni düzenlenecek, kaybın yası tutulacaktır. Kişiler, ölüm nedeniyle kaybettikleri yakınının artık onlarla birlikte olmadığını kesin olarak bileceklerdir. Ancak Alzheimer tanısı alan kişinin yakınları için süreç oldukça farklı ve zorlayıcı olabilmektedir. Kişi, hastalanan yakınının bakımı ile ilgilenecek ama bir yandan da duygusal ve bilişsel olarak ona ulaşamadığı için derin bir üzüntü ve acı içerisinde olacaktır. Bu durum duygusal karmaşa ya da suçluluk, yalnızlık gibi duygular ortaya çıkarabilir. Yaşanan kaybın ve sürekli hale gelen yasin farkına varılması oldukça zor olabilmektedir (Boss ve Yeats, 2014).

1.1.1. Belirsiz Kaybın Türleri

Belirsiz kaybın iki türü olduğu düşünülmektedir. Birincisi sevilen kişinin psikolojik olarak var olduğu ancak fiziksel olarak orada olmadığı kayıptır. İkinci türü ise sevilen kişinin fiziksel olarak var olduğu ancak psikolojik olarak yok olduğu kayıptır.

Fiziksel kayıp (elveda demeden gitmek), sevilen kişinin fiziksel olarak kayıp olduğu, ölü ya da diri olup olmadığının bilinemediği kaçırılma, kaybolma gibi durumlar için söz konusu olabilmektedir. Denizde kaybolan bir kişinin gömülecek bir bedeninin olmaması bu kayba örnektir (Boss, 2010). Bu kayıpta, kaybolan kişi fiziksel olarak yoktur ancak kaybın kesin olmaması ve kişinin yeniden ortaya çıkabilme ihtimali, kaybolanın psikolojik olarak hala var gibi hissedilmesine neden olur (Boss, 2018).

Psikolojik kayıp (gitmeden elveda demek), sevilen kişinin fiziksel olarak orada olduğu ancak psikolojik olarak ulaşılamaz olduğu durumlardır. Sevilen kişi, duygusal ve bilişsel olarak kayıptır (Boss, 2010). Bu kayba Alzheimer hastalığı, travmatik beyin hasarı, kronik mental hastalıklar, demans hastalıkları, otizm, koma, madde bağımlılığı gibi hastalıkları yaşayanlar örnek verilebilir (Boss , 2018).

“Burada ama burada değil”, Boss’un (1999b) belirsiz kayıp kavramı için kullandığı bir fenomendir. Bu tür kayıplarda ilişkiler ve duygusal süreçler donar; günden güne fonksiyonlar ve görevler daha az yapılabilir hale gelir. Aile içerisinde roller ve durumlar belirsizleşir. Aile üyeleri, kişinin nasıl davranacağını ya da kişiye ne

olacağını bilemez ve sevdikleri kişi ile duygusal yakınlıklarını kaybederler (Boss, 2018). Gitmeden elveda diyenlerden olan Alzheimer hastaları da fiziksel olarak oradadırlar fakat hastalık tanısından sonra psikolojik olarak değişmişlerdir ve hastalanmadan önce var oldukları kişiden farklılaşmışlardır. Hastaların fiziksel ve bilişsel durumları belirsizdir ve günden güne değişmektedir (Boss, 2010).

Birçok demans hastası diğer insanlardan farklı görünmez ve aile üyeleri, hastanın ağrıları ile meşgul olduğunu fark etmeyebilir. Aile üyeleri hastadan yapabildiğinden fazlasını bekleyebilir. Bazı günler hasta, hastalanmadan önceki zamanlar kadar iyi olabilirken diğer zamanlarda bitkin olabilir. Duygusal olarak geri çekilmeleri ile psikolojik yokluk oluşmaya başlar. Hastalar semptomları ile ilgilenirken işlerinden, boş zaman aktivitelerinden, aile ve arkadaşlarından vazgeçebilir ya da işten çıkarılabilirler. Böyle durumlarda aile işleri-aktivitelerine kimin dahil olup olmayacağı konusunda belirsizlik artar (Boss ve Hernandez, 2002). Demansın neden olduğu hastalıkların ilerleyen aşamalarında, aile üyeleri sevdiklerinin kendileri için hala var olup olmadıkları konusunda kafa karışıklığı yaşar. Bu karışıklıklar büyük duygusal sıkıntı ve kargaşaya neden olur (Dupuis, 2002).

1.1.2. Belirsiz Kayıp Yaşayanların Tepkileri

Belirsiz kayıp sonucunda öngörülebilir bazı düşünce, duygu ve davranışlar ortaya çıkmaktadır (Boss, 2004). Travma ve stres durumlarıyla başa çıkabilmek ve hayata devam edebilmek için yalnızca fiziksel olarak birlikte yaşadığımız insanlara değil, kalbimizde ve zihinlerimizde barındırdığımız sevdiklerimize de ihtiyaç duyarız. Öte yandan sevdiklerimizin bulunup bulunmadığını, ölü ya da diri olup olmadığını bilememek ve yanı başımızdaki sevdiğimiz kişiye duygusal olarak ulaşamamak oldukça stres vericidir. Belirsiz kayıp, başa çıkma süreçlerinin donduğu bir duruma sıkışıp kalınmasına neden olabilir (Boss, 2018).

Belirsiz kayıp yalnızca hastayı etkilemez, aynı zamanda hastaya bakım verenleri, hastanın arkadaşlarını ve ailesini de etkiler (Boss ve Hernandez, 2002). Boss ve Hernandez (2002) tarafından Alzheimer hastaları ve aileleri ile yürütülen çalışmada, Alzheimer hastalarının aile üyelerine bir gün yabancı gibi diğer gün ise aileden biri gibi davranabildiğini gözlemlenmiştir. Araştırmacılar hasta ile hastaya bakım veren yakınları arasındaki ilişkide günden güne değişen kuralların, sınırların ve rollerin, hasta

yakınlarının davranışlarında ve hastaya karşı tutumlarında değişkenliğe sebep olabildiğini belirtmişlerdir. Çalışmada bazı günler aile üyelerinin, hastanın kafasının karışık olduğunu görerek onunla eskisi gibi yakın bir ilişki kurmaya dair umutlarından vazgeçtiği, diğer gün ise hastanın aile üyesine eskiden olduğu gibi şefkatle yaklaşabildiğini gözlenmiştir. Böylesi durumlarda aile üyelerinin kafalarının karıştığı, olanlardan anlam çıkaramadıkları ve belirsiz olan bu ilişkiyi sürdürmeye, anlamaya çalıştıkları görülmüştür. Araştırmacılar hasta ile hasta yakınları arasındaki bu ilişki biçiminin, hasta yakınları için stres verici olduğunu bulgulamışlardır (Boss ve Hernandez, 2002)

Belirsiz kayıp travmatize edici olabilir çünkü durumu çözememek acı, şok, kafa karışıklığı ve sıkıntılara neden olur. Kayıp yaşayanlar çoğu zaman belirsizlik nedeniyle ne yapacağını bilemezler ve kendilerini kararsız, çaresiz bir durumda bulurlar. Ölümle bağlı kayıplarda, kaybın ardından cenaze törenleri düzenlenir ve kaybın yası tutulur. Böylece kaybı yaşayanların elveda demesine izin verilir. Belirsiz kayıp durumunda ise bu süreçlerin hiçbiri mevcut değildir. Belirsizlik, kaybın tam anlamıyla anlaşılmasını, kayıp sonrası yaşanan süreç ile başa çıkılmasını engeller ve kişileri kapanışının yapılamadığı donmuş bir yas sürecine hapseder (Boss, 2018).

Birçok kültürde yas tutma kabul görülen bir süreçtir ancak yas tutanların yasin üstesinden gelmesi, ardından normal hayata devam etmesi beklenir. Oysa belirsiz kayıplarda bu zordur çünkü belirsiz kayıpta, kayıp resmi olarak bile kabul edilemez. Bu durum kaybın ve kayba bağlı aile rollerinde yaşanan değişimlerin kabul edilmesini zorlaştırır (Boss,2014). Belirsiz kayıp sonrası kaybedilen kişinin eskisi gibi olmasını sağlamaya uğraş ya da kaybedilen kişinin rollerinin dışlanmasına öfkelenme gibi aile içinde birtakım sorunlar yaşanabilir. Kayıp sonrası kimlerin ailenin içinde kimlerin ailenin dışında olduğu belirsizdir. Bu durum ailenin sınırlarında ve rollerinde karmaşa yaşanmasına neden olur. Örneğin anne rolünün artık kimde olduğuna dair belirsizlikler vardır (Boss, 2014; Boss, 2018).

Belirsizliğin devam ettiği durumlarda, aileler genellikle ya tamamen yok olmuş gibi davranarak ya da herhangi bir şeyin değiştiğini inkâr ederek tepki gösterilebilirler. İnkâr edilen durum ya da kişiler hakkında konuşmak reddedilebilir. Tüm bu süreç belirsiz kayıp yaşayanların netleştiremediği, konuşamadığı, çözemediği ve

kapatamadığı bir yas sürecinde sıkışıp kalmalarına sebep olur (Boss, 2018). Gitmeden elveda demek, bakım verenler için yakınları henüz hayattayken kederli hissetmeleri nedeniyle suçluluk duymalarına neden olabilir. Bakım verenlerin hasta olan yakınları ölmeden önce hissettikleri keder duygularını doğru bir şekilde tanımlamaları oldukça zorlayıcı olabilir (Sanders ve Adams, 2005). Belirsiz kayıplar tüm bakım verenler için olumsuz yönde etkili olmayabilir. Bazı bakım verenler, bakım vermeyi rollerinin bir parçası olarak görebilir, kişisel büyümeyi deneyimleyebilir (Boss, 2010).

1.1.3. Belirsiz Kaybın Etkilerinin Aşamaları

Belirsiz kayıp daha önce istikrarlı, tek bir olay ya da durum olarak kavramsallaştırmış olmasına rağmen Dupuis (2002) çalışmasında belirsiz kaybın etkilerinin aşamalı bir süreç olduğu bulgulamıştır. Demansın ilerlemesi ile aile üyelerinin hissettikleri kederin değiştiğini, bakıcıların kayıplarını hastalık boyunca farklı şekillerde düşündüklerini ileri sürülmüştür (Dupuis, 2002). Belirsiz kaybın etkilerinin ilk aşaması “beklenti kaybı” olarak tanımlamıştır. Bu aşamada hasta kişi hala psikolojik olarak varlığını sürdürmektedir ve aile birimine dahildir ancak geleceğe ilişkin belirsizlikler mevcuttur. Bu aşamadaki aile üyeleri kayıplarını sevdiklerinin hastalığı ilerlediklerinde karşılaşılabilecekleri zorluklar açısından tanımlamaktadır (Dupuis, 2002). Belirsiz kaybın etkisinin bir sonraki aşaması “aşamalı kayıptır”. Bu aşamada hastanın bilişsel bozukluk seviyesi ilerledikçe aile üyeleri yavaş yavaş sevdiklerinin kaybını yaşarlar, sevdiklerinin zihinsel olarak kayboluşlarını izlerler. Aile üyeleri hasta yakınının yaşam kalitesini korumak için mücadele ederken diğer taraftan çaresiz hissedebilirler. Belirsizlik, demansı olan sevilen kişinin varlığıyla ilgili bir karışıklığa doğru kaymaktadır (Dupuis, 2002). Belirsiz kaybın etkisinin son aşaması “kabullenme” ise aile üyelerinin sevdiklerinin artık psikolojik olarak var olmadığının algılanması ve kabul edilmesidir. Bu aşamada aile üyeleri sevdikleri aile bireyinin artık orada olmadığını ifade eder ve değerli bir ilişkinin kaybını, ailedeki rolün kaybını, yakınlarının psikolojik kaybını kabul eder (Dupuis, 2002).

Yapılan bir çalışmada Alzheimer hastası olan ebeveynlerine bakım veren yetişkin çocukların, hastalığın erken aşamalarındaki ebeveynlerini psikolojik olarak kaybetmeye bağlı hissettikleri kederi kabul ettiği ancak duyguları ifade etmeyi kontrol

etmeye çabaladıkları; hastalığın orta aşamasında ise özgürlük gibi kişisel kayıpları nedeni ile öfke, yakınları ölmeden önce hissettikleri keder nedeniyle suçluluk gibi bir dizi duygular yaşadıkları görülmüştür. Hastalığın son aşamasında ise artık orta aşamalarda gösterilen öfkeyi ifade etmedikleri ve ebeveynlerinin bir daha asla onlarla olmayacak olması nedeniyle derin bir üzüntü yaşadıkları görülmüştür (Meuser ve Marwit, 2001).

1.1.4. Belirsiz Kayıpta Yas

Freud tarafından öne sürülen “keder çalışması hipotezi” yas deneyimiyle yüzleşerek ve kayıp kişiden ayrılma yönünde çalışarak kişinin kayıpla yüzleşmesi gerektiği fikrini ifade eder (aktaran Stroebe ve Schut, 1999). Lindemann, yas çalışmasını kayıp gerçeğe yüzleşmek ve ölenlerle duygusal bağlantıyı koparmak için bir süreç olarak tanımlamaktadır. Duygusal bağları koparma görevi, yaşlı bireyin yeni ilişkiler kurmasına izin verdiği için keder çalışmasının nihai hedefidir (aktaran Rothaupt ve Becker, 2007). Worden’in (2009) tanımladığı Yas Modeli’nde, herhangi bir sırada tamamlanıp tekrar gözden geçirilebilen dört yas görevi vardı. Tamamlanacak görevler şunlardır: (1) kaybın gerçekliğinin kabulü, (2) kaybın acısını yaşamak, (3) ölen kişinin olmadığı bir ortama uyum ve (4) ölen bireyin duygusal olarak taşınması ve hayata devam edebilme. Bu görevler tamamlandığında, yas yaşamış bireyin hayata devam etmeye hazır olacağı ve kederinin çözüleceği öne sürülmüştür.

Yas, kayıp yaşantısına verilen yeniden yapılandırma tepkisi olarak ifade edilebilir. Bu tepki ile bireyin, kaybedilenlerle olan ilişkisine yatırdığı enerji, kayıp dışındaki yaşamına aktarılır. Yas tutma süreci, herhangi bir kayıp ya da değişikliğe psikolojik olarak yanıt verme sürecidir. Yas tepkisi, kayıp sonrasında yaşanması gereken ağırlı bir vazgeçiş ve uyum sürecidir (Helvacı Çelik ve Hocaoglu, 2015). Yas, zorlu ancak üstesinden gelinmesi gereken bir süreçtir. Duygusal olarak sağlıklı olan kişilerin kaybı çözmesi ve yeni ilişkilere nispeten hızlı bir şekilde geçmesi beklenir.

Her iki tür belirsiz kayıpta da kaybın kesin olduğuna dair bir tanımlamanın yapılamaması nedeniyle yas ne başlatılabilir ne de sonlandırılabilir (Boss, 1999a). Boss (2004), bir vücudun gömülmesinin nedeninin, kişilerin kaybın kesinliğine ve gerçekliğine dair netlik ihtiyacının olabileceğini ifade etmiştir. Bir beden olmadan insanların kayıp konusunda kafası karışır ve durumu kavramaları bilişsel olarak

engellenir. Kişiler problemin ne olduğunu bilmeden başa çıkamazlar, yas tutamazlar ve karar alamazlar. Demans hastalarının yakınları ve bakım verenleriyle yapılan çalışmalarda pek çok kayıp ve yas teması ortaya çıkmaktadır. Yas beklentisi, Alzheimer hastalığı ya da benzer demans türü olan kişilerin bakım verenlerinde oldukça belirgindir çünkü Alzheimer hastalarındaki bilişsel düşüş, fiziksel düşüşün ve ölümün habercisidir. Bu süreçte, bakım verenler önceki rollerin kaybı, yakınlığın kaybı, kontrol hissinin kaybı gibi birçok küçük kayıplar (mini-deaths) yaşarlar (Marwit ve Meuser, 2005).

Literatürde demans hastalarının ailelerinin hissedebileceği, üzerinde durulan bir diğer kavram ise kayıp beklentisidir. Kayıp beklentisi, sevilen kişinin hastalık tanısı alması nedeniyle gelecek olasılıkların kaybı, fırsatların kaybı gibi geri dönüşü olmayan, gelecekte yaşanması beklenen kayıpları ifade eder (Lindauer ve Harvath, 2014). Bakım verenler hem yaşadığı bu küçük kayıpların hem de beklentisi içerisinde olduğu kayıpların yasını tutar. Demansın erken, orta ve ileri aşamalarında bakım verenlerin maruz kaldığı kayıp ve yas reaksiyonlarının değerlendirildiği çalışmada demansın ileri aşamalarında hastalara bakım verenlerin demansın erken ve orta aşamalarında hastalara bakım verenlerden önemli ölçüde daha fazla yas belirtisi bildirdikleri bulgulanmıştır (Adams ve Sanders, 2004).

Aldrich (1974) kayıplar sonucunda ortaya çıkması beklenen yasın, geleneksel yastan farklı olduğuna dikkat çekmektedir. Bu farklılıklar şunlardır: (1) beklenen yas hem hasta hem de ailesi tarafından yaşanabilmekte, (2) hastalığın ölümle sonuçlanması durumunda beklenen yas da sonlanabilmekte, (3) geleneksel yas gibi zamanla azalmayıp, aksine zamanla artabilmekte, (4) çelişkili duyguların varlığı, hastaya bakım verme sürecinde olumsuz etkiye neden olabileceği için beklenen yasın inkar edilmesine yol açabilmekte, (5) beklenen yas, geleneksel yasın aksine düzelmeye dair bir umut aşaması içerebilmektedir (aktaran: Sweeting ve Gilhooly, 1990). Farklı insanlar tarafından yas beklentisinin nasıl deneyimlendiğini anlamayı amaçlayan Rando (1986), Çok Boyutlu Yas Beklentisi Modeli'ni önermiştir. Bu modelde yas beklentisinin çok boyutlu olduğu iddia edilir. Yas sürecinin ölen birey ve yakınları tarafından deneyimlendiği için iki perspektifli olduğu argümanını ortaya koyan modelde, yasın geçmiş zaman, şimdiki zaman ve gelecek zamanda da var olduğu, psikolojik, sosyal ve fizyolojik etkilerinin de bu süreçler içinde deneyimlendiği ileri sürülür. Rando (1986) hayatına dair zamanın sınırlı olduğu gerçeğiyle yüzleşen hasta kişinin, bu yüzleşmenin

bir sonucu olarak, hayatın artık kendisi ve hayatındaki herkes için yas tutmaktan ibaret olduğunu kanıksadığını, iddia etmiştir. Bu süreçte dair duyguların seyri, hasta bireylerin yakınları tarafından, zaman ilerledikçe ve hastalığın etkileri arttıkça farklılık gösterir.

Demansa bağlı ortaya çıkan hasta bireydeki, kişilik değişiklikleri ve kişinin kendine bakma yetisinin azalması, hastanın aile üyelerinde, yakınlarını kaybettikleri düşüncesine sebep olabilir. Bu durum, üzüntü ve yas gibi duygusal tepkileri ve geleceği planlama, ölüm hakkında düşünme gibi bilişsel tepkileri harekete geçirebilir. Aile bireyleri hastaya bir taraftan bakım, sevgi ve enerjilerini verirken, diğer taraftan iletişim kuramadıkları ve ölmekte olan sevdikleri ile anlamlı etkileşim kurma çabalarını da bıraktıkları bu süreçle baş etmeye çalışırlar. Demans bakımı sırasında ortaya çıkan, aile bireylerinin hastalığa tepkisi, sosyal destek, mali kaynaklara dair kısıtlılık ve demans bakımı, sosyal hayat, bakım verenin kendi fiziksel ve psikolojik sağlığı etkileyebilir ve beklenen yası etkileyebilir.

1.2. Bakım Verme

Bakım gereksinimi duyan bireye sağlık bakımı, sosyal hizmetlerini koordine etme, kişisel bakımı (yıkama, beslenme, tuvalete gitme, giyinme vb.), ulaşımı, alışverişi, küçük ev işleri, finansal kaynaklarının yönetimi gibi yardıma ihtiyaç duyabileceği konularda yardımcı olunması bakım verme olarak tanımlanabilir (Schumacher, Beck, ve Marren, 2006). Bakım verme faaliyetleri resmi ve gayri resmi bakım verme olarak iki ayrılabilir. Gayri resmi bakım aile üyeleri, arkadaşlar, komşular, dini veya başka türden bir topluluğun üyeleri de dahil olmak üzere tüm profesyonel olmayan, ücretsiz bakım sağlayıcıları tarafından kronik hastalığı ya da engeli olan kişilere sağlanan yardımı işaret eden daha kapsayıcı bir ifadedir (Schumacher, Beck, ve Marren, 2006; Young ve Newman, 2003). Gayri resmi bakıcılar, sevdiklerinin karşılanmayan ihtiyaçlarına karşılamak üzere görevlidirler. Bu ihtiyaçlar banyo yaptırmak, beslemek ve giydirmek gibi doğrudan bakım sağlamayı veya yemek hazırlamak, para yönetimi, ulaşım, ev işlerini yapmak gibi dolaylı bakım faaliyetlerini kapsar (Schumacher, Beck, ve Marren, 2006). Resmi bakım hizmetleri ise Ku ve arkadaşları tarafından hemşireler, kişisel destek çalışanları, rehabilitasyon uzmanları ve doktorlar dahil sağlık uzmanları tarafından sağlanan bakım hizmetleri olarak tanımlanmıştır (aktaran Diameta ve ark., 2018).

Mevcut bakım verme literatürünün ana odak noktası, bakım talepleri ve buna karşılık bakım verenin hissettiği yükler olmuştur. Bakım veren yükü, bakım verenlerin duygusal ve fiziksel sağlıklarındaki problemleri, sosyal yaşamlarındaki ve finansal durumlarındaki sıkıntılarını bakım vermenin bir sonucu olarak algılamalarıdır (Zarit, Todd ve Zarit, 1986). Bakım verenlerin, bakım verme faaliyetleri ile bakım veren yükleri birbirleri ile ilişkilidir (Fasion, Faria ve Frank, 1999). Bakım verme süresi ve hastanın yaşı arttıkça bakım veren yükü de artmaktadır (Altay, Erkuran ve Aydın Avcı, 2018). Bakım verenler, yalnızca bakım veren rolünün yüklemesinden değil, yakınının hastalığı ve yakını ile olan eski ilişkinin kaybindan da üzüntü duyarlar. Kişinin baş etme yeteneklerine ve hayatındaki stresörlerin miktarına bağlı olarak yük hissi yoğunlaşır (Fasion, Faria ve Frank, 1999).

Bakım verme süreci bakım ihtiyaçları, evdeki rutinin ve rollerin bozulması, tıbbi maliyetler ve gelir kaybıyla ilgili mali sorunlar ve hastalığın tetiklediği duygusal stresler gibi potansiyel zorluklara sahiptir (Sales, 2003). Demans hastalığı sürecinde, bilişsel ve davranışsal değişiklikler sıklıkla dalgalı bir şekilde ilerler. Demanslı bireyler kaygı, şüphe, saldırganlıkla dolu günlerin ardından sakinleşip duygusal olarak istikrar sağladıkları günler yaşayabilirler. Bu değişkenlik, bakım verenler için daha fazla belirsizlik yaratarak kaygı, stres, kafa karışıklığı, kayıplara uyum sağlayamama, bunlarla başa çıkmamaya neden olabilir (Boss, 2010).

Bakım verenlerin çoğu yüksek düzeyde stres yaşayabilir, bu stres ile başa çıkma becerileri ve stresin yaşamları ve sağlığı üzerindeki etkileri büyük ölçüde farklılaşmaktadır. Lazarus ve Folkman (1984), insanların stresli karşılaşmalara nasıl tepki verdiklerine ilişkin bireysel farklılıkları, Stres Değerlendirme Modeli çerçevesi içinde incelenmişlerdir. Lazarus ve Folkman'a (1984) göre psikolojik stres, kişinin kaynaklarını zorladığı ya da aştığı, kişi ile çevre arasındaki ilişkidir. Bu ilişki bilişsel değerlendirme ve başa çıkma süreçleri olarak iki aşamadan geçmektedir. Bilişsel değerlendirme, stres ile karşılaşmanın çeşitli yönlerini, iyilik hali için önem açısından kategorize etme sürecidir. Başa çıkma ise, kişinin durumla başa çıkma becerisini, kaynaklarını değerlendirdiği süreçtir. Başa çıkma sürecinde sağlık, enerji gibi fiziksel; aile, arkadaş gibi sosyal; inançlar, özsaygı gibi psikolojik ve maddi kaynaklar değerlendirilir.

