



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ENGELLİ BİREYLERE SAHİP AİLELERİN PSİKOLOJİK  
SAĞLAMLIK VE BAKICI YÜK DEĞERLENDİRMESİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Arif TEKYILDIRIM**

**Tez Danışmanı  
Dr. Öğr. Üyesi Oğuz TAN**

**İSTANBUL – 2019**

T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**ENGELLİ BİREYLERE SAHİP AİLELERİN PSİKOLOJİK  
SAĞLAMLIK VE BAKICI YÜK DEĞERLENDİRMESİ  
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

**Arif TEKYILDIRIM**

**154102178**

**Tez Danışmanı**  
**Dr. Öğr. Üyesi Oğuz TAN**

**İSTANBUL – 2019**



T.C.  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI**

**GENEL BİLGİLER**

|                    |                                                                                                                         |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Öğrenci No         | : 154102178                                                                                                             |
| Öğrenci Adı Soyadı | : Arif Tekyıldırım                                                                                                      |
| Anabilim Dalı      | : Klinik Psikoloji                                                                                                      |
| Tez Danışmanı      | : Dr. Öğr. Üyesi Oğuz TAN                                                                                               |
| Tezin Başlığı      | : ENGELLİ BİREYLERE SAHİP AİLELERİN PSİKOLOJİK SAĞLAMLIK VE BAKICI YÜK DEĞERLENDİRMESİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ |

**TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                    |       |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------|
| Toplantı Tarihi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | : 27.06.2019                                                                       | Saati | : 14:30 |
| Öğrenci Savunmaya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | : <input checked="" type="checkbox"/> GELDI                                        |       |         |
| <p>Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,</p> <p style="text-align: center;"><input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ      <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUĞU</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez <b>KABUL</b> edilmiştir.</p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin <b>DÜZELTİLMESİ</b> için ..... ay <b>EK SÜRE</b> verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (en fazla 3 ay)</p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin <b>REDDEDİLMESİ</b> kararı alınmıştır.</p> |                                                                                    |       |         |
| Savunmada Tezin Başlığı                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | : <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. <input type="checkbox"/> Değişti. |       |         |
| Tezin Yeni Başlığı                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | :                                                                                  |       |         |
| Öğrenci Savunmaya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | : <input type="checkbox"/> GELMEDİ                                                 |       |         |
| <p>Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile <b>REDDEDİLMİŞTİR.</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                    |       |         |

ile almıştır.

| Tez Sınavı Jürisi | Unvanı, Adı Soyadı            | İmza |
|-------------------|-------------------------------|------|
| Danışman Üye      | Dr. Öğr. Üyesi Oğuz TAN       |      |
| Üye               | Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ÜNÜBOL |      |
| Üye               | Dr. Öğr. Üyesi Erkal ERZİNCAN |      |

## **YEMİN METNİ**

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

Arif TEKYILDIRIM

## ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasında engelli birey olan ailelerde psikolojik sağlamlık ve bakım veren yükü arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik bir araştırma yapılmıştır. Araştırma süresi boyunca yardım ve desteklerini hiç esirgemeyen çok değerli hocam Dr. Öğr. Üy. Oğuz TAN'na ve çok sevdiğim Eşim Melda TEKYILDIRIM'a ve aileme teşekkürü bir borç bilirim.



## ÖZET

Engelli bireye sahip olan ailelerde bakım verme yüküne bağlı olarak bir takım sosyal, ekonomik, psikolojik ve fizyolojik sorunların yaşanabildiği görülmektedir. Bu bağlamda bakım verme yükünün üstesinden gelme açısından bakım verenlerin psikolojik sağlamlık düzeyinin yüksek olmasının gerekli olduğu bilinmektedir. Bu kapsamda psikolojik sağlamlık ile bakım verme yükü arasındaki ilişkiyi araştırmak önemli hale gelmektedir. Bu çalışmada, engelli bireye sahip ailelerde psikolojik sağlamlık ve bakım veren yükü arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmış ve ailesinde engelli birey bulunan 80 bireye anket uygulanmıştır. Araştırma sonucunda, psikolojik sağlamlık ile bakım yükü arasında negatif ilişki bulunduğu ve ailesinde engelli bulunan bireylerin psikolojik sağlamlıkları ile bakım yükleri arasındaki ilişkinin “orta” düzeyde olduğu belirlenmiştir. Yaş, eğitim durumu ve bakım verme süresine göre bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakta, cinsiyet ve gelir durumuna göre psikolojik sağlamlık düzeyleri farklılık göstermektedir. Yaş ve bakım süresine göre bireylerin bakım verme yükü düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamakta, cinsiyet, eğitim durumu ve gelir durumuna göre bireylerin bakım yükü düzeyleri farklılık göstermektedir. Sonuç olarak, engelli ailelerinin psikolojik sağlamlık düzeylerinin artırılması bakım yüklerinin azaltılmasına katkı sağlayacaktır. Bu doğrultuda, engelli ailelerinin maddi olarak desteklenmelerinin ve ailelerde ağırlıklı olarak bakım sorumluluğunu üstlenen kadınlara sosyal ve psikolojik destek sağlanmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Engellilik, engelli birey, bakım verme, bakım verme yükü, psikolojik sağlamlık.