1.2.1. Alzheimer Hastalarına Bakım Verme

Hasta kimselere bakım verme işini üstlenme, çoğunlukla seçilemez ve planlanamaz bir durumdur. Bakım verme rolüne uyum ise bakım verme ihtiyacı ortaya çıktıktan sonra gerçekleşir (Atagün, Balaban, Atagün, Elagöz ve Yılmaz Özpolat, 2011). Demans hastalarının bakımı genellikle yetişkin çocuklar ve eşler gibi yakınları tarafından sağlanır (Stone, Cafferata ve Sangl, 1987). Alzheimer olan ebeveyne bakım veren yetişkin evlatlar, demansı normal yaşlanma ve depresyon gibi diğer koşullara bağlar ve hastalık belirtileri yerine ebeveynlerinin kapasitelerine odaklanırlar. Alzheimer hastalığına yakalanan kişilerin eşleri ise eşlerinin mevcut durumları, yaklaşmakta olan muhtemel yükler (evde bakım vermek gibi) konularında daha gerçekçi ve kabul edicilerdir (Meuser ve Marwit, 2001). Alzheimer hastası ebeveyne bakım veren yetişkin evlatlar ise ebeveyninin demansını inkâr ederek daha çok kişisel özgürlüğün kaybı, kardeşlerin desteklerinin kaybı gibi kendi kayıp sorunlarına odaklanmışlardır. Diğer yandan Alzheimer hastasına bakım veren eşler, eşle yakınlık kaybı, paylaşılan sosyal aktivitelerin kaybı gibi eşlerine odaklı sorunları daha çok ifade etmişlerdir (Meuser ve Marwit, 2001).

Bakım veren yetişkin evlatların, sürecin yıkıcı etkilerini inkâr edemedikleri noktada hüznümlenseler bile öfke, hüsrân ve başkalarına yönelik kıskançlık duyguları barındırdıkları görülmüştür. Bu kişiler, ebeveyninin ölümüne dair duyulan gizli arzu ile pişmanlık duyguları da yaşamaktadır. Bakım veren eşlerde ise, süreç içerisinde üzüntünün yanı sıra empatinin ve şefkatin de arttığı bulgulanmıştır. Eşler bakım vermenin zorluklarını kabul etmekle birlikte bakım vermenin sorumluluklarını da sevgi ve onurla kabul etmektedir. Araştırmacılar her bir bakıcı türünün yaklaşımlarındaki farklılıkların , hasta ile bakım veren arasındaki ilişkinin doğasından kaynaklandığını ifade etmişlerdir. Bakım veren yetişkin evlatların, bakım vermenin yükünü beklemedikleri ve bunları yaşamın doğal gelişiminin bir parçası olarak kabul edemedikleri, diğer taraftan eşlerin, evlilik hayatının dâhilinde bakım vermeye açık ve hazır oldukları gözlenmiştir (Meuser ve Marwit, 2001).

Demans bakımında bakım veren yükü ve stresini etkileyen faktörleri belirlemek için Pearlin ve arkadaşları (1990) tarafından Bakım Veren Stres Süreci Modeli ortaya konmuştur. Modele göre bakım verme sürecinde yaşanan birincil stresörler davranış problemleri, hastanın fiziksel ve bilişsel bozukları, haftalık bakım verme süresi gibi

doğrudan bakım verme koşullarından kaynaklanır. İkincil stresörler ise aile içi çatışmalar, kişinin sosyal yaşamındaki kısıtlamalar gibi bakım verme faaliyetlerinin dışındaki zorlukların sonucunda ortaya çıkar. Bakım verenin kişilik özellikleri, hasta ile ilişkisinin doğası gibi arka plan özelliklerinin de yük, stres faktörlerini etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca sosyal destek gibi arabulucu durumların, stres faktörlerinin yoğunluğu ve sonuçları üzerinde etkili olabileceği ifade edilmiştir (Pearlin, Mullan, Semple ve Skaff, 1990).

Alzheimer hastalarına bakım veren bireyler ve benzer demografik özellikte bakım vermeyenlerle yapılan çalışmada, bakım verenlerin bakım vermeyenlere göre depresyona 12 kat daha eğilimli oldukları, korku, düşmanlık, üzüntü gibi olumsuz duyguları önemli ölçüde daha fazla hissettikleri, olumlu duyguları daha az hissettikleri, daha az sosyal destek arama davranışı sergiledikleri bulgulanmıştır (Mausbach, Chattillion, Roepke, Patterson ve Grant, 2013). Ory ve arkadaşlarının (1999) demans hastasına bakım verenler ile demans hastası olmayan bireylere bakım verenler arasında yaptıkları çalışmada, Alzheimer hastası bakıcılarının demans dışı bakım veren akranlarından daha fazla olumsuz etki yaşadıkları görülmüştür. Alzheimer hastasına bakım verenlerin diğer gruba göre bakım verme süresi çok daha fazladır ve günlük yaşam aktiviteleri daha çok kısıtlanmaktadır (Ory, Hoffman, Yee, Tennstedt ve Schulz). Birçok Alzheimer hastası bakıcısı hastanın uykusuzluk, fiziksel saldırganlık ve gezinme gibi sorunlu davranışları ile mücadele etmekte, bir dizi başka olumsuz durum yaşamaktadır (Schumacher, Beck ve Marren, 2006).

Bakım alan kişinin giderek daha bağımlı hale gelmesiyle, bakıcılar bakım verme için daha fazla zaman ayırmaktadırlar. Bu durum bakım verenlerin arkadaşlar, çalışma yerleri de dahil olmak üzere önceden kurulmuş sosyal sistemlerle bağlantılarını kesmektedir (Meuser ve Marwit, 2001). Alzheimer hastalığının, bellek yıkımı ve yeti yitimine neden olması nedeniyle sürekli bakım alma ihtiyacı doğurmaktadır. Bu durum, bakım veren kişilerde bakım veren yükünün şiddetli bir biçimde hissedilmesine yol açmaktadır (Atagün, Balaban, Atagün, Elagöz ve Yılmaz Özpolat, 2011). Alzheimer hastaları fiziksel ve duygusal bozulmaları nedeniyle kendine bakmak için gereken yeterlilikten yoksundurlar bu nedenle aşırı derecede fiziksel ve duygusal bakım talep ederler. Alzheimer hastalarına bakım verenler, hastanın durumun daha da

kötüleşebilmesi ve bakım talebinin artması ihtimaline bağlı olarak, hastanın geleceğine dair belirsizlik, uzun vadede bakım verme durumu ile karşı karşıyadırlar (Sales, 2003).

1.2.2. Alzheimer Hastalarına Bakım Vermenin Psikopatoloji ile İlişkisi

Belirsiz kayıp depresyona, umutsuzluk duygularına, suçluluğa, endişeye neden olabilir; çözülemeyen durum, kaybın netliğini engelleyebilir, kayıpla başa çıkmayı zorlaştırabilir, yas sürecini dondurabilir (Boss, 1999b). Çalışmalar belirsiz kayıp yaşayan kişilerin (demans gibi ya da savaştan kaynaklanan belirsiz kayıp durumları) depresyon, anksiyete semptomları ve aile içi çatışmalar yaşadıklarını göstermiştir (Boss, 2018).

Bakım verenlerde, bakım verme ile ilgili stresörlerin depresif belirtileri yordadığı bulgulanmıştır. Bakıma muhtaç bireyin bilişsel bozukluğunun şiddeti, sergilediği problemleri davranışlar ile bakım verenin depresif semptomları birbirleriyle ilişkili faktörlerdir. Daha şiddetli davranışsal ve bilişsel bozukluk gösteren hastalara bakım verenlerin, daha hafif semptomlu hastalara bakım verenlere göre daha fazla depresif semptom yaşadıklarını bildirmişlerdir (Arai, Kumamoto, Mizuno ve Washio, 2014; Cummings ve Kropf, 2015). Mausbach ve arkadaşları (2013) yaptıkları çalışmada sosyal aktivitelere düzenli katılımın azalmasının, yüksek depresyon ile ilişkili olduğunu bulgulamışlardır. Çalışmada bakım verenler, bakım vermeyenlere göre sosyal faaliyetlerinde daha fazla kısıtlama yaşadıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca daha yüksek düzeyde kısıtlama yaşayan bakım verenlerin daha az düzeyde kısıtlama yaşayan bakım verenlere göre daha yüksek depresyon puanları aldıkları görülmüştür. Çalışmanın sonunda araştırmacılar, bakım verenlerde depresyon semptomlarının, sosyal faaliyetlere katılımdan etkilendiğini vurgulamışlardır (Mausbach ve ark., 2013).

Alzheimer hastalarına bakım verenler arasında depresyon, anksiyete ve strese bağlı bozukluklar, bedensel yakınmalar, düşmanca duygular toplumun genelinde görülme sıklığından daha yüksek sıklıkta bulunmuştur (Dökmen, 2012; Tuna ve Olgun, 2010; Yılmaz ve Turan, 2007). Bakım verenlerin %66'sının tanı konulmuş bir hastalığının olduğu, hastalığı olan bakım verenlerin %75.6'sının depresyon, %30.3'ünün hipertansiyon hastası olduğu saptanmıştır (Akyar ve Akdemir, 2009). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin, bakım verme konusunda daha gergin ve

depresif hissettikleri, olumsuz bakış açısına sahip oldukları ve sosyal yaşantılarının kısıtlanması nedeniyle depresif hissettikleri bulgulanmıştır (Almberg , Jansson, Grafström ve Winblad, 2002). Eisdorfer ve arkadaşları (2003), yaptığı çalışmada Alzheimer bakıcılarının %50'sinin yüksek düzey depresif belirtiler gösterdiğini belirtmiştir. Günlük yaşam aktiviteleri konusunda daha bağımlı olan hastaların bakıcılarının bakım verme sürelerinin artmasının daha yüksek depresyon seviyesi ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır. Bakım veren kişinin, bakım verme sürecinde yaşadığı depresyon belirlenip tedavi edilirse, kişi daha uzun süre bakım verebilir. Bakım vermeden kaynaklanan gerginlik hem bakım vereni hem de bakım alanın sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Atagün, Balaban, Atagün, Elagöz ve Yılmaz Özpolat, 2011).

1.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük

Belirsizlik, gelecek ile ilgili beklentilerin ya da geleceğin net olmaması olarak tanımlanmıştır (Sarıçam, Erguvan, Akın ve Akça, 2014). Belirsizliğe tahammülsüzlük, belirsiz olay ya da durumlara karşı duygusal, bilişsel ve davranışsal olumsuz tepki vermeye olan yatkınlık olarak tanımlanmıştır (Buhr ve Dugas, 2002). Belirsizlik hem olumsuz hem de olumlu psikolojik etki potansiyeline sahiptir. Bu nedenle sağlık alanında önemli belirleyicilerdendir. Belirsizlik korku, endişe yaratır ve kişilerin karar vermekten kaçınmalarına neden olabilir. Belirsizlikle karşılaşıldığında bazı insanlar bilgi arayarak belirsizliği azaltırken bazıları dikkatlerini başka yerlere odaklayarak belirsizliği görmezden gelebilir (Hillen, Gutheil, Strout, Smets ve Han, 2017). Belirsizliğe tahammülsüzlüğün majör depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, sosyal kaygı bozukluğu dahil olmak üzere birçok psikopatolojiyle ilişkili olduğu görülmüştür(Cal, Richdale, Dissanayake ve Uljarevic, 2017).

Boss (1999b), belirsiz kayıp yaşayanlara yardım ederken ilk anlaşılması gereken şeyin kişilerin belirsizliğe toleransı olduğunu belirtmiştir. Belirsiz kayıpta, kaybın geleceği hakkında kesin bir yargıda bulunulamadığı için kapanış sağlanamaz bu sebeple belirsiz kayıp yaşayanların bireysel terapilerinde amaç kapanışı sağlamak değildir. Terapide amaç bireylerin belirsizliğe tahammülünü geliştirmektir. Aile üyeleri için hastanın davranışını değiştiren bilişsel ve duygusal bozulma, fiziksel bozukluklardan daha zordur. Bilişsel ve duygusal duruma dair daha fazla belirsizlik olduğunda aile üyelerinin yaşadığı zorlanma da artacaktır. (Sales, 2003). Demans bakımı konusundaki

kaybı araştıran birçok nitel çalışma, geleceğin belirsizliği, şimdiki ilişkisel kayıplar, belirsiz geçmiş kayıpların yanı sıra rol belirsizliği ve kimlik kaybı da dahil olmak üzere, bakım verme sürecinin bir parçası olarak önemli belirsizlik temaları bildirmiştir (Frank, 2007).

Frank (2007) yaptığı çalışma sonucunda demans hastasına bakım verenler için belirsizliğin geçmiş, şimdi ve geleceğe yönelik kayıplar ürettiğini belirtmiştir. Hasta yakınları bakım verme sürecinin başlarında, sevilen kişinin belleğinin gelecekteki kaybına, yakınlarını tanıma yeteneği ile ilgili gelecekteki olası sıkıntılara ve belirsizliğe odaklanmaktadır. Demans bakımının orta aşamalarında kayıplar daha çok şu an odaklı hale gelmektedir. Bu aşamada bakım verenler, hasta kişi ile iletişim zorlukları, sevdiklerinin giderek kötüleşmesi ile ilgili duygusal rahatsızlıklar bildirmişlerdir. Bakım verenler, sevdiklerinin aynı görünse de gerçekten orada olmadığını veya sevdiklerinin hayatta olmasına rağmen öldüğünü belirtmişlerdir. Bakım verme sürecinin ileri aşamalarında, bakım verenler, hastalığın başlangıcından önceki mevcut durumu geri istedikleri için geçmişe odaklanmışlardır.

Belirsizliğe tahammülsüzlüğün endişe, depresyon ve ruminasyon ile ilişkisini araştıran çalışmada, belirsizliğe tolerans göstermekte zorlanan bireylerin olumsuz şeylerin olduğu ve gelecekte de olabileceği konusundaki ruminatif düşüncelerinin yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır (Jong-Meyer, Beck ve Riede, 2009). Belirsiz durumlarda geleceğe dair olumlu olayların gerçekleşmeyeceğine ve olumsuz olayların gerçekleşeceğine dair ruminatif düşüncelerin bireylerin umutsuz hissetmelerine ve depresyona yatkın hala gelmelerine neden olabilmektedir (Yook ve ark., 2010). Anderson ve Schwartz (1992) yaptıkları çalışmada belirsizliğe tahammülsüzlük ve depresyon arasındaki ilişkiyi anlamaya çalışmışlardır. Çalışma sonucunda belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan bireylerin olumsuz yaşam olaylarına karşı olumsuz tekrarlayıcı düşüncelere sahip oldukları, çözüme ulaşmak için bu olumsuz düşünceleri benimsedikleri ve sonuç olarak da depresyon yaşadıkları bulgulanmıştır. Belirsizliğe tahammülü düşük olan bireylerin iyi ve kötü deneyimlerin bir arada bulunmasına izin vermekte zorluk yaşadıkları ve geleceği belirgin bir şekilde umutsuz gördükleri, gelecekte başlarına gelebilecek olası aksaklıkları çözmek için fazlaca düşünsel çabaya girdikleri görülmüştür. Dar ve arkadaşlarının (2017) yaptıkları çalışmada ise belirsizliğe tahammülsüzlüğün anksiyete

ve depresyon semptomları ile ilişkili olduğu, belirsiz durumlara dair duyulan endişenin depresyon ve anksiyete belirtilerini yordadığı bulgulanmıştır. Araştırmacılar yüksek düzeyde belirsizliğe tahammülsüzlüğün bireylerin endişe duymaya eğilimli olmalarına neden olduğunu, duyulan endişenin ise depresyon ve anksiyete semptomları ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.

Dugas ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan bireylere belirsizliğe tahammül kapasitelerini arttırmayı hedefleyen beş aşamalı tedavi protokolü uygulanmıştır. Tedavinin ilk aşamasında katılımcıların belirsizliğin nasıl algıladığı ve yorumladığına bağlı olarak endişe kaynağı olarak görülebildiğine dair farkındalık kazanmaları sağlanmıştır. Tedavinin ikinci aşamasında ise katılımcıların endişelerinin bir kısmının mevcut sorunlarla bir kısmının ise varsayımsal durumlarla ilgili olduğunun farkına varmaları hedeflenmiştir. Üçüncü aşamada katılımcıların endişe ile ilgili olumlu inançlarının karşı argümanlar ile değerlendirilmesi sağlanmıştır. Bu çalışma ile endişeye kullanılarak gelecekteki olayları kontrol etmeye çalışmak yerine belirsizliğe tahammülün sağlanması hedeflenmiştir. Dördüncü aşamada katılımcılara problem çözme eğitimi verilerek sonucundan emin olamadıkları durumlarda bile problem çözme sürecine devam etmeleri teşvik edilmiştir. Tedavinin son aşamasında ise katılımcıların varsayımsal durumlar hakkındaki endişelerini gidermek için bilişsel maruz bırakma tekniği kullanılmıştır. Çalışmanın sonunda katılımcıların tedavi almayan gruba göre endişe ve kaygı düzeylerinde azalma bulgulanmıştır (Dugas ve ark., 2003).

1.4. Sosyal Destek

House, sosyal desteğin dört farklı destekleyici davranış ve eylemi içerdiğini ifade etmiştir (aktaran Heaney ve Israel, 2008). Bunlar empati, sevgi ve güveni içeren “duygusal desteği”, ihtiyacı olana somut yardım ve hizmetleri sağlamayı içeren “araçsal desteği”, kişinin sorunlarını çözmeye yönelik tavsiye, öneri ve bilgiyi içeren “teklifsiz desteği”, yapıcı geri bildirim ve onaylama ile öz değerlendirme amaçları için yararlı bilgilerin sağlanmasını içeren “değerlendirme desteğini” içinde barındırır. Algılanan sosyal destek ise bireyin ihtiyaç duyduğunda yardım alabileceğine dair inancıdır (Norris ve Kaniasty, 1996).

Cobb’a (1976) göre sosyal destek belirttiği üç kategoriden birine ya da daha fazlasına girmektedir. Bunların ilki olan “duygusal destek” bireyin önemsendiği ve

sevildiğine inanmaya yönelik bilgileri içerir. Birey bu yolla bakım alır ve bakım verir. İkincisi olan “saygınlık desteği” bireyin saygın ve değerli olduğuna inanmasını sağlayan bilgileri içerir. Bu sayede birey kendine saygı duyar ve değerli hisseder. Üçüncüsü ise bireyin bir iletişim ağına ait ve ortak olduğuna inanmasını sağlayan bilgileri içeren “iletişim desteğidir”.

Sosyal destek ana rahminde başlar, ilk olarak bebeğin tutulduğu desteklendiği anne memesi ile tanınır. Yaşam ilerledikçe destek daha çok ailenin diğer üyelerinden gelmeye başlar. Sonrasında toplumdaki ve işteki akranlardan, özel ihtiyaç durumlarında yardım meslek üyelerinden elde edilir. Yaşamın sonu yaklaştıkça desteğin çoğunlukla yine aile üyelerinden geldiği birçok kültürde görülür (Cobb, 1976). Sosyal ritüeller, zorlu geçişler sırasında insanlara yardımcı olurlar. Düğün, doğum günü partisi, cenaze gibi sosyal ritüellerin hepsi bireylere ve bireyin çevresindekilere kazanımları veya kayıpları ile geçişi yaşamalarına yardımcı olur. Ayrıca bu ritüeller, duyguların ifadesi ve paylaşımı için sosyal bir alan yaratır (Boss, 2018). Belirsiz kayıp yaşayanlar için başa çıkmaya yardımcı bu sosyal alanların olmaması, sosyal destekten yoksun kalınması, kaybı yaşayanların belirsizlik içinde sıkışıp kalmalarına neden olur (Boss, 2010). Sosyal destek, Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadığı stres, ekonomik zorluklar, tükenmişlik ve çaresizlik hisleri ile başa çıkmalarında yardımcı olmaktadır (Erbay , 2012). Yakınlarına bakım verenler ile yapılan çalışmada, bakım verenlerin bakım vermeyenlere göre daha düşük sosyal destek algıladıkları görülmüştür (Almberg , Jansson, Grafström ve Winblad, 2002; Dökmen, 2012). Bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek arttıkça, psikolojik iyi oluşlarının da arttığı gözlenmiştir (Tuna ve Olgun, 2010).

Cobb (1976), sosyal ilişkilerin sağlığı çeşitli şekillerde koruduğunu, stres ve diğer zararlı diğer sağlık etmenlerinin etkilerini hafifletmede tampon rolü gördüğünü belirtmiştir. Yapılan çalışmalarda algılanan sosyal desteğin depresyon, anksiyete, stres yaşanmasını önlemekte koruyucu etkisinin bulunduğu ortaya konmuştur (Xueting , Hong, Bin ve Taisheng, 2013; Tel, 2010; Yavuzer, Albayrak ve Keldal, 2018). Sosyal destek psikolojik dayanıklılığa katkıda bulunmakta, davranış sorunları ve psikolojik sorunlar için de koruyucu rol oynamaktadır (Ay, Ünübol, Ezer, Omay ve Hızlı Sayar, 2018; Başar ve Öz, 2016).

1.5. Duygu Düzenleme

Duygular insanların olaylar karşısında nasıl sinyaller aldıklarını, nasıl harekete geçeceklerini, ilişkilerini gözden geçirme pratiklerini ve hayatlarının yolunda gidip gitmediğini hakkında bilgi verir. Ayrıca insanların hayatta kalmak, iletişim kurmak ve problem çözmek üzerinde büyük öneme sahiptir. (Greenberg, 2018) Duygusal uyarılma hayatın erken dönemlerinde bakım verenler tarafından  zenlenir ve yaş ilerledikçe nörofizyolojik geleişim, bilişsel ve dilsel becerilerin geleişmesi, duygu durumunu ve kendini anlamının ortaya çıkışı ile kendini  zenler (Thompson, 1991). Yetişkinler kişisel iyi oluşlarını sürdürmek, kendi öz imajları ile tutarlı davranmak, sosyal dünyaya kendini nasıl sunacağını yönetmek, başkaları ile iyi ilişkiler kurmak ve başka hedeflere ulaşmak için duygu  zenleme stratejilerini kullanmaktadırlar (Thomson ve Calkins, 1996). Duygu  zenleme sürecinde içsel ya da dışsal bir durumun ne anlama geldiğini hedefler doğrultusunda kişisel olarak değerlendirilir ve yanıt oluşturulur. Duruma verilen yanıt ise başlangıçtaki durumu değeritirir. Özetle verilen tepkiler genellikle çevrede, sonraki olaylarda ve diğer duyguların ortaya çıkma olasılığını değeritiren birtakım değerikliklere yok açar (Gross, 2015).

Thomson'a (1991) göre duygu  zenleme; insanların ihtiyaçlarını ve hedeflerini gerçekleştirmek için duygularının akışını izleme, değerlendirme ve yeniden yönlendirmeye çalıştıkları bir dizi içsel ve dışsal süreci ifade eder. Gross (1998) ise duygu  zenlemeyi duyguyu azaltmak, arttırmak ya da duyguyu korumak için kullanılan stratejiler olarak açıklamıştır. Duygu  zenleme, duyguların başka bir şeyi nasıl  zenlediğinden ziyade duyguların nasıl  zenlendiğini ile ilgilidir (Gross, 2015). Gratz ve Romers (2004), duygu  zenlemeyi olumlu ve olumsuz duyguların ayrılmasını, deneyimlenmesini ve de güçlü duyguları  zenleme yeteneğini içeren çok yönlü bir yapı olarak tanımlamışlardır.

Gross ve Werner (2009), duygu  zenlemeyi "Süreç modeli" ile açıklamaktadır, bu modelde 5 noktayı vurgulamaktadır. İlk 4 madde süreci anlamayı ve anlamlandırmayı içerirken sonuncu madde süreç sonrasında verilen tepkiye dairdir.

1.Durum Seçimi (Situation Selection): Uyandıracağını potansiyel duyguyu göz önünde bulundurarak, belirli kişi veya durumlara yaklaşmayı ya da kişi veya durumlardan kaçınmayı ifade eder.

2.Durum Değişikliği (Situation Modification): Durumları doğrudan etkileyecek ve duygusal etkilerini değiştirecek biçimde çevresel düzenleme çabasını ifade eder.

3.Dikkat Dağıtma (Attentional Deployment): Kişinin karşılaştığı durum karşısında odaklanacağı ya da kaçacağı yönü belirlemesini ifade eder.

4.Bilişsel Değişim (Cognitive Change): Kişinin durumun odaklanacak yönü belirlendikten sonraki duruma dair anlam ve düşüncelerini değiştirmeyi ifade eder.

5.Tepki Değişikliği (Response Modulation): Kişinin, ortaya çıkan duygu sonrasındaki tepkisini ifade eder (Werner ve Gross, 2009).

Duygu düzenleme stratejileri sorunlu duyguları değiştirmek, duygu ve ilgili bağlam hakkında farkındalık sağlamak, kişinin kısa ve uzun vadeli hedefleri hakkında bilgi sahibi olmak, doğru seçimlerle kişinin mevcut durumundan arzulanan hedef durumuna ulaşabilmek için kişi tarafından kullanılır (Gross ve Jazaieri, 2014). Duygu düzenleme, bireylerin duygulara nasıl sahip olduklarını, duyguları nasıl deneyimlediklerini, bu duygulardan nasıl etkilendiklerini ifade eder. Duygu düzenleme süreçleri bilinçli ya da bilinçsiz olabilir, otomatik olarak kontrol edilebilir, duygu üretme sürecini etkileyebilir. Aynı zamanda duygu düzenleme, duygunun ortaya çıkması ve cevap bileşenlerinin birbiri ile nasıl ilişkili olduğunu da içerir. Duygu düzenlemenin hedefi, genellikle olumsuz duyguları azaltmak olumlu duyguları arttırmaya çalışmaktır (Gross, 1998).

Gratz ve Roemer (2004) duygu düzenlemeyi duyguların farkına varılması ve anlaşılması, duyguların kabulü, olumsuz duygular yaşarken dürtüsel davranışların kontrolü ve hedefe uygun davranmak, uygun duygu düzenleme stratejilerini kullanmak şeklinde kavramsallaştırmışlardır. Bu yeteneklerin herhangi birinin veya tamamının göreceli yokluğu, duygu düzenlemede zorluklarının veya düzensizliklerinin olduğunu gösterir. Duygu düzenleme güçlüğü, bireyin kendi duygusal deneyimlerini anlama ve kabul etmesinde, duyguları deneyimlemesinde ve tepki vermesinde çeşitli problemleri yolları kullandığını ifade eder (Gratz ve Roemer, 2004).

Belirsiz kayıp yaşayanlar, kaybın kesinliğine dair tanımlamanın yapılamadığı oldukça zor bir süreç yaşarlar. Birçok insan belirsiz kayıp gibi kontrolleri dışında gelişen böylesi bir belirsizliğe uzun süre tolerans gösteremez. Bu süreçte hem kaybın

anlamlandırılması hem de duyguların tanınması ve anlamlandırılması zordur. Dolayısıyla kişinin duygu düzenleme stratejileri kişinin depresyon, anksiyete, stres yaşama ihtimali ile ilişkili olabilir.

Werner ve Gross'un (2009) bulgusuna göre DSM- IV'teki (Amerikan Psikiyatri birliği; APB, 2000) tanı kategorilerinden %75'ten fazlasının duygu düzenleme güçlüğüne bağlı geliştiği görülmüştür. Yapılan çalışmalarda duygu düzenleme güçlüğü, dürtüsellik, duygusal kabul eksikliği, duyguları düzenlemek için etkili stratejilere erişim eksikliği ve biriktirme bozukluğu ile ilişkili bulunmuştur (Tolin, Levy, Wootton, Hallion ve Stevens, 2018). Duygu düzenleme güçlüğü'nün fazla opioid kullanımı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Kronik ağrısı olan hastaların duygu düzenlemede zorlandıklarında kaçınma gibi uyumsuz başa çıkma stratejilerini daha sık kullandığı görülmüştür. Bireyler belirli bir konuya değinmeden, duygusal ve fizyolojik durumlarını derhal değiştireceğini varsaydıkları madde kullanımıyla, can sıkıcı durumlardan kaçınmaktadırlar. Uyumsuz başa çıkma stratejileri kullanıldıkça uyumlu stratejilerinin kullanılma sıklığı azalmaktadır ve böylece duygu düzenleme güçlükleri sürdürülmektedir (Lutz, Gross ve Vargovich, 2018). Duyguların deneyimlenmesi ve düzenlenmesindeki sorunlar sosyal kaygı bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, anksiyete, depresyon, distimi, otizm spektrum bozukluğu, saldırganlık, aleksitimi ve psikoz spektrum bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir (Gross ve Jazaieri, 2014). Duyguların düzenlenmesi genel popülasyonda afektif bozuklukların gelişimi ve sürdürülmesinde önemli risk faktörleri arasındadır (Cal, Richdale, Dissanayake ve Uljarevic, 2017).

Wirtz ve arkadaşlarının (2014) majör depresif bozukluğu olan hastalar ile yaptığı çalışmada, duygu düzenleme becerilerinin depresyon, anksiyete ve stres ile anlamlı düzeyde ilişkisinin olduğu bulgulanmıştır. Çalışmada duygu düzenleme becerileri ile ilgili verilen eğitimin sonrasında duygu düzenleme becerilerinin artması ile depresyon, stres, stres seviyesinde önemli ölçüde düşüş görülmüştür (Wirtz, Radkovsky, Ebert ve Berking, 2014). Mario ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışma sonucunda majör depresif bozukluk ile duygu düzenleme arasında ilişki olduğu bulgulanmıştır. Wirtz ve arkadaşlarının (2013) yaptığı çalışmadan elde edilen bulgular duygu düzenleme becerilerinin sistematik olarak arttırılmasının anksiyete bozukluklarının gelişimini önlemeye yardımcı olabileceğini düşündürmektedir.

1.6. Araştırmanın Amacı

Demansa neden olan hastalıklar içinde en sık görülen hastalık Alzheimer hastalığıdır. Alzheimer hasta sayısı günden güne artmaktadır. Hastalığı tamamen iyileştiren herhangi bir tedavi bulunmamaktadır (Waite, 2015). Bakım verenler genelde aile üyeleri olmaktadır (Stone, Cafferata ve Sangl, 1987). Bakım verme sürecinde çeşitli faktörler bakım verenlerin yasını ve depresyon, stres, anksiyete düzeylerini etkilemektedir.

Bu çalışmada Alzheimer hastalarına bakım verenlerinin depresyon, anksiyete, stres seviyelerini ve yaşadıkları bakım veren yasını etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda, Alzheimer hastaları yakınlarına bakım verenlerin, algıladıkları sosyal destek, belirsizliğe tahammülsüzlük kapasiteleri, duygu düzenleme güçlükleri ile bakım verme sürecinde hissettikleri bakım veren yas düzeyleri, depresyon, anksiyete, stres seviyeleri arasındaki ilişkiler incelenmiştir.

Araştırmanın temel amacı doğrultusunda oluşturulan hipotezler aşağıda verilmektedir:

- 1.Alzheimer hastası yakınlarına bakım veren katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyleri azaldıkça, depresyon, anksiyete ve stres semptomlarında artma beklenmektedir.
- 2.Alzheimer hastası yakınlarına bakım veren katılımcıların algıladıkları sosyal destek düzeyleri azaldıkça, yas tepkilerinde artma beklenmektedir.
- 3.Alzheimer hastası yakınlarına bakım veren katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlükleri arttıkça, depresyon, anksiyete ve stres semptomlarında artma beklenmektedir.
- 4.Alzheimer hastası yakınlarına bakım veren katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlükleri arttıkça, yas tepkilerinde artma beklenmektedir.
- 5.Alzheimer hastası yakınlarına bakım verenlerin duygu düzenleme güçlüğü arttıkça, depresyon, anksiyete, stres semptomlarında artma beklenmektedir.
- 6.Alzheimer hastası yakınlarına bakım verenlerin duygu düzenleme güçlüğü arttıkça, yas tepkilerinde artma beklenmektedir.

7. Yas tepkileri ile depresyon, anksiyete, stres semptomları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki beklenmektedir.
8. Algılanan sosyal destek ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki beklenmektedir.
9. Algılanan sosyal destek ile duygu düzenleme güçlüğü arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki beklenmektedir.
10. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile duygu düzenleme güçlüğü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki beklenmektedir.

1.7. Araştırmanın Önemi

Belirsiz kayıp, bireylerin kayba dair anlamlı bir tanımlama yapamadığı ve anlam veremediği acı verici, kafa karıştırıcı, travmatik olarak yaşanılabilen zorlu bir süreçtir (Boss, 1999a). Kişilerin fiziksel olarak orada olduğu ancak psikolojik olarak ulaşılamaz olduğu Alzheimer hastalığı ise hastaların fiziksel ve bilişsel durumlarındaki yeti kayıpları nedeniyle yakınları tarafından belirsiz olarak algılanır. Fiziksel ve bilişsel bozulmalar nedeniyle hastalar bakım almaya muhtaçtırlar (Boss, 2010). Alzheimer hastası yakınlarına bakım verenler, hastanın kademeli olarak yaşadığı fiziksel ve bilişsel kayıplara tanık olmaktadır. Aynı zamanda bakım verenler sevdikleri kişilerin psikolojik olarak kaybı, kontrol hissinin kaybı gibi birçok küçük kayıp yaşamaktadırlar (Marwit ve Meuser, 2005). Bakım vermenin ilerleyen dönemlerinde yaşanan kayıplarla birlikte yas tepkileri bakım verme sürecinin bir parçası haline gelebilmektedir (Sanders ve ark., 2007). Alzheimer hastası bakım verenlerinin yaşadıkları yasın yanı sıra depresyon, anksiyete, stres yaşadıkları görülmüştür (Yılmaz ve Turan, 2007).

Literatüre bakıldığında, yas süreçleri sıklıkla çalışılmış olmasına rağmen Alzheimer hastası yakınlarına bakanların yaşadıkları bakım veren yası ile depresyon, anksiyete, stres ilişkisini çalışan sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Çalışma bakım verme sürecinde yaşanan kayıplara bağlı gelişen yas tepkilerine odaklanması açısından önem taşımaktadır. Alzheimer hastalarına bakım verme süreci, bakım verenlerin yaşadığı belirsiz kayıp nedeniyle diğer bakım verme süreçlerinden farklılaşmaktadır. Yaşanan belirsiz kayıplara bağlı gelişen duygusal ikilik, bakım verme rolünün getirdiği zorluklar, yakınlarına psikolojik olarak ulaşamıyor olmanın etkileri ile Alzheimer

hastalarına bakım verme süreci oldukça karmaşık ve biriciktir. Yapılan çalışma ile bu süreci etkileyen faktörlerin anlaşılması ve belirsiz kayıp kavramının incelenmesi literatür açısından önem taşımaktadır. Çalışmada aynı zamanda belirsizliğe tahammülsüzlük, algılanan sosyal destek, duygu düzenleme güçlüğü'nün bakım veren yası ve depresyon, anksiyete, stres ile ilişkisi incelenmiştir. Belirsizlik hem olumlu hem de olumsuz psikolojik etki potansiyeline sahiptir (Hillen ve ark., 2017). Yakını demans tanısı alan hasta yakınlarının hastalığının gidişatı, gelecekte yaşanacak kayıplar, hasta ile ilişkinin durumu gibi bir çok alanda belirsizlik yaşayabilmektedir (Dupuis, 2002). Mevcut çalışmalar göz önünde bulundurulduğunda belirsizliğe tahammülsüzlüğün, bakım veren yası düzeyi ve bakım verenlerin depresyon, anksiyete, stres düzeyleri ile ilişkili olduğu ön görülmektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlük ve bakım veren yası ilişkisinin Türkiye örnekleminde incelenmesi ile literatüre katkı sağlanması amaçlanmaktadır. Literatürde yas tepkisi ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişki kapsamında bir çok çalışma yapılmıştır ancak bakım veren yası ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkiyi inceleyen oldukça sınırlı sayıda araştırma vardır. Çalışmanın bu yönüyle de literatüre katkıda bulunması amaçlanmaktadır.

Günümüzde yaşlı nüfus oranının, hastalıkların ve diğer faktörlerin giderek artması ile gelecekte belirsiz kayıp yaşayacak bireylerin ve Alzheimer hasta sayısının da artacağı varsayılmaktadır. Bu nedenle Alzheimer hastasına bakım veren hasta yakınlarının yaşadıkları yas ve depresyon, anksiyete, stres düzeylerini etkileyen değişkenlerin aydınlatılması önem kazanmaktadır. Yapılan araştırma ile Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadığı bakım veren yası etkilerinin daha iyi anlaşılması, bakım verenlerin depresyon, anksiyete, stres seviyelerini belirleyen etkenlerin analiz edilmesi ve algılanan sosyal desteğin, belirsizliğe tahammülsüzlüğün, duygu düzenleme güçlüklerinin Alzheimer hastası bakım verenlerinin depresyon, anksiyete, stres ve bakım veren yas seviyelerini ne derece etkilediğinin aydınlatılması amaçlanmaktadır. Elde edilen bilgilerin klinik uygulama bağlamında bakım verenlerle yürütülen terapi ve psikolojik danışmanlık süreçlerinde çalışılabilecek faktörleri belirlemesi beklenmektedir.

BÖLÜM 2.YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın örneklemini, araştırma için kullanılan veri toplama araçları, verilerin analiz edilmesinde kullanılan istatistiksel analize dair bilgiler verilmektedir.

2.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın örneklemini, Türkiye'nin çeşitli illerinde ikamet eden ve Alzheimer hastalığı yaşayan bireylere bakım veren kişiler (ebeveyn, eş, evlat, yakın ve uzak akraba, arkadaş) ve Alzheimer Derneği'ne üye hasta yakınları oluşturmuştur. Tablo 1'de belirtildiği gibi %11.5'i erkek ($n=19$), % 88.5'i kadın katılımcılardan ($n=146$) oluşan örneklemin yaş ortalaması, 49.4 olarak hesaplanmıştır ($SS= 11.1$, 18-73). Katılımcıların eğitim düzeyleri incelendiğinde, 2 kişinin (%1.2) okur-yazar, 21 kişinin (%12.7) ilkokul, 8 kişinin (%4.8) ortaokul, 64 kişinin (38.8) lise, 70 kişinin (42.4) üniversite mezunu olduğu ya da lisans üstü düzeyde eğitim aldığı görülmüştür. Katılımcıların medeni durumları göz önünde bulundurulduğunda, 31'inin (%18.8) bekar, 107'sinin (%64.8) evli, 19'unun (%11.5) boşanmış, 8'inin (%4.8) eşini kaybettiği görülmüştür. Katılımcıların 52'si (%31.5) çalışmakta, 113'ü (%68.5) çalışmamaktadır. Katılımcıların hanelerinin aylık gelirlerinin ortalaması 5.534 olarak hesaplanmıştır ($SS=3.540$, 1.000-25.000).

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

	Cevap sayısı	n	%	ort.	SS	min- max
Cinsiyet	165					
Kadın			146	88.5		
Erkek			19	11.5		
Yaş	165		165	100	49.4	11.1 18-73
Eğitim durumu	165					
Okur-yazar			2	1.2		
İlkokul			21	12.7		
Ortaokul			8	4.8		
Lise			64	38.8		
Üniversite ve üstü			70	42.4		
Medeni durumu	165					

Bekar		31	18.8			
Evli		107	64.8			
Boşanmış		19	11.5			
Eşini kaybetmiş		8	4.8			
Çalışma durumu	165					
Evet		52	31.5			
Hayır		113	68.5			
Ortalama gelir	165	165	100	5.553	3540	1.000-2.5000

Tablo 2’de belirtildiği gibi hastaların %73.3’ü ($n=121$) kadın, %26.7’sinin ($n=44$) erkek olduğu görülmüştür. Hastaların yaş ortalamalarının 77.8 olarak hesaplanmıştır. Hastaların eğitim düzeyi incelendiğinde 48 kişimim (%21.1) okur-yazar olduğu, 73 kişinin (%44.2) ilkokul, 11 kişinin (%6.7) ortaokul, 18 kişinin (%10.9) lise, 15 kişinin (%9.1) üniversite mezunu olduğu ya da lisans üstü düzeyde eğitim aldığı görülmüştür. Medeni durumlarına göre hastaların 3’ü bekar (%1.8), 58’i evli (%35.2), 4’ü boşanmış (%2.4), 100’ünün eşini kaybetmiş (%60.6) olduğu görülmüştür.

Tablo 2. Hastaların Demografik Özellikleri

	Cevap sayısı	n	%	ort.	SS	min	max
Cinsiyet	165						
Kadın		121	73.3				
Erkek		44	26.7				
Yaş	165	165	100	77.8	9.6	40	97
Eğitim durumu	165						
Okur-yazar		48	29.1				
İlkokul		73	44.2				
Ortaokul		11	6.7				
Lise		18	10.9				
Üniversite ve üstü		15	9.1				
Medeni durumu	165						
Bekar		3	1.8				
Evli		58	35.2				
Boşanmış		4	2.4				
Eşini kaybetmiş		100	60.6				

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmaya katılan bireylerin demografik bilgilerinin edinilmesi amacıyla bu çalışmada kullanılmak üzere Demografik Bilgi Formu, katılımcıların aile yapısı ve yakını olan hasta ile ilişkisini anlamak üzere Aile Yapısı ve Hasta Bakımına İlişkin Soru Formu oluşturulmuştur. Bu iki formun yanı sıra araştırma kapsamında nicel veriler, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Formu, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form, Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS 21)- Kısa Formu, Marwit Meuser- Bakım Veren Yası Ölçeği-Kısa Formu kullanılarak araştırmacı tarafından toplanmıştır.

Çalışma katılımcıların gönüllülük esasına dayanmaktadır. Katılımcılara araştırma ve araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş, diledikleri zaman çalışmayı sonlandırabilecekleri ifade edilmiştir. Türkiye Alzheimer Derneği'ne üye katılımcılara ve araştırmacının çevresindeki Alzheimer hastası yakınlarına bakım veren katılımcılara anketler, yazılı bir biçimde uygulanmıştır. Sosyal medya hesaplarından ulaşılan katılımcılara anketler, çevrimiçi anket şeklinde uygulanmıştır.

2.2.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Katılımcılar için hazırlanan onam formunda çalışmanın yüksek lisans programı kapsamında yürütüldüğü, çalışmanın amacı, süresi hakkında bilgi verilmiştir. Bilgilendirilmiş onam formunda katılımın gönüllülük esasına dayandığı, katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkının bulunduğu vurgulanmıştır. Yazılı anketi yanıtlayan katılımcıların çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair imza alınmıştır. Çevrimiçi anketlerde, bilgilendirilmiş onam formunun yer aldığı sayfada katılımcılardan formu okuduğuna ve onayladığına dair doğrulama talep edilmiştir. Ardından katılımcılara çevrimiçi anketlere erişim izni verilmiş, çalışmaya katılımları sağlanmıştır. Bilgilendirilmiş Onam Formu Ek 1'de sunulmuştur.

2.2.2. Demografik Bilgi Formu

Alzheimer hastası yakınlarına bakım verenler için hazırlanan “Demografik Bilgi Formu” katılımcıların ve hastaların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, aylık gelir düzeyi, yakınlık düzeyi, hastalığın derecesi gibi bilgilerine ulaşılmasının hedeflendiği 16 sorudan oluşmaktadır. Demografik Bilgi Formu Ek 2'de sunulmuştur.

2.2.3. Aile Yapısı ve Hasta Bakımına İlişkin Soru Formu

Form, katılımcının birlikte yaşadığı kişi sayısı, yakını olan hastaya bakım verme süresi, ekonomik ve psikolojik destek alıp almadığı gibi bilgileri anlamak üzere 7 sorudan oluşmaktadır. Aile Yapısı ve Hasta Bakımına İlişkin Soru Formu Ek 3'te sunulmuştur.

2.2.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Katılımcıların algıladıkları sosyal destek, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile ölçülmüştür. Ölçek, Zimet, Dahlem, Zimet ve Farley (1988) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe uyarlaması Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmıştır. Yatarak tedavi gören psikiyatri hastaları, cerrahi müdahale yapılan hastalar ve rastgele seçilmiş hasta ziyaretçilerinin oluşturduğu katılımcılara yapılan iç tutarlılık çalışmasında Cronbach alfa iç tutarlılık değerleri. 80 ile. 95 arasında bulunmuştur. 12 maddeden oluşan ve 'Özel Biri' (1., 2., 5., 10.), 'Aile' (3., 4., 8., 11.) ve 'Arkadaş' (6., 7., 9., 12.) olmak üzere üç alt boyuta sahip olan ölçek kişinin ailesinden, arkadaşlarından ve önemli başka kişilerden aldığı sosyal desteğin yeterliliğini ölçmektedir. Ölçeğin maddeleri "kesinlikle hayır" ve "kesinlikle evet" arasında yer alan 7'li Likert tip puanlama üzerinden cevaplanmaktadır (Eker , Arkar ve Yaldız, 2001).

Ölçeğin bu çalışmadaki güvenirlik analizleri incelendiğinde; tüm ölçeğe ait iç tutarlılık kat sayısı .90, Aile alt ölçeğine ait iç tutarlılık kat sayısı .89, Özel bir insan alt ölçeğinin iç tutarlılık kat sayısı .86, Arkadaş alt ölçeğinin iç tutarlılık kat sayısı .88 olarak hesaplanmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Ek 4'te sunulmuştur.

2.2.5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Formu

Freeston ve arkadaşları (1994) tarafından Fransızca olarak geliştirilen 27 maddelik Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği önce Buhr ve Dugas (2002) tarafından İngilizceye çevrilmiş, daha sonra Carleton, Norton ve Asmundson (2007) tarafından kısa formu geliştirilmiştir. 12 maddeden oluşan Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Formunun (BTÖ-12) Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışması Sarıçam ve arkadaşları (2014) tarafından gerçekleştirilmiştir.

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği'nin Cronbach alfa iç tutarlık güvenirlik katsayısı ölçeğin bütünü için .88, ileriye dönük kaygı alt boyutu için .84, engelleyici

kaygı alt boyutu için .77 olarak bulunmuştur. Ayrıca ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği için ölçek 28 gün ara ile aynı çalışma grubundan 61 kişiye tekrar uygulandığında, iki uygulama arasındaki korelasyon katsayısı ölçeğin bütünü için .74, ileriye dönük kaygı alt boyutu için .75, engelleyici kaygı alt boyutu için .71 olarak bulunmuştur (Sarıçam, Erguvan, Akın ve Akça, 2014).

Ölçek iki alt boyuttan oluşmaktadır; gelecek olaylara dair korku ve kaygıyı ölçen ‘İleriye Dönük Kaygı’ boyutu 7 madde (Madde 1-7) içerirken ‘Engelleyici Kaygı’ boyutu ise harekete geçmeyi veya deneyimlemeyi önleyen belirsizliği 5 madde (Madde 8-12) ile ölçmektedir. Ölçek 5’li Likert (1=Bana Hiç Uygun Değil, 2=Bana Çok Az Uygun, 3= Bana Biraz Uygun, 4= Bana Çok uygun, 5=Bana Tamamen uygun) tipinde bir öz bildirim ölçeği olup ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçeğin hem alt boyutlarının toplam puanları hem de tüm maddelerin toplam puanı hesaplanabilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 12, en yüksek toplam puan ise 60’tır. Artan puanlar belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin arttığını göstermektedir.

Ölçeğin bu çalışmadaki güvenirlik analizleri incelendiğinde; tüm ölçeğe ait iç tutarlılık kat sayısı .89, İleriye Dönük alt ölçeğine ait iç tutarlılık kat sayısı .82, Engelleyici Kaygı alt ölçeğinin iç tutarlılık kat sayısı .86 olarak hesaplanmıştır. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Formu Ek 5’te sunulmuştur.