## ABSTRACT

It is seen that families with disabled individuals may experience some social, economic, psychological and physiological problems depending on the caregiving burden. In this context, it is known that the level of psychological resilience of caregivers should be high in order to overcome the burden of caregiving. In this context, it becomes important to investigate the relationship between psychological resilience and caregiving burden. In this study, it was aimed to investigate the relationship between psychological resilience and caregiver burden in families with disabled individuals and a questionnaire was applied to 80 individuals who have disabled individuals in their families. the level of the psychological resillience and burdens of the individuals who have disabled members in their families have been found “moderate”. There is a negative correlation between psychological resilinec and caregiving burden. There was no statistically significant difference between the levels of psychological resilience of individuals according to age, education and caregiving period, and psychological resilience levels differed according to gender and income. There was no statistically significant difference between the levels of caregiving burden of individuals according to age and duration of care, and caregiving burden levels of individuals differed according to gender, education and income. As a result, increasing psychological resilience levels of families with disable members will contribute to reducing caregiving burdens. In this respect, it is considered appropriate to support the families of the disabled indiviuals financially and to provide social and psychological support to the women who are mainly responsible for caregiving in the families with disabled members.

**Keywords:** Disability, disabled individual, caregiving, caregiving burden, psychological resillience.

## İÇİNDEKİLER

|                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
|                                                                       | Sayfa No: |
| YEMİN METNİ .....                                                     | i         |
| ÖNSÖZ .....                                                           | ii        |
| ÖZET .....                                                            | iii       |
| ABSTRACT.....                                                         | iv        |
| İÇİNDEKİLER .....                                                     | v         |
| TABLolar LİSTESİ .....                                                | viii      |
| ŞEKİLLER LİSTESİ .....                                                | ix        |
| KISALTMALAR .....                                                     | x         |
| 1. GİRİŞ .....                                                        | 1         |
| 1.1. Problem Durumu .....                                             | 1         |
| 1.2. Araştırmanın Amacı .....                                         | 1         |
| 1.3. Araştırmanın Önemi.....                                          | 1         |
| 2. GENEL BİLGİLER.....                                                | 3         |
| 2.1. Psikolojik Sağlamlık Kavramı .....                               | 3         |
| 2.1.1. Psikolojik Sağlamlığın Tanımı .....                            | 3         |
| 2.1.2. Psikolojik Sağlamlık için Risk Faktörleri .....                | 5         |
| 2.1.3. Psikolojik Sağlamlığı Koruyucu Faktörler .....                 | 8         |
| 2.1.4. Psikolojik Sağlamlık ve Olumlu Sonuçlar .....                  | 10        |
| 2.1.5. Psikolojik Sağlamlık Modelleri .....                           | 11        |
| 2.1.6. Psikolojik Sağlamlık Düzeyi Yüksek Bireylerin Özellikleri..... | 19        |
| 2.2. Engellilik ve Bakıcı Yüğü Kavramları.....                        | 19        |
| 2.2.1. Engellilik Kavramı .....                                       | 20        |
| 2.2.2. Engel Türleri.....                                             | 21        |
| 2.2.2.1. Ortopedik Engelli .....                                      | 22        |
| 2.2.2.2. Görme Engelli .....                                          | 22        |



|                                                     |    |
|-----------------------------------------------------|----|
| 2.2.2.3. İşitme ve Konuşma Engelli .....            | 23 |
| 2.2.2.4. Zihinsel Engelli .....                     | 24 |
| 2.2.3. Bakım ve Bakım Vermenin Tanımı .....         | 26 |
| 2.2.4. Bakım Yükünü Etkileyen Unsurlar .....        | 27 |
| 2.2.5. Bakım Verme Yükünün Sonuçları .....          | 28 |
| 2.2.6. Engelli Bireye Sahip Ailenin Bakım Yükü..... | 29 |
| 2.3. İlgili Çalışmalar .....                        | 32 |
| 3. GEREÇ VE YÖNTEM.....                             | 36 |
| 3.1. Araştırmanın Modeli .....                      | 36 |
| 3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....           | 36 |
| 3.3. Veri Toplama Araçları .....                    | 37 |
| 3.3.1. Kişisel Bilgi Formu .....                    | 37 |
| 3.3.2. Psikolojik Sağlamlık Ölçeği.....             | 37 |
| 3.3.3. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği.....                 | 37 |
| 3.4. Verilerin Toplanması.....                      | 38 |
| 3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....               | 38 |
| 4. BULGULAR.....                                    | 40 |
| 4.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular.....   | 40 |
| 4.2. Tanımlayıcı İstatistikler .....                | 41 |
| 4.3. Fark Testi Bulguları.....                      | 44 |
| 4.4. Korelasyon Analizi Bulguları.....              | 50 |
| 5. TARTIŞMA .....                                   | 51 |
| 6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....                           | 55 |
| 6.1. Sonuçlar .....                                 | 55 |
| 6.2. Öneriler .....                                 | 56 |
| 7. KAYNAKLAR .....                                  | 57 |