2.2.6. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form

Orijinal formu Gratz ve Romer (2004) tarafından geliştirilen ve 36 maddeden oluşan Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği’nin kısa formu Bjureberg ve arkadaşları (2016) tarafından geliştirilmiştir. Form 5’li Likert tipi olarak yanıtlanmakta ve 16 maddeden oluşmaktadır. Ölçek duyguları anlamada güçlüğü ifade eden ‘Açıklık’(1., 2.) alt boyutu, duygusal tepkilerin kabul edilmesinde güçlüğü ifade eden ‘Kabul etmeme’(9., 10., 13.) alt boyutu, duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişimi ifade eden ‘Stratejiler’(5., 6., 12., 14., 16.) alt boyutu, dürtü kontrol güçlüklerini ifade eden ‘Dürtü’(4., 8., 11.) alt boyutu ve hedefe yönelik davranışta zorlanmayı ifade eden ‘Hedefler’(3., 7., 15.) alt boyutu olmak üzere 5 alt boyuta sahiptir (Yiğit ve Guzey Yiğit, 2017). Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.93’tür, alt ölçeklerde ise 0.92-0.95 arasındadır (Bjureberg ve ark., 2016). Ölçeğin Türkçeye çevrilmesi Yiğit ve

Güzey Yiğit (2017) tarafından yapılmıştır. Örneklem Ankara Üniversite'sinin çeşitli bölümlerinden 316 lisans öğrencisinden oluşmuştur. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı açıklık alt boyutu için. 84, hedefler için. 84, dürtü için. 87, stratejiler için. 87, kabul etmeme için. 78 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin bu çalışmadaki güvenirlik analizleri incelendiğinde; tüm ölçeğe ait iç tutarlılık kat sayısı .93, Açıklık alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı .83, Hedef alt boyutunun iç tutarlılık kat sayısı .81, Dürtü alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı .83, Strateji alt boyutunun iç tutarlılık kat sayısı .87, Kabul Etmeme alt ölçeğinin iç tutarlılık katsayısı .75 olarak hesaplanmıştır. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Formu Ek 6'da sunulmuştur.

2.2.7. Marwit Meuser- Bakım Veren Yas Ölçeği Kısa Form

Marwit Meuser Bakım Veren Yas Envanteri Kısa Form Demans hastalarına bakım veren kişilerin bakım verme sürecinde yaşadıkları ölüm öncesi yas belirtilerini ölçmeyi amaçlamaktadır (Marwit ve Meuser, 2005). Form 5'li Likert tipi olarak puanlanmakta olup (1=kesinlikle katılmıyorum, 2=biraz katılmıyorum, 3= ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4=biraz katılıyorum, 5= kesinlikle katılıyorum) 18 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, bakım verenlerin bakım verme nedeniyle vazgeçmek zorunda kaldıkları durumları ifade eden '*Kişisel Fedakârlık Yüğü*' (1,2,10,16,17,18), bakım verme sürecinde deneyimlenen kayıp yaşantılarını ifade eden '*Kalpten üzüntü ve Özlem*' (4,8,9,11,12,15), bakım verenin çevresinden uzaklaşmasını ve geleceğe dair belirsizlik hislerini ifade eden '*İzolasyon*' (3,5,6,7,13,14) olmak üzere üç alt boyuta sahiptir. MM-Bakım Veren Yas Envanteri-Kısa Form Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı. 91, alt boyutlarından "kişisel fedakârlık yüğü" alt boyutunun iç tutarlılık kat sayısı. 83," "kalpten üzüntü ve özlem" alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı. 80, "izolasyon" alt boyutunun iç tutarlılık katsayısı .80 olarak hesaplanmıştır (Marwit ve Meuser, 2005).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Erbay (2017) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe versiyonunda Cronbach alfa değeri .91, ölçeğin alt boyutlarının tümünde Cronbach alfa değeri .70'in üstünde bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe versiyonunda alt boyutları ise '*Kişisel Fedakârlık Yüğü*' (1., 2., 10., 12., 13., 16., 17., 18.), '*Kalpten Üzüntü ve Özlem*' (4., 8., 11., 15.), '*Felaketleştirme*' (5., 6) ve '*İzolasyon*' (7., 14.) şeklindedir. Ölçekten

alınan toplum puanının artması, kişilerin bakım verme sürecinde yaşadığı belirsiz kayıp düzeyinin arttığını göstermektedir. (Erbay, 2017).

Ölçeğin bu çalışmadaki güvenirlik analizleri incelendiğinde; tüm ölçeğe ait Cronbach alfa değeri .89, Kalpten Üzüntü ve Özlem alt boyutunun Cronbach alfa değeri .72, Kişisel Fedakârlık alt boyutunun Cronbach alfa değeri .86, İzolasyon alt boyutunun Cronbach alfa değeri .78, Felaketleştirme alt boyutunun Cronbach alfa değeri .64 olarak hesaplanmıştır. Marwit Meuser- Bakım Veren Yası Ölçeği- Kısa Formu Ek 7’de sunulmuştur

2.2.8. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Kısa Formu

Lovibond ve Lovibond (1995) tarafından geliştirilen Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği 4’lü Likert tipi olarak puanlanmakta ve 42 maddeden oluşmaktadır. Brown (1997) tarafından ölçeğin kısa form çalışması yapılmıştır. Ölçek ‘Depresyon’ (3., 5., 10., 13., 16., 17., 21.), ‘Anksiyete’ (2., 4., 7., 9., 15., 19., 20.) ve ‘Stres’ (1., 6., 8., 11., 12., 14., 18.) olmak üzere üç alt boyuttan ve 21 sorudan oluşmaktadır.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Yılmaz ve arkadaşları (2017) tarafından yapılmıştır. Çalışmada Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı “anksiyete” alt boyutu için .80, “depresyon” alt boyutu için .81, “stres” alt boyutu için .75 bulunmuştur (Yılmaz, Boz ve Arslan, 2017). Ölçeğin bu çalışmadaki güvenirlik analizleri incelendiğinde; tüm ölçeğe ait iç tutarlılık kat sayısı .95, Anksiyete alt boyutu iç tutarlılık kat sayısı .86, Depresyon alt ölçeğinin iç tutarlılık kat sayısı .89, Stres alt boyutu iç tutarlılık kat sayısı .87 olarak elde edilmiştir. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Kısa Formu Ek 8’de sunulmuştur.

2.3. İşlem

2.3.1. Verilerin Toplanması

Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu’ndan araştırmanın yapılmasının etik olarak uygun olduğu izni alınmıştır. Ardından veri toplama işlemine geçilmiştir. Veri toplama araçları internet üzerinden çevrimiçi anketler ve yazılı anketler olarak katılımcılara ulaştırılmıştır.

Katılımcıların ölçekleri doldurmalarından önce bilgilendirilmiş onam formunu okumaları ve onay vermeleri istenmiştir. Onay veren katılımcıların ölçekleri doldurmasına izin verilmiştir. Türkiye Alzheimer Derneği’nin yardımı ile derneğe üye

olan Alzheimer hastaları yakınlarına ve araştırmacının çevresindeki Alzheimer hastaları yakınlarına bakım veren bireylere ulaşarak yazılı anketlere katılımları sağlanmıştır. İnternet üzerinden çevrimiçi anket ile veri toplama işlemi için <https://forms.gle/jNoeA7a8jVpd3zjz6> linki üzerinden veri toplama araçlarını içeren bir form düzenlenmiştir. Form Alzheimer hastası yakınlarına bakım veren bireylerin üye olduğu sosyal medya hesaplarında paylaşılmış ve katılımcılara ulaştırılmıştır. Hem yazılı anket hem de çevirim içi anket yolu ile test bataryasının doldurulması yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Veri toplama işlemi 25 Aralık 2019 ile 15 Haziran 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş, 118 çevrimiçi anket, 47 yazılı anket doldurulmuştur.

2.3.2. Verilerin Analizi

Veri toplama işleminin sonlandırılmasının ardından veriler Statistical Packages for the Social Sciences 21.0 (SPSS) programı aracılığıyla bilgisayara aktarılmış ve istatistiksel analizler için hazırlanmıştır. İlk olarak araştırmada kullanılan ölçek ve formların betimsel özelliklerini belirlemek amacıyla ortalama, standart sapma, minimum-maksimum puanlar, iç tutarlılık katsayı değerleri hesaplanmıştır. Katılımcıların çeşitli demografik özelliklerine ve verdikleri bilgilere göre dağılımlarını belirlemek amacıyla frekans analizi uygulanmıştır. Ayrıca araştırmanın en başında oluşturulan hipotezlerin test edilmesi amacıyla tüm değişkenler arasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon analizi uygulanmıştır. Son olarak katılımcıların bakım veren yası puanlarını ve depresyon, anksiyete, stres puanlarını yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla aşamalı hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır.

BÖLÜM 3. BULGULAR

Bu bölümde analiz sonuçlarına ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırmada yer alan ÇBASD, BTÖKF, DDGÖKF, MMBYE, DASS21'in var olan çalışma verileri kullanılarak hesaplanan betimsel istatistik sonuçları ve çalışmanın amacına yönelik uygulanan istatistiksel analiz sonuçları sunulmuştur.

3.1. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Betimsel Bilgileri

Araştırmada kullanılan ÇBASD, BTÖKF, DDGÖKF, MMBYE, DASS21'in çalışma verilerine dayanarak, tümü ve alt boyutları için elde edilen puan ortalamaları, standart sapma değerleri, en düşük ve en yüksek puan değerleri hesaplanmış ve Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Ölçeklerden Elde Edilen Puan Ortalamaları, Standart Sapma, Minimum ve Maksimum Değerler

Değişkenler	Ort	SS.	Min./Maks.
ÇBASDÖ	54.18	18.98	12-84
ÇBASDÖ -Özel biri	54.18	7.86	4-28
ÇBASDÖ -Aile	19.65	7.68	4-28
ÇBASDÖ -Arkadaş	18.32	7.55	4-28
BTÖKF	40.63	10.98	12-60
BTÖKF -İleriye dönük	23.81	6.63	5-35
BTÖKF -Engelleyici kaygı	16.81	5.44	5-25
DDGÖKF	42.28	15.07	16-80
DDGÖKF -Açıklık	4.93	2.36	2-10
DDGÖKF-Hedefler	9.52	3.34	3-15
DDGÖKF -Dürtü	7.45	3.41	3-15
DDGÖKF -Strateji	12.96	5.46	5-25
DDGÖKF -Kabul etmeme	7.40	3.47	3-15
MM_BYE	55.13	13.82	21-80
MM_BYE -Kişisel fedakârlık	24.29	7.17	8-35
MM_BYE -Kalpten üzüntü ve özlem	14.75	3.98	4-20
MM_BYE -Felaketleştirme	6.07	2.43	2-10
MM_BYE -İzolasyon	6.09	2.63	2-10
DASS21	12.95	15.46	1-62
DASS21-Anksiyete	8.16	5.34	0-21
DASS 21-Depresyon	9.41	5.67	0-21
DASS 21-Stres	10.36	5.33	0-21

ÇBASD: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, DASS21: Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği, BTÖKF: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Formu, MMBYE: Marwit Meuser Bakım Veren Yas Envanteri

3.2. Katılımcıların Psikolojik Destek Alma, Hasta ile Yakınlık ve İlişki Durumu, Ekonomik ve Aile Durumuna İlişkin Bilgiler

Katılımcıların hasta ile yakınlık dereceleri incelendiğinde, hastaların büyük bir çoğunluğunun (%75.2) katılımcıların ebeveyni olduğu gözlenmiştir. Katılımcıların hasta ile sevgi bağları incelendiğinde katılımcılarının çoğunun (%64.2) yakınları olan hasta ile sevgi bağını çok iyi olarak değerlendirdiği gözlenmiştir. Katılımcıların kendileri dahil evde yaşayan kişi sayısının en az 1, en fazla 6 ve ortalamasının 3.36 olduğu ve katılımcıların çoğunun (%61.2) hasta ile yaşadığı bulgulanmıştır.

Tablo 4. Katılımcıların Psikolojik Destek Alma, Hasta ile Yakınlık ve İlişki Durumu, Ekonomik ve Aile Durumuna İlişkin Bilgiler

	Cevap sayısı	%	ort.	SS	min	max
Hasta ile yakınlık	165					
Ebeveyn	124	75.2				
Evlat	0	0				
Eş	7	4.2				
Yakın akraba	27	16.4				
Uzak akraba	6	3.6				
Arkadaş	1	0.6				
Hasta ile sevgi bağı	165					
Çok iyi	106	64.2				
İyi	40	24.2				
Orta	15	9.1				
İyi değil	2	1.2				
Hiç iyi değil	2	1.2				
Hasta ile yaşama	165					
Evet	101	61.2				
Hayır	64	38.2				
Psikolojik yardım						
Evet	31	18.8				
Hayır	134	81.2				
Ekonomik yardım	165					
Aile	12	7.3				
Devlet	10	6.1				
Sivil toplum	1	0.6				
Almayan	142	86.1				
Hastanın ailedeki geçmiş rolü	165					
Aile geçimini sağlayan kişi	26	15.8				
Aile geçimine katkıda bulunan kişi	49	29.7				
Aile geçimine						

katkısı olmayan kişi	90	54.5				
Tanıdan sonra gelir değişimi	165					
Evet	45	27.3				
Hayır	120	72.7				
Evdeki kişi sayısı	165	100	3.36	1.10	1	6

3.3. Hastalığın Durumu ve Derecesi ile İlgili Bilgiler

Katılımcıların bakım verdiği hastaların çoğunun (47.9) ileri dönem Alzheimer tanısı aldığı görülmüştür. Hastaların en az 3 ay önce, en fazla 218 ay önce Alzheimer tanısı aldığı öğrenilmiştir.

Tablo 5. Hastalığın Durumu ve Derecesine İlişkin Bilgiler

	Cevap sayısı	%	ort.	SS	min	max
Hastalığın derecesi	165					
Erken dönem	26	15.8				
Orta dönem	60	36.4				
İleri dönem	79	47.9				
Tanıdan bu yana geçen süre	165	100	63.93	42.31	3	218

3.4. Bakım Verme ile İlgili Bilgiler

Katılımcıların %27.3'ünün hastaya tek başına bakım verdiği, %21.2'sinin çoğunlukla kendisinin bakım verdiği ve aile üyelerinden zaman zaman yardım aldığı, %18.2'sinin aile üyeleri ile eşit şekilde bakım verdiği, %16.4'ünün bakım veren başka bir aile üyesine yardımda bulunduğu, %17'sinin profesyonel bakıcı yardımı aldığı görülmüştür. Katılımcıların haftada ortalama 5,5 gün bakım verdiği bulgulanmıştır.

Tablo 6. Katılımcıların Bakım Verme Durumuna İlişkin Bilgiler

	Cevap sayısı	%	ort.	SS	min	max
Kim bakım vermekte	165					
Yalnız ben	45	27.3				
Çoğunlukla ben ve aile üyeleri zaman zaman yardım etmekte	35	21.2				
Ben ve aile üyeleri eşit bakım vermekte	30	18.2				
Başka aile üyesi bakım vermekte, ben yardım etmekteyim	27	16.4				
Profesyonel bakıcı yardımı almaktayım	28	17.0				
Haftada kaç gün bakım verilmekte	165	100	5.55	2.1	1	7

3.5. Araştırmanın Değişkenleri Arasındaki Korelasyon Analizi Sonuçları

Araştırmada kullanılan Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin (ÇBASD) alt boyutları Özel Biri (ÇBASD-Özel Biri), Aile (ÇBASD-Aile), Arkadaş (ÇBASD-Arkadaş); Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Formu'nun (BTÖKF) alt boyutları İleriye Dönük Kaygı (BTÖKF-İleriye Dönük Kaygı), Engelleyici Kaygı (BTÖKF-Engelleyici Kaygı); Duygu Düzenleme Güçlüğü Kısa Formu'nun (DDGKF) alt boyutları Açıklık (DDGKF- Açıklık), Hedefler (DDGKF- Hedefler), Dürtü (DDGKF- Dürtü), Strateji (DDGKF- Strateji), Kabul Etmeme (DDGKF-Kabul Etmeme); Marwit Meuser Bakım Veren Yas Envanteri'nin (MMBYE) alt boyutları Kişisel Fedakarlık (MMBYE-Kişisel Fedakarlık), Kalpten Üzüntü ve Özlem (MMBYE-Kalpten Üzüntü ve Özlem), Felaketleştirme (MMBYE-Felaketleştirme), İzolasyon (MMBYE-İzolasyon); Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği'nin (DASS21) alt boyutları Anksiyete (DASS21-Anksiyete), Depresyon (DASS21-Depresyon), Stres (DASS21-Stres) arasındaki ilişkiler Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi ile değerlendirilmiştir. Yapılan analizler sonucu elde edilen bulgular Tablo 7'de sunulmuştur.

İlk olarak ÇBASD için ölçeğin diğer değişkenlerle ilişkisine bakıldığında bu ölçeğin, DDGÖKF-Toplam ($r=-.15, p<.001$), DDGÖKF-Hedefler ($r=-.15, p<.001$), DDGÖKF-Strateji ($r=-.17, p<.05$), MMBYE-Toplam ($r=-.36, p<.001$), MMBYE-Kişisel Fedakârlık, ($r=-.40, p<.001$), MMBYE-Kalpten Üzüntü ve Özlem ($r=-.17, p<.01$), MMBYE-İzolasyon ($r=-.38, p<.001$), DASS21-Toplam ($r=-.25, p<.01$), DASS21-Depresyon, ($r=-.27, p<.001$), DASS21-Stres ($r=-.30, p<.001$) ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Ölçeğin özel biri alt boyutunun, MMBYE-Toplam ($r=-.28, p<.001$), MMBYE-Kişisel Fedakârlık ($r=-.33, p<.001$), MMBYE-İzolasyon ($r=-.29, p<.001$), DASS21-Depresyon ($r=-.27, p<.05$), DASS21-Stres ($r=-.30, p<.05$) ile negatif yönde ilişkili olduğu sonucu elde edilmiştir. Ölçeğin Aile alt boyutunun, MMBYE-Toplam ($r=-.30, p<.001$), MMBYE-Kişisel Fedakârlık ($r=-.34, p<.001$), MMBYE-İzolasyon ($r=-.28, p<.001$), DASS21-Toplam ($r=-.26, p<.01$), DASS21-Anksiyete ($r=-.20, p<.05$), DASS21-Depresyon ($r=-.24, p<.01$), DASS21-Stres ($r=-.29, p<.001$) ile negatif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Ölçeğin arkadaş alt boyutunun, DDGÖKF-Toplam ($r=-.19, p<.05$), DDGÖKF-Açıklık ($r=-.19, p<.05$), DDGÖKF-Hedefler ($r=-.19, p<.05$), DDGÖKF-Dürtü ($r=-.16, p<.05$), DDGÖKF-

Strateji ($r=-.18, p<.05$), MMBYE-Toplam ($r=-.31, p<.001$), MMBYE-Kişisel Fedakarlık ($r=-.30, p<.001$), MMBYE-Kalpten Üzüntü ve Özlem ($r=-.19, p<.05$), MMBYE-İzolasyon ($r=-.38, p<.001$), DASS21-Toplam ($r=-.23, p<.01$), DASS21-Depresyon ($r=-.27, p<.001$), DASS21-Stres ($r=-.26, p<.01$) değişkenleri ile arasında negatif yönde ilişkiler olduğu görülmüştür.

BTÖKF ölçeğinin diğer değişkenler ile ilişkisine bakıldığında DDGÖKF-Toplam ($r=.53, p<.001$), DDGÖKF-Açıklık ($r=.33, p<.001$), DDGÖKF-Hedefler ($r=.52, p<.001$), DDGÖKF-Dürtü ($r=.45, p<.001$), DDGÖKF-Strateji ($r=.49, p<.001$), DDGÖKF-Kabul Etmeme ($r=.36, p<.001$), MMBYE-Toplam ($r=.40, p<.001$), MMBYE-Kişisel Fedakarlık ($r=.37, p<.001$), MMBYE-Kalpten Üzüntü ve Özlem ($r=.28, p<.001$), MMBYE-Felaketleştirme ($r=.34, p<.001$), MMBYE-İzolasyon ($r=.20, p<.05$), DASS21-Toplam ($r=.44, p<.001$), DASS21-Anksiyete ($r=.37, p<.001$), DASS21-Depresyon ($r=.44, p<.001$), DASS21-Stres ($r=.44, p<.001$). değişkenleri ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Ölçeğin ileriye dönük kaygı alt boyutunun DDGÖKF-Toplam ($r=.45, p<.001$), DDGÖKF-Açıklık ($r=.30, p<.001$), DDGÖKF-Hedefler ($r=.50, p<.001$), DDGÖKF-Dürtü ($r=.40, p<.001$), DDGÖKF-Strateji ($r=.40, p<.001$), DDGÖKF-Kabul Etmeme ($r=.30, p<.001$), MMBYE-Toplam ($r=.36, p<.001$), MMBYE-Kişisel Fedakarlık ($r=.33, p<.001$), MMBYE-Kalpten Üzüntü ve Özlem ($r=.30, p<.001$), MMBYE-Felaketleştirme ($r=.28, p<.001$), DASS21-Toplam ($r=.38, p<.001$), DASS21-Anksiyete ($r=.33, p<.001$), DASS21-Depresyon ($r=.38, p<.001$), DASS21-Stres ($r=.37, p<.001$) değişkenleri ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Engelleyici kaygı alt boyutunun, DDGÖKF-Toplam ($r=.53, p<.001$), DDGÖKF-Açıklık ($r=.30, p<.001$), DDGÖKF-Hedefler ($r=.54, p<.001$), DDGÖKF-Dürtü ($r=.42, p<.001$), DDGÖKF-Strateji ($r=.49, p<.001$), DDGÖKF-Kabul Etmeme ($r=.36, p<.001$), MMBYE-Toplam ($r=.37, p<.001$), MMBYE-Kişisel Fedakarlık ($r=.35, p<.001$), MMBYE-Kalpten Üzüntü ve Özlem ($r=.20, p<.05$), MMBYE-Felaketleştirme ($r=.36, p<.001$), MMBYE-İzolasyon ($r=.25, p<.01$), DASS21-Toplam ($r=.43, p<.001$), DASS21-Anksiyete ($r=.34, p<.001$), DASS21-Depresyon ($r=.43, p<.001$), DASS21-Stres ($r=.43, p<.001$) değişkenleri ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulgulanmıştır.

DDGÖKF'nun diğer değişkenler ile ilişkisine bakıldığında MMBYE-Toplam ($r=.44, p<.001$), MMBYE-Kişisel Fedakarlık ($r=.43, p<.01$), MMBYE-Kalpten

Üzüntü ve Özlem ($r=.23, p<.001$), MMBYE-Felaketleştirme ($r=.42, p<.01$), MMBYE-İzolasyon ($r=.22, p<.001$), DASS21-Toplam ($r=.66, p<.001$), DASS21-Anksiyete ($r=.57, p<.001$), DASS21-Depresyon ($r=.63, p<.001$), DASS21-Stres ($r=.65, p<.001$) değişkenleri ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Açıklık alt boyutunun, MMBYE-Toplam ($r=.49, p<.001$), MMBYE-Kişisel Fedakârlık ($r=.45, p<.001$), MMBYE-Kalpten Üzüntü ve Özlem ($r=.34, p<.001$), MMBYE-Felaketleştirme ($r=.43, p<.001$), MMBYE-İzolasyon ($r=.28, p<.001$), DASS21-Toplam ($r=.54, p<.001$), DASS21-Anksiyete ($r=.49, p<.001$), DASS21-Depresyon ($r=.52, p<.001$), DASS21-Stres ($r=.51, p<.001$) değişkenleri ile anlamlı ve pozitif yönde ilişkilerinin olduğu bulunmuştur. Hedef alt boyutunun, MMBYE-Toplam ($r=.36, p<.001$), MMBYE-Kişisel Fedakârlık ($r=.36, p<.05$), MMBYE-Felaketleştirme ($r=.33, p<.001$), MMBYE-İzolasyon ($r=.19, p<.05$), DASS21-Toplam ($r=.57, p<.001$), DASS21-Anksiyete ($r=.48, p<.001$), DASS21-Depresyon ($r=.55, p<.001$), DASS21-Stres ($r=.57, p<.001$) ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Dürtü alt boyutunun, MMBYE-Toplam ($r=.32, p<.01$), MMBYE-Kişisel Fedakârlık ($r=.32, p<.05$), MMBYE-Kalpten Üzüntü ve Özlem ($r=.18, p<.001$), MMBYE-Felaketleştirme ($r=.37, p<.001$), DASS21-Toplam ($r=.50, p<.001$), DASS21-Anksiyete ($r=.42, p<.001$), DASS21-Depresyon ($r=.48, p<.001$), DASS21-Stres ($r=.51, p<.001$) değişkenleri ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Strateji alt boyutunun, MMBYE-Toplam ($r=.41, p<.001$), MMBYE-Kişisel Fedakârlık ($r=.40, p<.05$), MMBYE-Kalpten Üzüntü ve Özlem ($r=.21, p<.01$), MMBYE-Felaketleştirme ($r=.40, p<.001$), MMBYE-İzolasyon ($r=.24, p<.01$), DASS21-Toplam ($r=.65, p<.001$), DASS21-Anksiyete ($r=.58, p<.001$), DASS21-Depresyon ($r=.62, p<.001$), DASS21-Stres ($r=.65, p<.001$) ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Kabul etmeme alt boyutunun, MMBYE-Toplam ($r=.26, p<.01$), MMBYE-Kişisel Fedakârlık ($r=.29, p<.05$), MMBYE-Felaketleştirme ($r=.22, p<.01$), DASS21-Toplam ($r=.42, p<.001$), DASS21-Anksiyete ($r=.38, p<.001$), DASS21-Depresyon ($r=.41, p<.001$), DASS21-Stres ($r=.39, p<.001$) değişkenleri ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür.

MMBYE ölçeğinin diğer değişkenler ile ilişkisine bakıldığında DASS21-Toplam ($r=.58, p<.001$), DASS21-Anksiyete ($r=.48, p<.001$), DASS21-Depresyon ($r=.57, p<.001$), DASS21-Stres ($r=.60, p<.001$) ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Ölçeğin Kişisel Fedakârlık alt boyutunun, DASS21-Toplam ($r=.56,$

$p<.001$), DASS21-Anksiyete ($r=.47$, $p<.001$), DASS21-Depresyon ($r=.54$, $p<.001$), DASS21-Stres ($r=.58$, $p<.001$) değişkenleri ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür. Kalpten Üzüntü ve Özlem alt boyutunun, DASS21-Toplam ($r=.32$, $p<.001$), DASS21-Anksiyete ($r=.27$, $p<.001$), DASS21-Depresyon ($r=.32$, $p<.001$), DASS21-Stres ($r=.33$, $p<.001$) ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Felaketleştirme alt boyutu ile DASS21-Toplam ($r=.48$, $p<.001$), DASS21-Anksiyete ($r=.42$, $p<.001$), DASS21-Depresyon ($r=.46$, $p<.001$), DASS21-Stres ($r=.50$, $p<.001$) değişkenleri arasında pozitif yönde ilişkiler olduğu bulunmuştur. İzolasyon alt boyutunun, DASS21-Toplam ($r=.42$, $p<.001$), DASS21-Anksiyete ($r=.32$, $p<.001$), DASS21-Depresyon ($r=.45$, $p<.001$), DASS21-Stres ($r=.42$, $p<.001$) değişkenleri ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür.

Tablo 7. Araştırma Değişkenleri Arasındaki Korelasyon

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	1										
2	.87***	1									
3	.79***	.53***	1								
4	.81***	.60***	.40***	1							
5	-.02	.02	-.04	-.04	1						
6	.00	.01	-.00	.01	.92***	1					
7	-.05	.03	-.07	-.09	.90***	.65***	1				
8	-.15*	-.05	-.13	-.19*	.53***	.45***	.53***	1			
9	-.07	.09	-.09	-.18*	.33***	.30***	.30***	.64***	1		
10	-.15*	-.09	-.10	-.19*	.52***	.50***	.54***	.85***	.48***	1	
11	-.13	-.06	-.11	-.16*	.45***	.40***	.42***	.83***	.45***	.68***	1
12	-.17*	-.07	-.16*	-.18*	.49***	.40***	.49***	.93***	.49***	.77***	.71***
13	-.07	-.02	-.07	-.08	.36***	.30***	.36***	.79***	.44***	.55***	.55***
14	-.36***	-.28***	-.30***	-.31***	.40***	.36***	.37***	.44***	.49***	.36***	.32**
15	-.40***	-.33***	-.34***	-.30***	.37***	.33***	.35***	.43**	.45***	.36*	.32*
16	-.17*	-.11	-.13	-.19*	.28***	.30***	.20*	.23***	.34***	.15	.18***
17	-.12	-.04	-.16*	-.12	.34***	.28***	.36***	.42**	.43***	.33***	.37***
18	-.38***	-.29***	-.28***	-.38***	.20*	.12	.25**	.22***	.28***	.19*	.10
19	-.25**	-.14	-.26**	-.23**	.44***	.38***	.43***	.66***	.54***	.57***	.50***
20	-.15	-.07	-.20*	-.10	.37***	.33***	.34***	.57***	.49***	.48***	.42***
21	-.27***	-.16*	-.24**	-.27***	.44***	.38***	.43***	.63***	.52***	.55***	.48***
22	-.30***	.18*	-.29***	-.26**	.44***	.37***	.43***	.65***	.51***	.57***	.51***

Not: * $p<.001$ ** $p<.01$, *** $p<.05$; 1=ÇBASD-Toplam, 2=ÇBASD-Özel Biri, 3=ÇBASD-Aile, 4=ÇBASD-arkadaş, 5=BTÖKF-Toplam, 6= BTÖKF-İleriye Dönük Kaygı, 7=BTÖKF-Engelleyici Kaygı, 8=DDGÖKF-Toplam, 9=DDGÖKF-Açıklık, 10= DDGÖKF-Hedefler, 11= DDGÖKF-Dürtü, 12= DDGÖKF-Strateji, 13= DDGÖKF-Kabul

Etmeme, 14=MMBYE-Toplam, 15= MMBYE-Kişisel Fedakârlık, 16= MMBYE-Kalpten Üzüntü ve Özlem, 17= MMBYE-Felaketleştirme, 18= MMBYE-İzolasyon, 19= DASS21-Toplam, 20= DASS21-Anksiyete, 21=DASS21-Depresyon, 22=DASS21-Stres

	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
12	1										
13	.67***	1									
14	.41***	.26**	1								
15	.40***	.29***	.91***	1							
16	.21**	.12	.76***	.53***	1						
17	.40***	.22**	.71***	.53***	.51***	1					
18	.24**	.12	.65***	.50***	.40***	.38***	1				
19	.65***	.42***	.58***	.56***	.32***	.48***	.42***	1			
20	.58***	.38***	.48***	.47***	.27***	.42***	.32***	.93***	1		
21	.62***	.41***	.57***	.54***	.32***	.46***	.45***	.95***	.82***	1	
22	.65***	.39***	.60***	.58***	.33***	.50***	.42***	.95***	.83***	.88***	1

Not: * $p < .001$ ** $p < .01$, *** $p < .05$; 1=ÇBASD-Toplam, 2=ÇBASD-Özel Biri, 3=ÇBASD-Aile, 4=ÇBASD-arkadaş, 5=BTÖKF-Toplam, 6= BTÖKF-İleriye Dönük Kaygı, 7=BTÖKF-Engelleyici Kaygı, 8=DDGÖKF-Toplam, 9=DDGÖKF-Açıklık, 10= DDGÖKF-Hedefler, 11= DDGÖKF-Dürtü, 12= DDGÖKF-Strateji, 13= DDGÖKF-Kabul Etmeme, 14=MMBYE-Toplam, 15= MMBYE-Kişisel Fedakârlık, 16= MMBYE-Kalpten Üzüntü ve Özlem, 17= MMBYE-Felaketleştirme, 18= MMBYE-İzolasyon, 19= DASS21-Toplam, 20= DASS21-Anksiyete, 21=DASS21-Depresyon, 22=DASS21-Stres

3.6. Depresyon, Anksiyete, Stres Puanlarını Yordayan Faktörler

Katılımcıların depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini yordayan değişkenler incelenmiştir. Bu analizde bağımlı değişken DASS ortalama puanıdır. Bağımsız değişkenler, regresyon denklemine 6 basamakta girilmiştir. Analizde olası etkilerini kontrol edebilmek için ilk 2 basamağa sırasıyla hastanın demografik bilgileri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi) ve katılımcının demografik bilgileri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi) aşamalı olarak girilmiştir. Demografik değişkenlerin olası etkileri kontrol edildikten sonra, üçüncü basamakta çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt boyutlarının puanları, dördüncü basamağa belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği alt boyutlarının puanları, beşinci basamağa duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarının puanları, altıncı basamağa MM-bakım veren yas envanterinin alt boyutlarının puanları denklemde dahil edilmiştir. Denklem bağımsız katkısı olan değişkenlerin t ve beta değerleri ile her bir aşama için ayrı ayrı hesaplanmış F değışımi, standart sapma, uyarlanmış R^2 değerleri tablo 8’de sunulmuştur.

Regresyona ilk iki aşamada girilen hastaların ve katılımcılarının demografik bilgilerinin (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi) depresyon, anksiyete, stres puanlarında açıklanan varyansa anlamlı katkıları olmamıştır ($F > .05$).

Üçüncü aşamada regresyona dahil edilen değişkenlerden aileden alınan sosyal desteğin [$\beta = -.23$, $t(155) = -2.52$, $p < .05$] depresyon, anksiyete, stres puanları ile ilişkisinin anlamlı olduğu görülmüştür ve bu aşamadaki değişkenlerle birlikte varyansın %7'si açıklanmıştır [$F_{\text{değişimi}}(3,155) = 4.83$, $p < .01$]. Bu bulguyu korelasyon analizi de desteklemiştir. Yürütülen korelasyon analizinde aileden alınan sosyal desteğin ($r = -.26$, $p < .01$) depresyon, anksiyete, stres puanları ile negatif yönde ilişkili olduğu gözlenmiştir.

Dördüncü aşamada regresyona dahil edilen değişkenlerden ileriye dönük kaygının [$\beta = .23$, $t(153) = 2.57$, $p < .05$] ve engelleyici kaygının [$\beta = .23$, $t(153) = 2.51$, $p < .05$] depresyon, anksiyete, stres puanları ile ilişkili oldukları sonucuna ulaşılmıştır ve bu aşamadaki değişkenlerle birlikte açıklanan varyans %25'e yükselmiştir [$F_{\text{değişimi}}(2,153) = 19.61$, $p < .001$]. Bu bulguyu korelasyon analizi de desteklemiştir. Yürütülen korelasyon analizinde ileriye dönük kaygının ($r = .38$, $p < .001$) ve engelleyici kaygının ($r = .43$, $p < .001$) depresyon, anksiyete, stres puanları ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır.

Beşinci aşamada regresyona dahil edilen değişkenlerden açıklık [$\beta = .29$, $t(148) = 4.09$, $p < .001$] ve stratejinin [$\beta = .40$, $t(148) = 3.72$, $p < .001$] depresyon, anksiyete, stres puanları ile ilişkisinin anlamlı olduğu görülmüştür ve bu aşamadaki değişkenlerle birlikte açıklanan varyans %52'ye yükselmiştir [$F_{\text{değişimi}}(5,148) = 18.24$, $p < .001$]. Bu bulguyu korelasyon analizi de desteklemiştir. Yürütülen korelasyon analizinde açıklık ($r = .54$, $p < .001$) ve stratejinin ($r = .65$, $p < .001$) depresyon, anksiyete, stres puanları ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Altıncı aşamada regresyona dahil edilen değişkenlerden kişisel fedakârlık [$\beta = .21$, $t(144) = 2.70$, $p < .01$] ve izolasyonun [$\beta = .14$, $t(144) = 2.20$, $p < .05$] depresyon, anksiyete, stres puanları ile ilişkisinin anlamlı olduğu görülmüştür ve bu aşamadaki değişkenlerle birlikte açıklanan varyans %58'e yükselmiştir [$F_{\text{değişimi}}(4,144) = 6.65$, $p < .001$]. Bu bulguyu korelasyon analizi de desteklemiştir. Yürütülen korelasyon analizinde kişisel fedakârlık ($r = .56$, $p < .001$) ve izolasyonun ($r = .42$, $p < .001$) depresyon, anksiyete, stres puanları ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Tablo 8. Depresyon, Anksiyete, Stres'i Yordayan Değişkenler

	F değışimi	β	t (grup içi)	Uyarlanmış R ²
1. aşama: Hastanın demografik bilgileri	2.00			.01
2. aşama: Katılımcının demografik bilgileri	0.30			.00
3. aşama: ÇBASD Aile	4.83**	-.23	-2.52*	.07
4. aşama: BTÖ İleriye Dönük kaygı	19.61***	.24	2.58*	.25
Engelleyici kaygı		.24	2.52*	
5. aşama: DDGÖ Açıklık	18.24***	.29	4.09***	.52
Strateji		.40	3.72***	
6. aşama: MM-BYE Kişisel fedakârlık	6.66***	.21	2.70*	.58
İzolasyon		.15	2.20*	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ ÇBASD: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, DASS21: Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği BTÖKF: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Formu, MMBYE: Marwit Meuser Bakım Veren Yas Envanteri

3.7. Bakım Veren Yası Puanlarını Yordayan Faktörler

Katılımcıların bakım veren yas düzeylerini yordayan değişkenler incelenmiştir. Bu analizde bağımlı değişken MM-BYE ortalama puanıdır. Bağımsız değişkenler ise regresyon denkleminde 6 basamakta girilmiştir. Analizde olası etkilerini kontrol edebilmek için ilk 2 basamağa hastanın demografik bilgileri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi), katılımcının demografik bilgileri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi) aşamalı olarak girilmiştir. Demografik değişkenlerin olası etkileri kontrol edildikten sonra, üçüncü basamakta duygu düzenleme güçlüğü ölçeğinin alt boyutlarının puanları, dördüncü basamakta çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin alt boyutlarının puanları, beşinci basamakta depresyon, anksiyete, stres ölçeğinin alt boyutlarının puanları, altıncı basamakta belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin alt boyutlarının puanları denkleme dahil edilmiştir. Denkleme bağımsız katkısı olan değişkenlerin t ve beta değerleri ile her bir aşama için ayrı ayrı hesaplanmış *F değışimi*, standart sapma, uyarlanmış *R²* değerleri tablo 9'da sunulmuştur.

Regresyona ilk iki aşamada girilen hastanın ve katılımcılarının demografik bilgileri (yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi) bakım veren yası puanlarında açıklanan varyansa anlamlı katkıları olmamıştır ($F > .05$).

Üçüncü aşamada regresyona dahil edilen değişkenlerden açıklık [$\beta = .37$, $t (153) = 4.73$, $p < .001$] ve stratejinin [$\beta = .34$, $t (153) = 2.62$, $p < .01$] bakım veren yası ile ilişkisinin anlamlı olduğu görülmüştür ve bu aşamadaki değişkenlerle birlikte varyansın %29'unu açıklanmıştır [$F_{değişimi} (5,153) = 12.54$, $p < .001$]. Bu bulguyu korelasyon analizi de desteklemiştir. Yürütülen korelasyon analizinde de strateji ($r = .41$, $p < .001$) ve açıklık ($r = .41$, $p < .001$) değişkenlerinin bakım veren yası ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Dördüncü aşamada analize dahil edilen değişkenlerden özel birinden alınan sosyal desteğin [$\beta = -.19$, $t (150) = -2.11$, $p < .05$] bakım veren yası ile ilişkisinin anlamlı olduğu görülmüş ve bu aşamadaki değişkenlerle birlikte açıklanan varyans %35'a yükselmiştir [$F_{değişimi} (3,150) = 5.67$, $p < .001$]. Bu bulguyu korelasyon analizi de desteklemiştir. Yürütülen korelasyon analizinde de özel birinden alınan sosyal desteğin ($r = -.28$, $p < .001$), bakım veren yası ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Beşinci aşamada regresyona dahil edilen değişkenlerden stresin [$\beta = .28$, $t (147) = 2.01$, $p < .05$] bakım veren yas puanları ile ilişkisinin anlamlı olduğu görülmüştür ve bu aşamadaki değişkenlerle birlikte açıklanan varyans %44'e yükselmiştir [$F_{değişimi} (3,147) = 8.93$, $p < .001$]. Bu bulguyu korelasyon analizi de desteklemiştir. Yürütülen korelasyon analizinde de stres puanları ($r = .60$, $p < .001$), bakım veren yas puanları ile ilişkili bulunmuştur.

Altıncı aşamada regresyona dahil edilen değişkenlerden engelleyici kaygının [$\beta = .23$, $t (145) = 2.05$, $p < .01$] bakım veren yas puanları ile ilişkisinin anlamlı olduğu görülmüştür ve bu aşamadaki değişkenlerle birlikte açıklanan varyansı %47'ye yükselmiştir [$F_{değişimi} (2,145) = 6.34$, $p < .001$]. Bu bulguyu korelasyon analizi de desteklemiştir. Yürütülen korelasyon analizinde de engelleyici kaygının ($r = .37$, $p < .001$), bakım veren yas puanları ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Tablo 9. Bakım Veren Yas'ı Yordayan Değişkenler

	F _{değişimi}	β	t (grup içi)	Uyarlanmış R ²
1. aşama: Hastanın demografik bilgileri	1.37			.00
2. aşama: Bakım verenin demografik bilgileri	2.55			.03
3. aşama: DDGÖ	12.55***			.29
Açıklık		.38	4.72**	
Strateji		.34	2.62**	
4. aşama: ÇBASD	5.67**			.35
Özel biri		-.20	-2.11*	
5. aşama: DASS	8.93***			.44
Stres		.29	2.02*	
6. aşama: BTÖ	6.34**			.48
Engelleyici kaygı		.18	2.05*	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ ÇBASD: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, DDGÖ: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği, DASS21: Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği BTÖKF: Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Formu, MMBYE: Marwit Meuser Bakım Veren Yas Envanteri

BÖLÜM 4.TARTIŞMA

Bu araştırmada; Alzheimer hastası yakınlarına bakım veren hasta yakınlarının; bakım verme sürecindeki yas tepkilerinin ve depresyon, anksiyete, stres semptomlarının, duygu düzenleme güçlüğü, algılanan sosyal destek, belirsizliğe tahammülsüzlük değişkenleri ile ilişkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda oluşturulan araştırma hipotezlerine uygun olduğu düşünülen istatistiksel analizler yapılmıştır. Bu bölümde ilgili analizlerden elde edilen bulgular konuyla ilgili literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

4.1. Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerini Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular

Araştırmanın demografik değişkenlerini de kapsayan tüm değişkenlerin depresyon, anksiyete, stres düzeyleri üzerindeki yordayıcı etkileri hiyerarşik regresyon analizi ile incelenmiştir. Analizin ilk iki aşamasında hastanın demografik bilgileri ve katılımcının demografik bilgileri analize dahil edilmiş ve depresyon, anksiyete, stres düzeylerini yordamadığı tespit edilmiş, üçüncü aşamada ise algılanan sosyal destek alt boyutları analize dahil edilmiştir. Bu aşamada hastaların ve katılımcıların demografik bilgileri kontrol edildiğinde; algılanan sosyal destek alt boyutlarından aileden alınan algılanan sosyal desteğin depresyon, anksiyete, stres puanları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Dördüncü aşamada belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin alt boyutları denkleme dahil edilmiştir. Bu basamakta demografik değişkenler, algılanan sosyal destek kontrol edildiğinde ileriye dönük kaygı ve engelleyici kaygı alt boyutlarının depresyon, anksiyete, stres düzeyini anlamlı ve pozitif düzeyde yordadığı bulgulanmıştır. Beşinci aşamada duygu düzenleme güçlüğü ölçeğinin alt boyutları denkleme dahil edilmiştir. Bu basamakta demografik değişkenler, algılanan sosyal destek, belirsizliğe tahammülsüzlük değişkenleri kontrol edildiğinde açıklık ve strateji duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarının depresyon, anksiyete, stres puanları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Son aşamada denkleme dahil edilen bakım veren yas ölçeğinin alt boyutlarından kişisel fedakârlık ve izolasyon yas özellikleri ile depresyon, anksiyete ve stres puanları arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.

Hiyerarşik regresyon analizinde denkleme 3. aşamada dahil edilen aileden algılanan sosyal destek puanları arttıkça, depresyon, anksiyete ve stres düzeyinin azaldığı görülmüştür. Literatürde mevcut bulguyu destekleyen araştırma sonuçları bulunmaktadır (Ay, Ünübol, Ezer, Omay ve Hızlı Sayar, 2018; Tel, 2010; Xueting , Hong, Bin ve Taisheng, 2013; Yavuzer, Albayrak ve Keldal, 2018). Albal ve Kutlu'nun (2010) depresyon ile başa çıkmada algılanan sosyal desteğin önemini araştırdıkları çalışmalarında, aile desteğinin depresyon ile baş etme ile pozitif yönlü anlamlı ilişki içerisinde olduğu görülmüştür. Bir başka çalışmada Alzheimer hastalarına bakım verenlere aileleri tarafından sağlanan destek arttıkça bakım verenlerin yaşadıkları yükün azaldığı ve stresörlerle daha iyi başa çıkabildikleri, aileden alınan sosyal desteğin depresyon, anksiyete, stres seviyesi ile negatif bir ilişki içerisinde olduğu bulgulanmıştır (Pearson Scott, Roberto ve Hutton, 1986). Yaşlılara bakım verenlerle yapılan çalışmada aileden gelen sosyal desteğin artmasının bakım verenlerin iyi oluşlarını arttırdığı (Okamoto ve Harasawa, 2009); ergenlerle yapılan çalışmada ise kızların aileden aldıkları desteğin umutsuzluk, depresif belirtiler ve intihar düşüncesi ile negatif ilişkili olduğu görülmüştür. Bir başka çalışmada ise aileden alınan sosyal destek arttıkça katılımcılarda daha az depresif belirtiler gözlenmiştir (Kerr, Preuss ve King, 2006).

Sanders ve arkadaşları (2005), yaptıkları çalışmada bakım verenlerin, tanıdan önce Alzheimer hastası kişiyi, sıklıkla birincil sosyal destek ve sosyalleşme kaynağı olarak tanımladıkları sonucuna ulaşmışlardır. Dolayısıyla aile üyesinin Alzheimer hastası olması ile bu ilişkiler sürdürülememekte ve aileden alınan sosyal destek azalmaktadır. Sanders ve arkadaşları (2005) tanı sonrası ortaya çıkan bu değişikliğin, bakım verenlerin sosyal destek kaynakları tarafından terk edilmiş, izole edilmiş hissetmelerine neden olduğunu öne sürmüştür. Alzheimer hastalarının yüksek bakım ihtiyaçları ve hastanın bilişsel gerilemelerinden dolayı yakınlarına artık sosyal destek veremiyor ya da daha az sosyal destek sağlayabiliyor oluşları, bu kişilere bakım verenlerde depresyon, anksiyete ve stres seviyesini arttıran bir etken olabileceğini düşündürmüştür.

Çok boyutlu algılanan sosyal destek değişkeni kontrol edildikten sonraki aşamada denkleme dahil edilen belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin alt boyutları olan ileriye dönük kaygı ve engelleyici kaygı puanlarının depresyon, anksiyete ve stres düzeylerini arttırdığı görülmüştür. Engelleyici kaygı, belirsizlikle karşı karşıya

kalındığında belirsizlikten kaçınma ve donup kalma, felç olma gibi davranışsal eylemleri, ileriye dönük kaygı ise gelecek olaylara dair korku ve kaygıyı ifade eder (Carleton, ve ark., 2012). Mevcut bulgunun beklenen doğrultuda ve benzer çalışma bulgularıyla uyumlu olduğu görülmektedir (Anderson ve Schwartz, 1992; Cal, Richdale, Dissanayake ve Uljarevic, 2017).

Anksiyete ve depresyonun belirsizliğe tahammülsüzlükle ilişkili olduğunu ortaya koyan araştırma bulguları bulunmaktadır (Cerleton ve ark., 2012). Engelleyici kaygı ve ileriye dönük kaygının psikopatolojilerle ilişkisini araştıran bir çalışmada ileriye dönük kaygının, yaygın anksiyete bozukluğu ve obsesif kompulsif bozuklukla, engelleyici kaygının ise panik bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve depresyon ile daha güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bulgulanmıştır (McEvoy ve Mahoney, 2011). Belirsizlik, olumsuz duygulara yol açarak bireyin karmaşık durumları değerlendirme ve bu durumlarla başa çıkma becerilerini etkileyebilir (Gentes ve Ruscio, 2011). Belirsizliğe toleransı düşük bireyler, gelecekteki belirsiz olaylar hakkında karamsarlık duyabilir, depresyona yatkın hale gelebilirler (Dupuy ve Ladouceur, 2008). Belirsizliği azaltma ve kesinliğe ulaşma çabalarının endişeye neden olduğu, bu endişeyi kontrol etme çabalarının ise yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluğu semptomları ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır (Steketee, Frost ve Cohen, 1998; Tolin, Abramowitz, Brigidi ve Foa, 2003). Yapılan bir diğer çalışmada engelleyici kaygının travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon ile ilişkili olduğu görülmüştür (Boelen, Reijntjes ve Smid, 2016) Benzer bir çalışmada ise belirsizliğin depresyon ve anksiyete dışında obsesif kompulsif bozukluk gibi birçok bozukluk ile yakından ilişkisi olduğu belirlenmiştir ve araştırmacılar tarafından belirsizliğe tahammülsüzlük patolojik bir kavram olarak nitelendirilmiştir (Ladouceur, Gosselin ve Dugas, 2000).

Engelleyici kaygı ve ileriye dönük kaygının, Alzheimer hastalarına bakım veren hasta yakınlarında görülen depresyon ve anksiyete belirtilerini ve hasta yakınlarının stres düzeylerini arttırdığına dair bulgularla, Stone ve Jones'un (2009) çalışmalarındaki sonuçların birbirlerini destekler nitelikte olduğu düşünülmektedir. Stone ve Jones (2009) Alzheimer hasta yakınları ile yaptıkları çalışmada bakım verenlerin hastalığın gidişatı, hastalık sürecinde değişkenlik gösteren semptomlar, karmaşık tedavi planları, bakım verme sürecinde karmaşıklaşan roller, mali sorumluluklar, hastalığın genetik olarak kendilerine de aktarılma ihtimali gibi alanlarda yüksek düzeyde belirsizlik

yaşadıklarını bulgulanmıştır. Tüm bu bulgular sonucunda Alzheimer hastalarına bakım verme sürecinin barındırdığı, tolere edilemeyen yüksek düzeyde belirsizliğin, bakım verenlerin depresyon, anksiyete, stres semptomları yaşamasında önemli bir faktör olduğu söylenebilir. Bakım verenlerle yapılan çalışmalarda bu belirsizlik kaynaklarının tespit edilmesi ve üzerinde çalışılmasının bakım verenlerin psikolojik sağlığı üzerinde olumlu etkisinin olacağı düşünülmektedir. Öte yandan bu belirsizlik kaynaklarının, bakım verenler üzerindeki etkisini anlamayabilmek için, bu alanda yapılan çalışmaların çoğaltılmasına ihtiyaç duyulduğu düşünülmektedir.

Önceki aşamaların etkisi kontrol edildikten sonra denkleme dahil edilen duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarından açıklık ve strateji alt boyutlarının depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ile pozitif yönde ilişkili olduğunu bulgulanmıştır. Mevcut bulgular depresyon, anksiyete ve stres seviyesinin artışında duygu düzenleme güçlüğü'nün önemine işaret eden literatür bulguları ile uyumludur (Gross ve Jazaieri, 2014; Mario, Vincent ve Johanne, 2006; Tolin, Levy, Wootton, Hallion ve Stevens, 2018; Wirtz, Hoffmann, Riper ve Berking; 2013 Wirtz, Radkovsky, Ebert ve Berking, 2014)

Duygu düzenleme güçlüklerinden açıklık boyutu duygusal netliğin sağlanamaması, strateji boyutu ise duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişimi ifade eder (Gratz ve Roemer, 2004). Duygu düzenleme eksiklikleri ile yaygın anksiyete bozukluğu ilişkisi incelenen çalışmada, duygu düzenlemede yaşanan güçlüğü'nün yaygın anksiyete bozukluğu ve genel endişe puanları ile pozitif yönlü anlamlı ilişkilerinin olduğu bulgulanmıştır. Duygusal açıklıktaki eksiklikler, duyguların kabulü, etkili düzenleme stratejilerine erişim dahil olmak üzere belirli düzenleme eksiklikleri yaygın anksiyete bozukluğu ile ilişkilendirilmiştir (Salters-Perneault, Roemer, Tull, Rucker ve Mennin, 2006). Benzer bir başka çalışmada yaygın anksiyete bozukluğu olan katılımcılar duygularında netlik (açıklık) ve duygularını düzenleyici stratejilere erişimde (strateji) kontrol grubuna göre belirgin zorluk yaşamışlardır (Mennin, Heimberg, Turk ve Fresco, 2005). Kashdan ve arkadaşlarının (2008) çalışmalarında duygusal netliğin olmaması ve duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişimin, endişe ve agorafobik bilişler üzerindeki etkili olduğunu bulgulanmıştır. Duygu düzenleme stratejilerinin ergenlik dönemindeki depresif ve anksiyete belirtileri ile anlamlı düzeyde ilişkili olduğu sonucuna ulaşan araştırmacılar, depresif ve anksiyete belirtilerinde duygu düzenleme

stratejilerinin önemine işaret etmektedir (Schafer, Naumann, Holmes, Tuschen-Caffier ve Samson, 2017). Buraya kadar aktarılan çalışmaların sonuçları ile uyumlu biçimde mevcut araştırmanın neticesinde ulaşılan Alzheimer hastalarına bakım verenlerin duygularında netlik sağlayamamaları ve duyguları ile baş etmelerine yardımcı stratejileri kullanamamaları bulgusunun depresyon, anksiyete, stres semptomlarının yaşaması açısından risk oluşturduğu düşünülmüştür.

Son olarak denkleme dahil edilen kişisel fedakârlık ve izolasyon yas özellikleri ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Mevcut bilgi literatür ile uyumludur (Atagün, Balaban, Atagün, Elagöz ve Yılmaz Özpolat, 2011; Boss, 1999a; Boss, 2002; Boss, 2018). Kişisel fedakârlık alt boyutu, bakım verenlerin bakım verme rolünün sonucu olarak meydana gelen kişisel özgürlüğün kaybı, uyku kaybı, sağlık ve zaman kaybı gibi kayıpları ve kişisel yük algısını; izolasyon alt boyutu ise bakım verenlerin sosyal bağlantı ve desteğe dair kayıplarını ifade eder (Marwit ve Meuser, 2005).

Literatüre bakıldığında Alzheimer hastalarına bakım verenlerle yürütülen çalışmalarda izolasyon ve kişisel fedakârlık alt boyutlarının depresyon ve endişe ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır (Chan, Yap, Wee ve Liew, 2019; Sanders ve Adams, 2005). Benzer bir çalışmada Alzheimer hastalarına bakım verenlerin, izolasyon ve kişisel fedakârlık alt boyutları ile stres düzeyleri arasında ilişki olduğu görülmüştür (Sanders, Ott, Kelber, ve Noonan, 2008).

Bakım verenler eskisi gibi sosyalleşemediklerini, bakım verme faaliyetlerinin çok zaman alması sebebiyle sosyalleşme fırsatı bulamayıp yalnız kalmış, izole olmuş hissettiklerini yapılan çalışmalarda belirtmişlerdir (Sanders ve Corley, 2003; Sanders ve ark., 2008). Ayrıca bakım verenler, sosyal hayatlarında bakım veren olarak etiketlenmiş hissettiklerini, bu durumun arkadaşlarının onlar ile yakınlaşmaktan kaçınmasına sebep olduğunu ifade etmişlerdir (Loos ve Bowd, 1997). İzolasyon duygusunun, yakınlık kaybına bağlı artan üzüntü, yalnızlık duyguları ile birleştiğinde bakım verenin yaşadığı yası şiddetlendirdiği, ayrıca bakım verenin psikolojik sağlığını olumsuz yönde etkilediği görülmüştür (Sanders ve Corley, 2003). Hastalarda bilişsel gerilemenin, psikolojik ve davranışsal problemlerin artması ile bakım verenlerin sorumlulukları artmakta, yaşam kalitesinde düşüş yaşanmaktadır. Bu durum bakım verenlerin yük altında hissetmelerine

ve fedakârca davranmalarına neden olmaktadır (Buckley ve ark., 2012; Shim, Barroso ve Davis, 2012). Frank (2007) bakım vermeyen aile üyelerinin sorumluluk almaması, arkadaşlar ve aile üyelerinin yeterince destek vermemesi nedeniyle ortaya çıkan sosyal izolasyonun ve fedakarlığın yas ve stres ile başa çıkmada engel olduğunu belirtmiştir. Vaka örneklerinin incelendiği araştırmanın sonucunda bakım verenlerin, yas sürecinde başa çıkma becerilerinin geliştirilmesini sağlayan psikoeğitimsel yas destek gruplarından yararlandığını görülmüştür. Ayrıca destek programları ile bakım vermeye bağlı gelişen stres ve yükün, bakım veren sağlığı üzerindeki olumsuz etkisinin azaldığı gözlenmiştir. Bakım verenlerin yük ve fedakarlık duygularının şiddetine bağlı olarak birey, grup ya da aile odaklı terapilerin bakım verenin iyi oluşuna fayda sağladığı bulgulanmıştır(Sanders, Marwit, Meuser ve Harrington, 2007).

4.2. Bakım Veren Yas Düzeylerini Yordayan Faktörlere İlişkin Bulgular

Araştırmanın demografik değişkenler de dahil tüm değişkenlerin bakım veren yası üzerindeki yordayıcı etkilerinin incelendiği hiyerarşik regresyon analizinin ilk iki aşamasında hastanın demografik bilgileri ve katılımcının demografik bilgileri analize dahil edilmiş ve bu değişkenlerin bakım veren yas düzeyini yordamadığı bulunmuştur. Üçüncü aşamada denkleme algılanan duygu düzenleme güçlükleri alt boyutları dahil edilmiştir. Bu aşamada hastanın ve katılımcının demografik bilgileri kontrol edildiğinde, duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarından açıklık ve strateji alt boyutunun bakım veren yası ile ilişkili olduğu görülmüştür. Dördüncü aşamada algılanan sosyal destek ölçeğinin alt boyutları denkleme dahil edilmiştir. Bu basamakta demografik değişkenler ve duygu düzenleme güçlüğü kontrol edildiğinde, aileden alınan algılanan sosyal destek alt boyutunun bakım veren yas düzeyini anlamlı ve pozitif düzeyde yordadığı bulgulanmıştır. Beşinci aşamada depresyon, anksiyete, stres ölçeğinin alt boyutları denkleme dahil edilmiştir. Stres alt boyutunun bakım veren yas düzeyi ile ilişkili olduğu görülmüştür. Son aşamada belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeğinin alt boyutları denkleme dahil edilmiştir. Yapılan incelemede hastanın ve katılımcının demografik bilgileri, duygu düzenleme güçlüğü, algılanan sosyal destek, depresyon, anksiyete, stres düzeyleri kontrol edildiğinde, belirsizliğe tahammülsüzlük alt ölçeğinin engelleyici kaygı alt boyutunun bakım veren yası ile ilişkili olduğu görülmüştür.

Hiyerarşik regresyon analizinde denkleme 3. aşamada dahil edilen duygu düzenleme güçlüklerinden açıklık ve strateji alt boyutlarının bakım veren yası ile ilişkili olduğu görülmüştür. Alzheimer hastaları fiziksel olarak ulaşılır durumdayken psikolojik olarak kaybedilmektedirler. Bakım verenler sevdiklerinin psikolojik olarak kaybedilmesi ile fiziksel olarak da kaybedileceğine dair beklenti içerisine girerler. Hasta yakınları, hastaya yakın olmak isteyebilirken hastalığın belirsiz yapısı nedeniyle onlardan uzaklaşabilmekte, duygularını anlamlandırmakta, ayırtırmakta zorlandıkları bir sürece girebilmektedirler (Boss, 1999a). Nielsen ve arkadaşlarının (2017) çalışmasının sonucunda bakım veren yasının hastalığın durumuna ve bu duruma bağlı duyguları kabul etme, gelecekte yaşanabilecek kayıp durumlarına hazır olma ve duyguları düzenleyecek stratejileri kullanma ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır. Yüksek düzeyde yas yaşayan bakım verenlerin duygularını düzenlemekte zorlandıkları ve kayba bağlı gelişen duyguları ifade etmekte güçlük çektikleri görülmüştür. Aynı çalışmada bakım verenlerin duygularını netleştirmelerinin ve olası kayıp durumlarına hazırlıklı olmalarının, mali düzenlemeler gibi meselelerin yanında, yaklaşan kayba bağlı gelişecek duygulara hazırlıklı olmalarını sağladığı bulgulanmıştır. Buna karşılık duygularını netleştiremeyen ve olası kayıp durumlarına hazırlıklı olamayanların, kayba bağlı ortaya çıkan duygularıyla başa çıkmada zorluk yaşadığı gözlenmiştir. Çalışma sonucunda araştırmacılar, duygu düzenlemeyi kolaylaştırmak için yürütülecek psikolojik müdahalelerin bakım veren yas şiddetini hafiflettiğini belirtmiştir (Nielsen ve ark., 2017).

Yasın duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisini inceleyen çalışmalara bakıldığında yasin mevcut durumu yönetme, duygularla başa çıkma stratejilerinde zorlanmaya neden olduğu, yüksek düzeyde yasin başa çıkma ve kayıp sonrası uyum sağlama becerilerini olumsuz etkilediği görülmüştür (Stroebe ve Schut, 1999). Bazı araştırmacılar duygu düzenleme güçlüklerinin yas döneminin uzamasına yol açabileceğini ileri sürmüşlerdir (Gupta ve Boanna, 2011; Shear, 2012). Ayrıca duygu düzenleme stratejilerinin dengeli kullanımının yas şiddetini belirleyebildiğini işaret eden araştırma sonuçları da bulunmaktadır (Delespoux ve ark., 2013; Lundorff ve ark., 2019). Yas döneminde duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişimin, duyguların yetersiz düzenlenmesine neden olup yas semptomlarını şiddetlendirebileceği bulgulanmıştır (Gegieckaite ve Kazlauskas, 2020). Boss (1999a) Alzheimer gibi belirsizliğin hâkim olduğu kronik

hastalara bakım verenlerin, bakım vermeye ilişkin duygularının farkına varmaları, bunları ayrıştırma ve bu duygularla baş etmeleri için yardıma ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir. Buraya kadar aktarılanlar ışığında bakım verenlerin duygularını düzenlemede yaşadıkları güçlüğü, bakım verme sürecinde yaşanan yasın şiddetini arttırdığı söylenebilir. Bakım verenlerle yürütülen terapi ve psikolojik danışmanlık süreçlerinde duygu düzenleme becerilerini geliştirmek üzerine yapılan çalışmaların faydalı olabileceği düşünülmüştür.

Denkleme 4. aşamada dahil edilen özel birinden algılanan sosyal destek değişkeni puanları arttıkça bakım veren yasının azaldığı görülmüştür. Literatürde mevcut bulgu ile uyumlu, bakım veren yası ile özel birinden alınan sosyal destek arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Cohen ve Wills, 1985; Lennon, Martin ve Dean, 1990; Waldrop, 2007). Özel birinden alınan sosyal destek, bir erkek ya da kız arkadaş, öğretmen, danışman, hekimler gibi önemli bir başkasından alınan sosyal desteği ifade etmektedir (Zimet ve ark., 1988). Bakım verme, bakım verenin zamanla biriken stres faktörleri ile başa çıkma kaynaklarını tüketebilir. Uzun süreli bakım verme sonucunda kişinin sosyal destek kaynakları tükenmekte, hayatları üzerindeki kontrol algıları azalmakta ve kayba uyum süreci zorlaşmaktadır (Pearlin ve ark., 1990). Literatüre bakıldığında sosyal desteğin varlığının bakım verenlerin daha düşük düzeyde yas yaşamalarını sağladığı görülmüştür (Ott ve ark., 2007). Sosyal destek, bakım verme sırasında duygusal gerginliği azaltma, yaşanan keder düzeyini etkileme (Almbers ve ark., 2000) ve yas sırasında sıkıntının azaltılmasına yardımcı olma (Bass ve ark., 1991) potansiyeline sahiptir. Yapılan bir çalışmada yas tutan anneler, sağlık çalışanlarından, yas destek gruplarından ve diğer kayıp yaşayanlardan gelen sosyal desteği hayati derecede önemli bulduklarını, sağlık çalışanlarından kayıpları hakkında dürüst ve açık bilgiler almayı ve kayıptan sonra iletişimin sürdürülmesini beklediklerini ifade etmişlerdir. Çalışmada, yas gruplarından ve sağlık çalışanlarından gelen sosyal desteğin yas ile başa çıkılmasında da etkili olduğu bulgulanmıştır (Laakso ve Ilmonen, 2002). Demans hastalarının aile ve eşleri ile yapılan başka bir nitel çalışma bakım verme ve yas sürecini birbirine bağlayan bir dizi anahtar faktör tanımlamıştır. Bunlar arasında sosyal desteğin mevcudiyeti, aile, arkadaş ve diğerlerinin sürekli desteği, olumlu anılar, bakım vermenin bir yük olarak algılanması ve veda etme olasılığı bulunmaktadır (Almbers ve ark., 2000).

Schulz ve Williamson (1997), bakım verme sırasında yaşanan çoklu kayıpların sosyal destek ihtiyacını artırabileceğini iddia etmektedir. Çalışmalarının sonucunda araştırmacılar bakım verenlerin aldıkları sosyal desteğin, kayba uyum ve bakım verenin sağlığı açısından oldukça önemli olduğunu belirtmişlerdir (Schulz ve Williamson, 1997). Jones ve Martinson (1992) çalışma bulguları sonucunda bakım verme sürecinin aynı zamanda yoğun bir yas dönemi de olabildiğini, bu dönemde psikologlar, hemşireler, doktorlar gibi aile ve arkadaşların dışındaki kaynaklardan gelen desteğin önemini gözlemlenmiş ve bu tür desteği önermişlerdir.

Denkleme 5. aşamada dahil edilen stres düzeyi puanları arttıkça bakım veren yasının arttığı görülmüştür. Literatürde mevcut bulgu ile uyumlu, bakım veren yası ile stres arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Bass, Bowman ve Noelker, 1991; Ott, Sanders ve Kelber, 2007; Sanders, Ott, Kelber ve Noonan, 2008). Literatüre bakıldığında bakım verme sorumluluğu (Hunt, 2003) , bakım verenin içinde bulunduğu koşullar nedeniyle ortaya çıkan sosyal izolasyon, sağlık sorunları, ekonomik sorunlar gibi olumsuzluklar stres kaynağı olarak ele alınmıştır (Zarit, Reever ve Bach, 1980). Demans hastasına bakım verme aile üyeleri tarafından tatmin edici bir deneyim olarak ifade edilmesine rağmen stres kaynağı olarak da tanımlanmıştır (Roy ve Gillespie, 2011). Bakım verenler, demanslı sevdiklerinin sağlığının kötüleşmesine tanık olmanın yanı sıra, aşinalık, yakınlık ve eş rolü kaybı (Collins ve ark., 1993; Bull, 1998), sevdiklerinin iyileşeceğine ve geleceğe dair umut kaybı (Lindgren ve ark.,1999) gibi bir dizi ikincil stresörle karşı karşıya kalırlar. Benzer bir çalışmada Pinquart ve Sorensen (2005), hastanın bilişsel gerilemesi, davranışsal problemleri gibi bakım vermeye alakalı stresörler ile aile içi çatışmalar, kişinin sosyal yaşamındaki kısıtlamalar gibi bakım verme dışındaki stresörlerin bakım veren yası ile ilişkili olduğunu bulgulanmıştır (aktaran Holley ve Mast, 2010). Bir diğer çalışmada günlük bakım verme sorumluluklarının neden olduğu stres, finansal stres, aile çatışmaları gibi bakım verme sorumluluğu dışındaki stresörlere maruz Alzheimer ve demans hastası bakıcılarının daha yüksek düzeyde bakım veren yası yaşadığı görülmüştür. Aynı çalışmada, daha düşük düzeyde yas yaşayan bakım verenler, yüksek düzeyde yas yaşayan bakım verenlere göre daha az stresörden söz etmiştir (Sanders ve ark., 2008). Benzer bir çalışmada bakım verenlerde artan yas şiddetinin artan stres seviyesi ve sağlık sorunları ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır. Bakım vermeye bağlı

oluşan stresörlerin ve bakım verenin öznel hayattaki stresörlerinin azalmasının yasin şiddetinin azalması, bakım verenin yaşamdan aldığı doyumun artması ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bu sayede bakım verme becerisinin sürdürebildiği ifade edilmiştir (Walker ve Pomeroy, 1997). Yapılan bir başka çalışmada yüksek yas düzeyi ile artan depresif belirtiler, yük ve stres arasında bir ilişki olduğunu bildirilmiştir (Ott ve ark., 2007).

Bakım verme sırasında deneyimlenen çoklu stresörlerin giderek artan etkisi bireyi yorabilir, olumsuz sonuçlara yol açabilir. Bu durum bakım verenlerin yasa başa çıkmada daha fazla zorlanmalarına neden olabilir (Bass ve ark., 1991). Yapılan araştırmalar sonucunda bakım verenlerin yaşadığı stresin, bakım veren yasinin şiddetini arttırdığı söylenebilir. Bu bağlamda Alzheimer derneklerinin, sağlık kuruluşlarının bakım verenlerin stres ile başa çıkma becerilerini geliştirmek üzere çalışmalar yapması önerilebilir.

Denkleme 6. aşamada dahil edilen belirsizliğe tahammülsüzlüğün engelleyici kaygı alt boyutunun puanları arttıkça bakım veren yasinin arttığı görülmüştür. Literatürde mevcut bulgu ile uyumlu, bakım veren yası ile belirsizliğe tahammülsüzlük arasında pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Hebert, Schulz, Copeland ve Arnold, 2009; Sanders ve Corley, 2003). Engelleyici kaygı, belirsizlikle karşı karşıya kalındığındaki belirsizlikten kaçınma ve donup kalma-felç olma gibi davranışsal eylemleri ifade eder (Carleton, ve ark., 2012). Belirsizlik toleransının bireylerin karar verme ve harekete geçme kabiliyetinde önemli rol oynadığı görülmektedir (Xu ve Tracey, 2014). Boss'un (1999a) çalışmasında bakım verenler hastanın psikososyal varlığı ya da yokluğu konusunda belirsizlik yaşadıklarını bildirmişler ve belirsizliğe karşı çaresizlik ve güçsüzlük duyguları, kayıpların ve duyguların reddi, karar verme ve harekete geçmeden kaçınma davranışı göstermişlerdir. Bir diğer araştırma sonucunda belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olanların sorunlar karşısında uygun stratejiler geliştiremediği, eyleme geçemediği ve belirsiz durumlardan kaçındığı gözlenmiştir (Dugas ve ark., 1997).

Alzheimer hastasına bakım verenlerle yapılan görüşmelerde belirsizlik temasının artması ile bakım verenlerin keder, kayıp ve yas ifadelerinin arttığı görülmüştür. Çalışmada ortaya çıkan kayıp temaları, hasta kişi ile ilişkiler, hastaya duyulan duygular, önceki hayatta var olan roller ve yakınlığın kaybı, sevdikleri kişide meydana gelen

değişimler ve mevcut durumu kontrol edememeye bağlı çaresizlik duyguları gibi çeşitli durumlardan kaynaklanmıştır. Bakım verenlerin çoğu bu belirsizlik ve kayıp kaynaklarının artmasının yas tepkilerinin merkezinde olduğunu belirtmiştir (Sanders ve Corley, 2003). Benzer bir çalışmada bakım verenler psikososyal, dini, tıbbi, pratik konularda belirsizlik içerisinde olduklarını ifade etmişlerdir. En yaygın ifade edilen belirsizlik türü ise hastalığın gidişatına dair duyulan belirsizlik olmuştur. Bu belirsizlik sağlık uzmanlarından gelecek bilgiye duyulan ihtiyacı da işaret etmektedir. Ayrıca sağlık görevlileri, hekimler, sosyal hizmet uzmanları, aile üyeleri arasında açık, tutarlı, güvenli iletişim ile bakım verenlerin sürece hazırlanmasının kolaylaştığı ve bakım veren yas şiddetinin azaldığını ortaya koyan araştırma sonuçları bulunmaktadır (Hebert ve ark., 2009).

Boss (1999a) belirsiz kayıpla başa çıkmak için belirsizliğe toleransla çalışılması gerektiğini belirtmiştir. Kayıp yaşayanların belirsiz durumları nasıl anlamlandırdıklarına dair kazandıkları farkındalık, günlük yaşam için gerekli kararları alabilmelerine ve yas sürecini yönetebilmelerine yardımcı olabilmektedir (Boss, 1999a). Bu doğrultuda sağlık personellerinin, hasta bakıcıların, hastalığın gidişatı hakkında tutarlı ve açık bilgiler vermelerinin bakım verenin yasını azaltabileceği düşünülmektedir. Ayrıca terapistlerin bakım verenlerle yaptıkları görüşmelerde belirsiz olan duyguların ve rollerin netleştirilmesine, belirsizliğin nasıl anlamlandırıldığına dair farkındalık kazandırılmasına, belirsizliğe tahammül kapasitesinin artırılmasına yönelik çalışmalar yapmasının önemli olduğu düşünülmüştür.

4.3. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Alzheimer hastası yakınlarına bakım verenlerin yaşadıkları yas sürecinin ve depresyon, anksiyete, stres semptomlarının sosyal destek, belirsizliğe tahammülsüzlük, duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkisi daha önce çalışılmamıştır. Belirsiz kayıp ve bakım veren yası üzerine Türkiye örnekleminde sınırlı sayıda araştırma yapılmıştır. Bakım veren yası ile duygu düzenleme güçlüğü ilişkisi gibi henüz çalışılmamış bir konunun ele alınması araştırmanın güçlü yönlerinden biridir. Çalışma sonucunda elde edilen bulguların Alzheimer hastasına bakım verenlerin yaşadıkları yas sürecini ve depresyon, anksiyete, stres semptomlarını etkileyen değişkenlerin aydınlatılmasına ve bakım veren yası yaşayanlarla yürütülen süreçlerde çalışılacak faktörlerin belirlenmesine katkı sağlayabileceği düşünülmüştür.

Çalışma 2019-2020 yılında Türkiye Alzheimer Derneği'ne üye olan Alzheimer hastaları yakınlarının, araştırmacının çevresindeki Alzheimer hastası yakınlarına bakım verenlerin ve Alzheimer hastasına bakım verenler için oluşturulan sosyal medya hesabı üyelerinin katılımı ile sınırlıdır. Katılımcılar seçkisiz olmayan bir biçimde seçilmiştir. Bakım verenler arasından yalnızca ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden kişiler çalışmaya dahil edilmiştir. Bu durum, araştırma bulgularının genellenebilirliğini sınırlandırmaktadır. Kadın katılımcılar örnekleme daha fazladır. Bu nedenle çalışma sonuçlarının erkek bakım verenlere genelleme yeteneği sorgulanabilir. Çalışmanın nispeten küçük bir örnekleme yapılması ve örnekleme cinsiyet eşitliği sağlanamaması çalışmanın sınırlılıklarındandır. Gelecekte yapılacak benzer bir çalışmada dernek bağlantısı ya da internet erişimi olmayan bakım verenlere ulaşılması ve cinsiyet eşitliği sağlanarak örneklemin büyütülmesiyle elde edilen bulgular karşılaştırılmalı bir biçimde tartışılabilir. Kullanılan veri toplama araçlarının öz bildirime dayanması, araştırmanın sınırlılıklarından olarak görülebilir. Ayrıca bakım verme rolünün bir görev olarak algılanması ihtimali katılımcıların sorulara savunucu veya yanıltıcı cevaplar vermelerine yol açmış olabilir.

4.4. Araştırmanın Klinik Doğurguları ve Gelecek Araştırmalara Öneriler

Araştırma sonucunda bakım verenlerin aileden aldıkları desteği, duygu düzenleme becerilerini ve belirsizliğe tahammül kapasitelerini arttırmaya yönelik yapılacak çalışmaların, bakım verenlerin depresyon, anksiyete ve stres semptomlarında azalma sağlayacağı düşünülmüştür. Ayrıca bakım verenlerin yaşadıkları depresyon, anksiyete ve stres semptomları üzerinde etkisi olduğu görülen izolasyon ve fedakârlık yas boyutlarının da terapi çalışmalarında ele alınması gereken önemli faktörlerden olduğu söylenebilir. Araştırmanın depresyon, anksiyete ve stres semptomları ile terapiye başvuran bakım verenlerle çalışılacak faktörlerin belirlenmesi açısından klinik pratiğe katkıda bulunması beklenmektedir.

Çalışmanın bir diğer odağı ise bakım verenlerdeki yas tepkilerinin belirleyicileridir. Bakım verenlerin yaşadıkları yasin duygusal netliği sağlayamama, duygu düzenleme stratejileri üretememe, belirsiz durumlarla engellenmiş hissetme, sağlık çalışanları gibi bakım verenler tarafından önemli görülen kimselerden destek alamama ve yüksek stres seviyeleri ile ilişkili olduğu bulgulanmıştır. Bu sonuçlar göz önünde bulundurularak sağlık görevlileri ve bakım veren başkaları ile destek kaynakları

oluşturmak amacıyla grup çalışmaları yapılabilir. Bireysel çalışmalarda ya da grup çalışmalarında belirsizliğe toleransın, duygu düzenleme becerilerinin, stres yönetiminin çalışılması ile bakım veren yas şiddetinin azalması beklenmektedir.

Araştırma bulgularına ve yorumlara dayanılarak gelecek çalışmalara yönelik birtakım öneriler geliştirilmiştir. Literatürde Alzheimer hastalarının yakınlarının yaşadığı belirsiz kayıp ve yas hakkındaki çalışmalar yaygın değildir. Türkiye örnekleminde ise bu konuda yapılmış çalışmalar oldukça sınırlıdır. Bakım verenlerin bu süreçteki yaşadıkları yas ve geliştirdikleri psikopatolojilere yönelik daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Mevcut araştırma belirsiz kaybın fiziksel var-psikolojik yok türü olan Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları yas, depresyon, anksiyete, stres düzeylerine odaklanmıştır. Diğer taraftan belirsiz kayıp birçok başka kayıp türünde de görülebilmektedir. Bu kayıp türlerinin nasıl deneyimlendiği, hangi faktörlerden etkilendiği gelecek çalışmalar için odak noktası olabilir.

Alzheimer hastalarına bakım verenlerin ilişkisel benlik algılarının yaşadıkları bakım veren yasını etkileyebileceği düşünülmüştür. İlişkisel benlik, insanların kendisini yakın ilişkileri ile ne ölçüde özdeşleştirdiği olarak ifade edilebilir (Cross, Bacon, Morris, 2000). İlişkisel benliği kuvvetli kişiler, kendileri için önemli olan kişilere daha çok dikkat edip, onları yakından gözlemler, olaylara bu kişilerin perspektifinden bakarlar (Cross ve ark., 2000). Bu kişiler başkalarına daha fazla yakın olma, yakınlığı koruma motivasyonu güdebilir, dolaylı yoldan hayat gayelerini buna göre şekillendirebilir (Gore, Cross, Kanagawa, 2008), ödün verme davranışı sergileyebilirler (Gelfand, Major, Raver, Nishii, O'Brien, 2006). Literatürde batı kültürleri özerk-ayrık benlik; doğu kültürleri bağımlı-ilişkisel benlik açısından tanımlanmaktadır (Uskul, Hynie, Lalonde, 2004). Türkiye’de kişilerarası ilişkiler genellikle belirli gruplar etrafındaki ilişkiler ve yakın ilişkiler olarak şekillenmektedir (Kagıtcıbaşı, 2002). Türkiye’de başkaları ile yakın ilişki kurma arzusu batı kültürlerine kıyasla daha yüksektir (Uskul, Hynie, Lalonde, 2004). Bu yönüyle bakım verenlerin benlik kurguları, bakım veren yasının yaşanma biçimi ile ilişkili olabilir. Gelecek çalışmalarda ilişkisel benliğin göz önünde bulundurulması önerilmektedir.

Araştırma bulgularında katılımcıların yüksek düzeyde depresyon, anksiyete ve stres puanları aldığı bulgulanmıştır. Katılımcıların büyük bir çoğunluğunu kadın

olmasının sonucu etkilediği düşünülmüştür. Literatüre bakıldığında kadınlarda anksiyete, depresyon ve stres geçmişinin erkeklere kıyasla daha fazla olduğu görülmüştür (Castle, Deale, Marks, 1995). Kadınların yaygın anksiyete bozukluğu başlangıç yaşının erkeklere kıyasla daha erken olduğu, yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alma sıklığının erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Wittchen, Zhao, Kessler, Eaton, 1994). Benzer bir çalışmada cinsiyetin hem depresyon hem anksiyete belirtilerinin yordayıcılarından biri olduğu, kadınların daha fazla kaygı bildirdikleri bulgulanmıştır (Zisberg, 2017). Kadınların strese karşı yoğun duygusal yanıt verdikleri ve anksiyete dışavurumlarının daha güçlü olduğu ifade edilmiştir (Bekker, Mens-Verhulst, 2007). Bu sonuçları etkileyebilecek bir diğer potansiyel değişkenin kültür unsuru olduğu düşünülmüştür. Depresyon anksiyete ve stres belirtileri kültürler arasında farklılık gösterebilmektedir (Ballenger ve arkadaşları, 2001). Kültür hastalığın deneyimlenme biçimini, semptomların yorumlanmasını, sıkıntılar ile başa çıkma biçimlerini, yardım arayışını ve semptomlara gelen sosyal tepkileri etkilemektedir (Kirmayer, 2001). Bazı kültürel gruplarda semptomlar sosyal olarak daha kabul edilebilirken bazı kültürel gruplarda ise semptomların duygusal bileşenleri inkâr edilmektedir. Bu yönüyle kültürel yapı semptomların seyrini, ifade ediliş biçimini, semptomlarla başa çıkılma şeklini, duygu düzenleme stratejilerini etkilemektedir (Kirmayer, 2001). Toplumsal cinsiyet rolleri semptomlara karşı cinsiyetlerin tutumlarındaki farklılığa da neden olabilmektedir (Zisberg, 2017). Tüm bu bulgular göz önünde bulundurulduğunda kültür ve cinsiyet değişkenlerinin gelecek çalışmalara dahil edilmesi önerilmektedir.

EK'LER

EK 1- Bilgilendirilmiş Onam Formu

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Meltem Ergen Kahraman tarafından yürütülen “Belirsiz Kayıp Üzerine Bir Çalışma; Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarının Depresyon, Anksiyete ve Stres Düzeylerini Belirleyebilecek Bazı Değişkenlerin İncelenmesi” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- Araştırmanın Amacı: Alzheimer hastalarına bakım verenlerin depresyon, anksiyete, stres seviyelerini etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmaktadır.
- Araştırmanın İçeriği: Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin algıladığı sosyal destek, belirsizliğe tahammülsüzlük kapasitesi, duygu düzenleme güçlükleri ve bakım verme sürecinde hissettikleri belirsiz kayıp miktarı ile bireylerin depresyon, anksiyete, stres seviyeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi.
- Araştırmanın Nedeni: ☐ Bilimsel araştırma ☒ Tez çalışması

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının (Kendi el yazısı ile)

İmzası:

(Varsa) Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

İmzası

Not: Bu form, iki nüsha halinde düzenlenir. Bu nüshalardan biri imza karşılığında gönüllü kişiye verilir, diğeri araştırmacı tarafından saklanır.

EK 2- Demografik Bilgi Formu

Lütfen aşağıdaki sorulara yanıt veriniz.

Görüşme yapılan kişi: Bu bölümde yer alan soruları kendinizi düşünerek yanıt veriniz.

1. Doğum yılınız:.....
2. Cinsiyetiniz: () kadın () erkek
3. Eğitim durumunuz: () okur-yazar () ilkokul () ortaokul () lise () üniversite ve üstü
4. Medeni durumunuz: () bekar () evli () boşanmış () eşini kaybetmiş
5. Mesleğiniz:.....
6. Şu anda çalışıyor musunuz? () evet () hayır
7. Hanenizin aylık ortalama geliri:...TL
8. Hasta kişi ile yakınlığınız: () Ebeveyn () Eş () Evlat () Yakın akraba(teyze, hala, amca, dayı, kuzen, büyük anne, büyük baba) () Uzak akraba () Arkadaş () Diğer (belirtiniz):.....
9. Hasta ile aranızdaki sevgi bağınız değerlendiriniz. () Çok iyi () iyi () orta () iyi değil () hiç iyi değil

Hasta kişi ile ilgili: Bu bölümde yer alan soruları hastayı düşünerek yanıt veriniz.

1. Doğum yılı:.....
2. Cinsiyeti: ()kadın ()erkek
3. Eğitim durumu: () okur-yazar () ilkokul () ortaokul () lise () üniversite ve üstü
4. Medeni durumu: () bekar () evli () boşanmış () eşini kaybetmiş
5. Tanıdan/ sıkıntıların başladığından bu zamana kadar geçen süre(ay cinsinden) :.....ay
6. Hastalığın derecesi (yalnızca birini işaretleyiniz) Erken dönem (hafif belirtiler, kelimeleri hatırlayamama, unutkanlık, yorgunluk, karar vermede zorluk, sosyal davranışlarda zorluk): () Orta dönem (günlük yaşan aktivitelerinin sürmesini engelleyen belirgin düzeyde problemler): () İleri dönem (bakım verene tam bağımlı hale gelme, fiziksel bozukluklar): ()

EK 3- Aile Yapısı ve Hasta Bakımına İlişkin Soru Formu

Bu bölümde yer alan sorular aile yapınıza ve hasta bakımına yöneliktir. Lütfen sizin için en doğru seçeneği işaretleyiniz.

1	Evinizde siz dahil olmak üzere birlikte yaşadığınız kişi sayısı:
2	Yakınınızın hastalıktan önce ailedeki rolü: ☐ aile geçimini sağlayan kişi ☐ aile geçimine katkıda bulunan kişi ☐ aile geçimine herhangi bir katkısı olmayan kişi
3	Yakınınız hastalandıktan sonra gelir durumunuzda değişiklik oldu mu? ☐ evet ☐ hayır
4	Ekonomik yardım alıyor musunuz? ☐ evet ☐ hayır Evet, ise, bu yardımı kimden alıyorsunuz? ☐ aile-akraba ☐ arkadaş ☐ devlet kurumu ☐ sivil toplum kuruluşu (dernek, topluluk vb.) ☐ diğer (belirtiniz:.....)
5	Hasta yakınınız ile birlikte mi yaşıyorsunuz? ☐ evet ☐ hayır
6	Hasta yakınınıza kim bakım vermekte ☐ yalnızca ben ☐ çoğunlukla ben bakmaktayım ve aile üyelerinden zaman zaman yardım almaktayım ☐ ben ve diğer aile üyeleri ile bakımı eşit şekilde paylaşmaktayız ☐ başka bir aile üyesi bakım vermekte, ben ise zaman zaman yardım etmekteyim ☐ profesyonel bakıcı yardımı almaktayım ☐ diğer (belirtiniz:.....)
7	Hastaya bir haftada ortalama kaç gün/saat bakım vermektedir: Bir haftada ortalama gün
8	Psikolojik-psikiyatrik destek alıyor musunuz? ☐ evet ☐ hayır Evet ise, ne kadar süre alıyorsunuz. (belirtiniz:.....)

EK 4- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlelerin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.		Kesinlikle Hayır						Kesinlikle Evet
			1	2	3	4	5	
1	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
2	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
3	Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.							
4	İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.							
5	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var							
6	Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.							
7	İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.							
8	Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.							
9	Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.							
10	Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.							
11	Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.							
12	Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.							

EK 5- Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Kısa Formu

	Aşağıda bireylerin belirsiz durumlara ne derece tahammül gösterebildiğini belirlemeye yönelik ilişkin ifadeler yer almaktadır. Lütfen ifadeleri dikkatlice okuyarak ne kadar katılıp katılmadığınıza karşılık gelen seçeneği işaretleyin.	Bana Hiç Uygun Değil	Bana Çok Az Uygun	Bana Uygun	Bana Oldukça Uygun	Bana Tamamen Uygun
1	Önceden kestirilemeyen olaylar beni alt üst ediyor.					
2	İhtiyaç duyduğum bilginin tümüne sahip olmamak beni engelliyor.					
3	Beklenmeyen durumlardan kaçınmak için insan hep ileriye planlamalıdır.					
4	Çok iyi şekilde planlansa bile beklenmeyen ufak bir durum her şeyi mahvedebilir.					
5	Geleceğin benim için neler getireceğini her zaman bilmek isterim.					
6	Beklenmedik olaylara katlanamıyorum.					
7	Her şeyi çok iyi bir şekilde organize etme ihtiyacı hissederim.					
8	Belirsizlik, dolu dolu bir yaşam sürmemi engelliyor.					
9	Harekete geçme zamanı geldiğinde belirsizlik elimi kolumu bağlar.					
10	Bir şeylerden emin olamadığım zamanlarda çok iyi iş çıkaramam.					
11	Küçük bir şüphe bile beni harekete geçmekten alıkoyar.					
12	Tüm belirsiz durumlardan uzak durma ihtiyacı hissederim.					

EK 6- Duygu Düzenleme G  l         -Kısa Form

A�ağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ����� ��zerinden de�erlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki 5 noktalı �����ten, size uygunluk y�zdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak i�ine alarak i�aretleyiniz.	Hemen hemen hi� (% 0-% 10	Bazen (% 11% 35)	Yakla�ık Yarı yarıya (% 36% 65)	�o�u zaman (% 66% 90)	Hemen hemen her zaman (% 91% 100)
1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
2. Ne hissetti�im konusunda karma�a ya�arım.					
3. Kendimi k�t� hissetti�imde i�lerimi bitirmekte zorlanırım.					
4. Kendimi k�t� hissetti�imde kontrolden �ıkarım.					
5. Kendimi k�t� hissetti�imde uzun s�re b�yle kalaca�ına inanırım.					
6. Kendimi k�t� hissetmenin yo�un depresif duyguyla sonu�lanaca�ına inanırım.					
7. Kendimi k�t� hissederken ba�ka �eylere odaklanmakta zorlanırım.					
8. Kendimi k�t� hissederken kontrolden �ıktı�ım korkusu ya�arım.					
9. Kendimi k�t� hissetti�imde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
10. Kendimi k�t� hissetti�imde zayıf biri oldu�um duygusuna kapılırım.					
11. Kendimi k�t� hissetti�imde davranı�larımı kontrol etmekte zorlanırım.					
12. Kendimi k�t� hissetti�imde daha iyi hissetmem i�in yapabilece�im hi�bir �ey olmadı�ına inanırım.					
13. Kendimi k�t� hissetti�imde b�yle hissetti�im i�in kendimden rahatsız olurum.					
14. Kendimi k�t� hissetti�imde kendimle ilgili olarak �ok fazla endi�elenmeye ba�larım.					
15. Kendimi k�t� hissetti�imde ba�ka bir �ey d���nmekte zorlanırım.					
16. Kendimi k�t� hissetti�imde duygularım dayanılmaz olur.					

EK 7- MM Bakım Veren Yas Envanteri Kısa Form

Yönerge: bu envanter, ilerleyen demansı (örn. Alzheimer hastalığı) bulunan kişilerin bakımıyla ilgilenmekte olan ailedeki bakım verenlerin yas deneyimlerin ölçmek üzere tasarlanmıştır. Her bir ifadeyi dikkatli bir şekilde okuyun ve ardından belirtilen ifadeye ne kadar katıldığınıza ya da katılmadığınıza karar verin. Alttaki cevap anahtarını kullanarak sağda bulunan 1-5 aralığındaki sayılardan birini yuvarlak içine alınız.

		Kesinlikle katılmıyorum	Biraz katılmıyorum	Ne katılıyorum ne	Biraz katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1	Bakım verebilmek için çok şeyden vazgeçmek zorunda kaldım.	1	2	3	4	5
2	Özgürlüğümü yitirdiğimi hissediyorum.	1	2	3	4	5
3	Sevdiğim kişiyi kaybettiğimi bilmenin hissettirdiği rahatsız edici, boş bir duygu içindeyim.	1	2	3	4	5
4	Kötü şeyler olacağından endişe ederek çok vakit harcıyorum.	1	2	3	4	5
5	Bunama çifte kayıp gibi. Hem sevdiğim kişiye olan yakınlığımı hem de ailemle olan bağımı kaybettim.	1	2	3	4	5
6	Arkadaşlarım açıkçası neler yaşıyor olduğumu neler yaşadığımı anlamıyorlar.	1	2	3	4	5
7	Geçmiş, yakınım ile geçmişte sahip olduklarımızı paylaştıklarımızı özledim.	1	2	3	4	5
8	Bu durum kim bilir daha ne kadar zaman elimi kolumu bağlayacak belli değil.	1	2	3	4	5
9	Geceleri onu yatağa yatırmak ve onu kaybetmiş olduğumu fark etmek acı veriyor.	1	2	3	4	5
10	Bu hastalığın bizi içine düşürdüğü durum beni çok üzüyor.	1	2	3	4	5
11	Çoğu gece bir şey olacak mı, yarın bu işin altından nasıl kalkacağım diye gözümü bile kırpmadan yatıyorum.	1	2	3	4	5
12	Bana en yakın insanlar neler yaşadığımı anlamıyorlar.	1	2	3	4	5
13	Bana en yakın başka insanlar da kaybettim, ama şu an yaşadığım bu kayıp benim için çok daha zorlayıcı.	1	2	3	4	5
14	Kaybettiğimiz şey bağımsızlığım... Gidip istediğimi yapma özgürlüğüne sahip	1	2	3	4	5

	değilim.					
15	Keşke her gün kişisel ihtiyaçlarımı giderebileceğim bir ya da iki saati kendime ayırabilseydim.	1	2	3	4	5
16	Bakım verme dünyasında sıkışıp kaldım ve bunun için yapabileceğim hiçbir şey yok.	1	2	3	4	5



EK 8- Depresyon, Anksiyete, Stres Ölçeği (DASS-21)

Lütfen her bir ifadeyi okuyup 0,1,2,3'ten size GEÇEN HAFTA BOYUNCA en uygun olan rakamı yuvarlak içine alınız. Soruların doğru veya yanlış bir cevabı yoktur.

Sorulara aşağıdaki skalaya göre cevap veriniz:

0	1	2	3
Bana hiçbir şekilde uygun değil.	Bir dereceye kadar veya bazı zamanlarda bana uygun	Ciddi derecede veya zamanın önemli bir bölümünde bana uygun	Çok fazla veya zamanın çoğunda bana uygun
Hiçbir Zaman	Bazen	Oldukça Sık	Her Zaman

1	Sakinleşip rahatlamak bana zor geldi	0	1	2	3
2	Ağzımın kuruduğunu fark ettim.	0	1	2	3
3	Hiçbir şekilde olumlu duygular hissetmeyecekmişim gibi geldi	0	1	2	3
4	Nefes alma güçlüğü yaşadım.(örn. Aşırı derecede hızlı nefes alma, fiziksel egzersiz olmadığı halde nefessiz kalma)	0	1	2	3
5	Bir şeyleri yaparken başlamakta zorluk çektiğimi fark ettim.	0	1	2	3
6	Olaylara aşırı tepki vermeye meyilliydim.	0	1	2	3
7	Titremeler yaşadım (örn. Ellerimde)	0	1	2	3
8	Bendeki gerginliğin büyük ölçüde enerjimi harcadığımı hissettim.	0	1	2	3
9	Beni panikletebilen ve kendimi aptal gibi hissedebileceğim durumlardan endişe duydum.	0	1	2	3
10	Hiçbir beklentim olmadığını hissettim.	0	1	2	3
11	Tedirgin olduğumu fark ettim.	0	1	2	3
12	Rahatlamak bana zor geldi	0	1	2	3
13	Kendimi morali bozuk ve canı sıkkın hissettim.	0	1	2	3
14	Yaptığım şeyden beni alıkoyan hiçbir şeye karşı tahammülüm yoktu.	0	1	2	3
15	Kendimi paniklemeye yakın hissettim.	0	1	2	3
16	Hiçbir şeye karşı bir istek duymadım.	0	1	2	3
17	Bir insan olarak çok fazla değerimin olmadığını hissettim.	0	1	2	3
18	Oldukça alıngan olduğumu hissettim.	0	1	2	3
19	Fiziksel bir egzersiz yapmadığım halde kalbimin hareketlerini fark edebiliyordum.(örn. kalp atış hızında artış hissi, atışlarda düzensizlik)	0	1	2	3
20	Ortada bir neden olmadığı halde korktuğumu hissettim.	0	1	2	3
21	Hayatın anlamsız olduğunu hissettim.	0	1	2	3

KAYNAKÇA

- (2020, Mart 18). Türkiye İstatistik Kurumu: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2019-33712#:~:text=T%C3%9C%C4%B0K%20Kurumsal&text=Ya%C5%9Fl%C4%B1%20n%C3%BCfus%20olarak%20kabul%20edilen,550%20bin%20727%20ki%C5%9Fi%20oldu.&text=Ya%C5%9Fl%C4%B1%20n%C3%BCfusu n%202019%20y%C4> adresinden alındı
- Adams, K. B., & Sanders, S. (2004). Alzheimer's caregivers differences in experience of loss, grief reaction and depressive symptoms across stage of disease a mixed-method analysis. *Dementia*, 3(2), 195-210.
- Akyar, İ., & Akdemir, N. (2009). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 16(3), 32-49.
- Albal, E., & Kutlu, Y. (2020). The relationship between the depression coping self-efficacy level and perceived social support resources. *Journal of Psychiatric Nursing*, 1(3), 115-120.
- Almberg , B., Jansson, W., Grafström, M., & Winblad, B. (2002). Differences between and within genders in caregiving strain: A comparison between caregivers of demented and non-caregivers of non-demented elderly people. *Journal of Advanced*, 28(4), 849-858.
- Almberg, B., Grafström, M., & Winblad, B. (2008). Major strain and coping strategies as reported by family members who care for aged demented relatives. *Jornal of Advenced Nursing*, 24(4), 683-691.
- Almbers, B. E., Grafstrom, M., & Winblad, B. (2000). Caregivers of relatives with dementia: Experiences encompassing social support and bereavement. *Aging and Mental Health*, 4(1), 82-89.
- Altay, B., Erkuran , H., & Aydın Avcı, İ. (2018). Alzheimerlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Samsun sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 1-8.
- Andersen, S. M., & Schwartz, A. H. (1992). Intolerance of ambiguity and depression: A cognitive vulnerability factor linked to hopelessness. *Social Cognition*, 10(3), 271-298.
- Arai, Y., Kumamoto, K., Mizuno, Y., & Washio, M. (2014). Depression among family caregivers of community-dwelling older people who used services under the long term care insurance program: A large-scale population- based study in Japan. *Aging and Mental Health*, 18(1), 81-91.

- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Yılmaz Özpolat, A. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552.
- Ay, S., Ünübol, H., Ezer, S., Omay, O., & Hızlı Sayar, G. (2017). Yaşlı hastalara bakım verenlerin bakım verme yükleri ve başa çıkma biçimleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Family Practice and Palliative Care*, 2(3), 38-44.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Kirmayer, L. J., Lepine, J. P., . . . Ono, Y. (2001). Consensus statement on transcultural issues in depression and anxiety from international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(13), 47-55.
- Bass, D. M., & Bowman, K. (1990). The transition from caregiving to bereavement: The relationship of care-related strain and adjustment to death. *The Gerontologist*, 30(1), 35-42.
- Bass, D. M., Bowman, K., & Noelker, L. (1991). The influence of caregiving and bereavement support on adjusting to an older relative's death. *Gerontologist*, 31(1), 32-42.
- Başar, K., & Öz, G. (2016). Cinsiyetinden hoşnutsuzluğu olan bireylerde psikolojik dayanıklılık: Algılanan sosyal destek ve ayrımcılık ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(4), 225-234.
- Bekker, M. H., & Mens-Verhulst, J. (2007). Anxiety disorders: Sex differences in prevalence, degree and background but gender-neutral treatment. *Gender Medicine*, 4, 178-193.
- Bjureberg, J., Ljotsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., . . . Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 284-296.
- Boelen, P. A., Reijntjes, A., & Smid, G. E. (2016). Concurrent and prospective associations of intolerance of uncertainty with symptoms of prolonged grief, posttraumatic stress and depression after bereavement. *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 65-72.
- Boss, P. (1999). Ambiguous loss: Living with frozen grief. *The Harvard Mental Health Letter*, 16(5), 4-6.
- Boss, P. (1999). *Ambiguous loss; Learning to live with unresolved grief*. Cambridge: Harvard University Press.
- Boss, P. (2004). Ambiguous loss research, theory and practice: Reflections after 9/11. *Journal of Marriage and Family*, 66(3), 551-566.
- Boss, P. (2010). The trauma and complicated grief of ambiguous loss. *Pastoral Psychology*, 59(2), 137-145.
- Boss, P. (2018). *Loss, Trauma and Resilience: Therapeutic Work With Ambiguous Loss*. W.W. Norton and Company.

- Boss, P. G. (2002). Ambiguous loss: Working with families of the missing. *Family Process*, 41(1), 14-17.
- Boss, P., & Hernandez, B. C. (2002). Ambiguous loss from chronic physical illness: Clinical interventions with individuals, couples and families. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1351-1360.
- Boss, P., & Yeats, J. R. (2014). Ambiguous loss: A complicated type of grief when loved ones disappear. *Bereavement Care*, 33(2), 63-69.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., Korotitsch, W., & Barlow, D. H. (1997). Psychometric properties of the depression, anxiety, stress scales (DASS) in clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 79-89.
- Buckley, T., Fauth, E. B., Morrison, A., Tschanz, J., Rabins, P. V., Piercy, K. W., . . . Lyketsos, C. G. (2012). Predictors of quality of life ratings for persons with dementia simultaneously reported by patients and their caregivers: The cache county (utah) study. *International Psychogeriatrics*, 24(7), 1094-1102.
- Buhr, K., & Dugas, M. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the english version. *Behaviour Research and Therapy*, 40(8), 931-945.
- Bull, M. A. (1998). Losses in families affected by dementia: Coping strategies and service issues. *Journal of Family Studies*, 4(2), 187-199.
- Bynum, J. P. (2014). The long reach of Alzheimer's disease: Patients, practice and policy. *Health Affairs*, 33(4), 534-540.
- Cal, R., Richdale, A. L., Dissanayake, C., & Uljarevic, M. (2017). Brief report: Inter-relationship between emotion regulation, intolerance of uncertainty, anxiety and depression in youth with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 48(1), 316-325.
- Carleton, N. R., Mulvogue, M. K., Thibodeau, M. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., & Asmundson, G. J. (2012). Increasing certainty about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(3), 468-479.
- Carleton, N., Norton, P. J., & Asmundson, G. J. (2007). Fearing the unknown: A short version of the intolerance of uncertainty scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 105-117.
- Caron, W., Boss, P., & Mortimer, J. (2016). Family boundary ambiguity predicts Alzheimer's outcomes. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 62(4), 347-356.
- Castle, D. J., Deale, A., & Marks, I. M. (1995). Gender differences in obsessive compulsive disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29(1), 114-117.
- Chan, I., Yap, P., Wee, S. L., & Liew, T. M. (2019). The three dimensions of caregiver grief in dementia caregiving: Validity and utility of the subscales of the Marwit-Meuser caregiver grief inventory. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(2), 213-222.

- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 31-357.
- Collins, C., Liken, M., King, S., & Kokinakis, C. (1993). Loss and grief among family caregivers of relatives with dementia. *Qualitative Health Redearch*, 3(2), 236-253.
- Cross, S. E., Bacon, P. L., & Morris, M. L. (2000). The relational-interdependent self-construal and relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(4), 791-808.
- Cummings, S. M., & Kropf, N. P. (2015). Predictors of depression among caregivers of older adults with severe mental illness. *Journal of Gerontological Social Work*, 58(3), 253-271.
- Dar, K. A., Iqbal, N., & Mushtaq, A. (2017). Intolerance of uncertainty, depression and anxiety: Examining the indirect and moderating effects of worry. *Asian Journal of Psychiatry*, 29, 129-133.
- Delespaulx, E., Ryckebosch-Dayez, A. S., Heeren, A., & Zech, E. (2013). Attachment and severity of grief: The mediating role of negative appraisal and inflexible coping. *Journal of Death and Dying*, 67(3), 269-289.
- Diameta, E., Adandom, I., Jumbo, S. U., Nwankwo, H. C., Obi, P. C., & Kalu, M. E. (2018). The burden experience of formal and informal caregivers of older adults with hip fracture in Nigeria. 4, s. 1-10.
- Dökmen, Z. (2012). Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 3-38.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (593-606). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21(6), 1997.
- Dugas, M. j., Ladouceur, R., Leger, E., Freeston, M. H., Langlois, F., Provencher, M. D., & Boisvert, J. M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 821-825.
- Dupuis, S. L. (2002). Understanding ambiguous loss in the context of dementia care. *Journal of Gerontological Social Work*, 37(2), 93-115.
- Dupuy, J. B., & Ladouceur, R. (2008). Cognitive processes of generalized anxiety disorder in comorbid generalized anxiety disorder and major depressive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 505-514.
- Eisdorfer, C., Czaja, S., Loewenstein, D., Rubert, M. P., Argülles, S., Mitrani, V. B., & Szapocznik, J. (2003). The effect of family therapy and technology-based intervention on caregiver depression. *The Gerontologist*, 43(4), 521-531.

- Eker , D., Arkar, H., & Yaldız, H. (2001). Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği'nin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri dergisi*, 12(1), 17-25.
- Erbay, E. (2012). Alzheimerlı hasta yakını olmak. *Akademik Geriatri dergisi*, 5(2), 57-63.
- Erbay, M. (2017, Haziran 22). Demans Hastalarına Bakım Verenlerin Yas Süreçlerinin Olumlu ve Olumsuz Sağlık Değişkenleri Üzerindeki Yordayıcı Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul, Türkiye: T.C. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.
- Fasion, K. J., Faria, S. H., & Frank, D. (1999). Caregivers of chronically ill elderly: Perceived burden. *Journal of Community Health Nursing*, 16(4), 243-253.
- Frank, J. B. (2007). Evidence for grief as the major barrier faced by alzheimer caregivers: A qualitative analysis. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 22(6), 516-527.
- Gegieckaite, G., & Kazlauskas, E. (2020). Do emotion regulation difficulties mediate the association between neuroticism, insecure attachment and prolonged grief. *Death Studies*, 6, 1-9.
- Gelfand, M. J., Major, V. S., Raver, J. L., Nishii, L. H., & O'Brien, K. (2006). Negotiating retionally: The dynamics of the relational self in negotiations. *Academy of management review*, 31(2), 427-451.
- Gentes, E. L., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 923-933.
- Gore, J., Cross, S. E., & Kanagawa, C. (2008). Acting in our interests: Retalional self-construal and goal motivation across cultures. *Motivation and Emotion*, 33(1), 75-87.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotional regulation and dsyregulation: Development, factor structure and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Greenberg, L. S. (2018). *Duygu Odaklı Terapi*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık .
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotional regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Conceptual and Empirical Foundations. J. J. Gross içinde, *Handbook of Emotion Regulation* (s. 3-20). New York: Guilford Press.
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, Emotion Regulation and Psychopathology: An Affective Science Perspective. *Clinical Psychological Science*, 387-401.

- Gupta, S., & Boanna, G. A. (2011). Complicated grief and deficits in emotional expressive flexibility. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(3), 635-643.
- Heaney, C. A., & Israel, B. A. (2008). Social networks and social support. K. Glanz, B. K. Rimer, & K. Viswanath içinde, *Health Behavior and Health Education Theory, Research and Practice* (s. 189-207). San Francisco: Jossey-Bass A Wiley Imprint.
- Hebert, R. S., Schulz, R., Copeland, V. C., & Arnold, R. M. (2009). Preparing family caregivers for death and bereavement. Insights from caregivers of terminally ill patients. *Journal of Pain and Symptom Management, 37*(1), 3-12.
- Helvacı Çelik, F. G., & Hocaoglu, Ç. (2015). Rize'de heyelan sonrası travmatik yas: Üç olgunun sunumu. *Klinik Psikiyatri, 18*(4), 130-136.
- Hillen, M. A., Gutheil, C. M., Strout, T. D., Smets, E. M., & Han, P. K. (2017). Tolerance of uncertainty: Conceptual analysis, integrative model and implications for healthcare. *Social Science and Medicine, 180*, 62-75.
- Holley, C. K., & Mast, B. T. (2010). Predictors of anticipatory grief in dementia caregivers. *Clinical Gerontologist, 33*(3), 223-236.
- Huebner, A. J., Mancini, J. A., Wilcox, R. M., Grass, S. R., & Grass, G. A. (2007). Parental deployment and youth in military families: Exploring uncertainty and ambiguous Loss. *Family Relations, 56*(2), 112-122.
- Hunt, C. K. (2003). Concept in caregiver research. *Journal of Nursing Scholarship, 35*(1), 27-32.
- Jones, K., Zagacki, K., & Lewis, T. (2007). Communication, liminality, and hope: The september 11th missing person posters. *Communications Studies, 58*(1), 105-121.
- Jones, P. S., & Martinson, I. M. (1992). The experience of bereavement in caregivers of family members with Alzheimer's disease. *The Journal of Nursing Scholarship, 24*(3), 172-176.
- Jong-Meyer, R., Beck, B., & Riede, K. (2009). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Personality and Individual Differences, 46*(4), 547-551.
- Kagitcibasi, C. (2002). A model of family change in cultural context. *Online Reading in Psychology and Culture, 6*(3), 1-11.
- Kashdan, T. B., Zvolensky, M. J., & McLeish, A. C. (2008). Anxiety sensitivity and effect regulatory strategies: Individual and interactive risk factors for anxiety-related symptoms. *Journal of Anxiety Disorders, 22*(3), 429-440.
- Kerr, D. C., Preuss, L. J., & King, C. A. (2006). Suicidal adolescents' social support from family and peers: Gender-specific associations with psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*(1), 103-114.
- Kirmayer, L. J. (2001). Cultural variations in the clinical presentation of depression and anxiety: implications for diagnosis and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*(13), 22-30.

- Kurlowics, L. H. (1993). Social factors and depression in late life. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(1), 30-36.
- Laakso, H., & Ilmonen, M. P. (2002). Mothers experience of social support following the death of a child. *Journal of Clinical Nursing*, 11(2), 176-185.
- Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38(9), 933-941.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lennon, M. C., Martin, J. J., & Dean, L. (1990). The influence of social support on AIDS-related grief among gay men. *Social Science and Medicine*, 31(4), 477-484.
- Lindauer, A., & Harvath, T. A. (2014). Pre-death grief in the context of dementia caregiving: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2196-2207.
- Lindgren, C. L., Connell, C. T., & Gaspar, H. L. (1999). Grief in spouse and children caregivers of dementia patients. *Western Journal of Nursing Research*, 21(4), 521-537.
- Loos, C., & Bowd, A. (1997). Caregivers of persons with Alzheimer's disease: Some neglected implications of the experience of personal loss and grief. *Death Studies*, 21(5), 501-514.
- Lundorff, M., Thomsen, D. K., Damkier, A., & O'Connor, M. (2019). How do loss and restoration-oriented coping change across time? A prospective study on adjustment following spousal bereavement. *Anxiety, Stress and Coping*, 32(3), 270-285.
- Lutz, J., Gross, R. T., & Vargovich, A. M. (2018). Difficulties in emotion regulation and chronic pain-related disability and opioid misuse. *Addictive Behaviors*, 87, 200-205.
- Mario, B., Vincent, P., & Johanne, L. (2006). Dysfunction in the neural circuitry of emotional self-regulation in major depressive disorder. *Neuro Report*, 17(8), 843-846.
- Marwit, S. J., & Meuser, T. M. (2005). Development of a short form inventory to assess grief in caregivers of dementia patients. *Death Studies*, 29(3), 191-205.
- Mausbach, B. T., Chattillion, E. A., Roepke, S. A., Patterson, T., & Grant, I. (2013). A comparison of psychosocial outcomes in elderly alzheimer's caregivers and non-caregivers. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(1), s. 5-13.
- McEvoy, P. M., & Mahoney, A. E. (2011). Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in treatment-seeking sample with anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(1), 112-122.

- McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., & Stadlan, E. (1984). Clinical diagnosis of alzheimer's disease. *American Academy of Neurology*, 34(7), 939-944.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research Therapy*, 43(10), 1281-1310.
- Meuser, T. M., & Marwit, S. J. (2001). A comprehensive, stage-sensitive model of grief in dementia caregiving. *The Gerontological Society of America*, 41(5), 658-670.
- Moorey, S. (2014). "Is it Them or is it Me" Transference and countertransference in CBT. A. Whittington, & N. Grey içinde, *How to Become a More Effective CBT Therapist* (s. 132-145). New Jersey: Wiley-Blackwell.
- Mu, P. F., Ma, F. C., Ku, S. M., Shu, H. Q., Hwang, B., & Ing-Kuo, B. (2001). Families of chinese children with malignancy: The factor impact on mother's anxiety. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(4), 287-295.
- Nielsen, M. K., Neergaard, M. A., Jensen, A. B., Vedsted, P., Bro, F., & Guldin, M. (2017). Preloss grief in family caregivers during end of life cancer care: A nationwide population-based cohort study. *Psychooncology*, 26(12), 2048-2056.
- Norris, F. H., & Kaniasty, K. (1996). Received and perceived social support in times of stress: A test of the social support deterioration deterrence model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 498-511.
- Okamoto, K., & Harasawa, Y. (2009). Emotional support from family members and subjective health in caregivers of the frail elderly at home in japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(1), 138-141.
- Ory, M. G., Hoffman, R., Yee, J. L., Tennstedt, S., & Schulz, R. (1999). Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers. *The Gerontologist*, 39(2), 177-185.
- Ott, C. H., Sanders, S., & Kelber, S. T. (2007). Grief and personal growth experience of spouses and adult-child caregivers of individuals with alzheimer's disease and related dementias. *Gerontologist*, 47(6), 798-809.
- Özbabalık, D., & Hussein, S. (2017). *Demans Bakım Modeli Raporu*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı.
- Pearlin, L. I., Turner, H., & Semple, S. (1990). Coping and the Mediation of Caregiver Stress. E. Light, & B. D. Lebowitz içinde, *Alzheimer's Disease Treatment and Family Stress* (s. 198-217). New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Pearlin, L. J., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concept and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.

- Pearson Scott, J., Roberto, K. A., & Hutton, T. J. (1986). Families of alzheimer's victims. Family support to the caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34(5), 348-354.
- Powers, B. A. (1992). The roles staff play in the social networks of elderly institutionalized people. *Social Science and Medicine*, 34(12), 1335-1343.
- Rothaupt, J. W., & Becker, K. (2007). A literature review of western bereavement theory: From decathecting to continuing bonds. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 15(1), 6-15.
- Roy, D., & Gillespie, M. (2011). Who cares for the carers? A student experience of providing career support and education. *British Journal of Nursing*, 20(8), 484-488.
- Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of Life Research*, 12(1), 33-41.
- Salters-Perneault, K., Roemer, L., Tull, M. T., Rucker, L., & Mennin, D. S. (2006). Evidence of broad deficits in emotional regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 469-480.
- Sanders, S., & Adams, K. B. (2005). Grief reactions and depression in caregivers of individuals with alzheimer's disease: Result from a pilot study in an urban setting. *Health and Social Work*, 30(4), 287-295.
- Sanders, S., & Corley, C. S. (2003). Are they grieving? A qualitative analysis examining grief in caregivers of individuals with alzheimer's disease. *Social Work in Health Care*, 37(3), 35-53.
- Sanders, S., Marwit, S. J., Meuser, T. M., & Harrington, P. (2007). Caregiver grief in end-stage dementia: Using the Marwit and Meuser caregiver grief inventory for assesment and intervention in social work practice. *Social Work in Health Care*, 46(1), 47-65.
- Sanders, S., Ott, C. H., Kelber, S. T., & Noonan, P. (2008). The experience of high levels of grief in caregivers of persons with Alzheimer's disease and related dementia. *Death Studies*, 32(6), 495-523.
- Sarıçam, H., Erguvan, F. M., Akın, A., & Akça, M. Ş. (2014). Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği (BTÖ-12) Türkçe formu: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Route Educational and Social Science Journal*, 1(3), 148-157.
- Schafer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emission regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, 46(2), 261-276.
- Schulz, R., & Williamson, G. M. (1997). The measurement of caregivers outcomes in alzheimer disease research. *Alzheimer Disease and Associates Disorders*, 11(6), 117-124.

- Schumacher, K., Beck, C., & Marren, J. (2006). Family caregivers: Caring for older adults, working with their families. *American Journal of Nursing*, 106(8), 40-49.
- Shear, K. M. (2012). Grief and mourning gone away: Pathway and course of complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 119-128.
- Shim, B., Barroso, J., & Davis, L. L. (2012). A comparative qualitative analysis of stories of spousal caregivers of people with dementia: Negative, ambivalent and positive experiences. *International Journal of Nursing Studies*, 49(2), s. 220-229.
- Steketee, G., Frost, R., & Cohen, I. (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(6), 525-537.
- Stone, A. M., & Jones, C. L. (2009). Sources of uncertainty: Experiences of Alzheimer's disease. *Issues in mental Health Nursing*, 30(11), 677-686.
- Stone, R., Cafferata, G. L., & Sangl, J. (1987). Caregivers of the frail elderly: A national profile. *The Gerontologist*, 27(5), 616-626.
- Stroebe, M. S., & Schut, H. (1999). The dual process model of coping with bereavement: Overview and update. *Death Studies*, 23(3), 197-224.
- Sweeting, H. N., & Gilhooly, M. L. (1990). Anticipatory grief: A review. *Social Science and Medicine*, 30(10), 1073-1080.
- Tang, Y. (2008). Social support of elderly caregivers. *International Journal of Business and Management*, 3(8), 81-84.
- Tel, H. (2010). Koah'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(4), 38-45.
- Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*, 3(4), 269-307.
- Thomson, R. A., & Calkins, S. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, 8(1), 163-182.
- Tolin, D. F., Levy, H. C., Wootton, B. M., Hallion, L. S., & Stevens, M. C. (2018). Hoarding disorder and difficulties in emotion regulation. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 16, 98-103.
- Tolin, D., Abramowitz, J., Brigidi, B., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 233-242.
- Tuna, M., & Olgun, N. (2010). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Algılanan Sosyal Desteğin Rolü. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 41-52.
- Türk Nöroloji Derneği*. (2019, Mayıs 8). Türk Nöroloji Derneği: <https://www.noroloji.org.tr/menu/94/alzheimer-hastaligi> adresinden alındı

- Türkiye Alzheimer Derneği*. (2019, Mayıs 8). Türkiye Alzheimer Derneği: <http://www.alzheimerdernegi.org.tr/> adresinden alındı
- Uskul, A., Hynie, M., & Lalonde, R. N. (2004). Interdependence as a mediator between culture and interpersonal closeness for Euro-Canadians and Turks. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 35(2), 174-191.
- Waite, L. M. (2015). Treatment for alzheimer's disease: Has anything changed? *Australian Prescriber*, 38(2), 60-63.
- Waldrop, D. P. (2007). Caregiver grief in terminal illness and bereavement: A mixed-methods study. *Health and Social Work*, 32(3), 197-206.
- Walker, R. J., & Pomeroy, E. C. (1997). The impact of anticipatory grief on caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Home Health Care Services Quarterly*, 16(1), 55-76.
- Werner, K., & Gross, J. J. (2009). Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. A. M. Kring, & D. Sloan içinde, *Emotional regulation and psychopathology* (s. 13-35). New York: The Guilford Press.
- Wirtz, C. M., Hoffmann, S. G., Riper, H., & Berking, M. (2013). Emotion regulation predicts anxiety over a five-year interval: A cross lagged panel analysis. *Depression and Anxiety*, 31(1), 87-95.
- Wirtz, C. M., Radkovsky, A., Ebert, D. D., & Berking, M. (2014). Successful application of adaptive emotion regulation skills predicts the subsequent reduction of depressive symptom severity but neither the reduction of anxiety nor the reduction of general distress during the treatment of major depressive disorder. *Plos One*, 9(10), 1-12.
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51(5), 355-64.
- Worden, W. J. (2009). *Grief counseling and grief therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Xu, H., & Tracey, T. J. (2014). The role of ambiguity tolerance in career decision making. *Journal of Vocational Behavior*, 85(1), 18-26.
- Xueting, Z., Hong, Z., Bin, Z., & Taisheng, C. (2013). Perceived social support as modarator of perfectionism, depression and anxiety in college students. *Social Behavior and Personality An International Journal*, 41(7), 1141-1152.
- Yavuzer, Y., Albayrak, G., & Keldal, G. (2018). Üniversite öğrencilerinin algıladıkları sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki: Problem çözme becerilerinin aracılık etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 33(1), 242-255.
- Yiğit, İ., & Guzey Yiğit, M. (2017). Psychometric properties of turkish version of difficulties in emotion regulation scale-brief form (DERS-16). *Current Psychology*, 38, 1503-1511.

- Yılmaz, A., & Turan, E. (2007). Alzheimer hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik, tükenmişliğe neden olan faktörler ve başetme yolları. *Türkiye Klinikleri*, 27(3), 445-454.
- Yılmaz, Ö., Boz, H., & Arslan, A. (2017). Depresyon ve anksiyete stres ölçeğinin (DASS 21) Türkçe kısa formunun geçerlilik-güvenirlilik çalışması. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2(2), 78-91.
- Yook, K., Kim, K. H., Suh, S. Y., & Lee, K. S. (2010). Intolerance of uncertainty, worry and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 24(6), 623-628.
- Young, L., & Newman, S. (2003). *Caregiving and retirement planning: What happens to family caregivers who leave the work force*. San Francisco: Family Caregiver Alliance.
https://www.caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/op_2003_retirement_planning.pdf adresinden alındı
- Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.
- Zarit, S. H., Todd, P. A., & Zarit, J. M. (1986). Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *The Gerontological Society of America*, 26(3), 260-266.
- Zimet, G., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.
- Zisberg, A. (2017). Anxiety and depression in older patients: The role of culture and acculturation. *International Journal for Equity Health*, 16(1), 1-10.