|                                                                                 |           |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>EKLER .....</b>                                                              | <b>72</b> |
| <b>EK-1: Anket Formu .....</b>                                                  | <b>72</b> |
| <b>EK-2: Ölçek Kullanım İzni .....</b>                                          | <b>77</b> |
| <b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>                                                           | <b>78</b> |
| <b>KİŞİSEL BİLGİLER.....</b>                                                    | <b>78</b> |
| <b>EĞİTİM BİLGİLERİ.....</b>                                                    | <b>78</b> |
| <b>İŞ TECRÜBESİ.....</b>                                                        | <b>79</b> |
| • <b>Dilkonist Dil Konuşma ve Psikolojik Danışma Merkezi.....</b>               | <b>79</b> |
| • <b>Özel Dünyalar Rehabilitasyon Merkezi .....</b>                             | <b>79</b> |
| <b>STAJ TECRÜBESİ.....</b>                                                      | <b>79</b> |
| • <b>Nöropsikiyatri Polikliniği Feneryolu (02.12.2015- 14.06.2018) .....</b>    | <b>79</b> |
| • <b>T.C. Adalet Sarayı Çağlayan Adliyesi (10.2013- 02.2014) .....</b>          | <b>79</b> |
| • <b>Kim Psikoloji (09.2013-01.2014).....</b>                                   | <b>80</b> |
| • <b>Aviva Sigorta (06.2013- 09.2013).....</b>                                  | <b>80</b> |
| • <b>İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (04.2013- 07.2013).....</b> | <b>80</b> |
| • <b>Yel Değirmeni Çocuk ve Gençlik Merkezi (10.2012-03.2013).....</b>          | <b>80</b> |
| • <b>İkona HR (10.2011-03.2012).....</b>                                        | <b>80</b> |
| <b>EĞİTİM ve WORKSHOPLAR.....</b>                                               | <b>80</b> |
| <b>KONGRELER ve SEMİNERLER.....</b>                                             | <b>81</b> |
| <b>TEST BİLGİSİ VE BECERİLERİ .....</b>                                         | <b>81</b> |
| <b>NÖROPSİKOLOJİK TESTLER .....</b>                                             | <b>82</b> |
| <b>MESLEKİ İLGİ ALANLARI.....</b>                                               | <b>82</b> |
| <b>DİL BİLGİSİ.....</b>                                                         | <b>82</b> |
| <b>BİLGİSAYAR BİLGİSİ.....</b>                                                  | <b>82</b> |
| <b>BİLİMSEL KURULUŞLARA ÜYELİKLER.....</b>                                      | <b>83</b> |
| <b>REFERANSLAR .....</b>                                                        | <b>83</b> |

## TABLÖLAR LİSTESİ

|                                                                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tablo 4.1: Katılımcıların Demografik Özellikleri .....                                                                                    | 40 |
| Tablo 4.2. Psikolojik Sağlamlık Ölçeğine ilişkin Tanımlayıcı İstatistikler .....                                                          | 41 |
| Tablo 4.3. Bakım Verme Yüğü Ölçeğine ilişkin Tanımlayıcı İstatistikler .....                                                              | 42 |
| Tablo 4.4. Cinsiyete Göre Psikolojik Sağlamlık ve Bakım Verme Yüğüne İlişkin Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları .....                        | 45 |
| Tablo 4.5. Yaşı Göre Psikolojik Sağlamlık ve Bakım Verme Yüğüne İlişkin Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları .....                             | 45 |
| Tablo 4.6. Eğitim Durumuna Göre Psikolojik Sağlamlık ve Bakım Verme Yüğüne İlişkin Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları .....                  | 46 |
| Tablo 4.7. Gelir Durumuna Göre Psikolojik Sağlamlık ve Bakım Verme Yüğüne İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları.....        | 47 |
| Tablo 4.8. Bakım Verme Süresine Göre Psikolojik Sağlamlık ve Bakım Verme Yüğüne İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları ..... | 49 |
| Tablo 4.9. Korelasyon Analizi Sonuçları.....                                                                                              | 50 |

## ŞEKİLLER LİSTESİ

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| Şekil 3.1. Araştırma Modeli..... | 36 |
|----------------------------------|----|



## KISALTMALAR

BM : Birleşmiş Milletler

SPSS : Statistical Package For Social Sciences



# 1. GİRİŞ

## 1.1. Problem Durumu

Engelli bireylere günümüzde aile üyeleri veya profesyonel bakım verenler tarafından özel bir bakımın verildiği görülmektedir. Gerek aile bireylerinden olsun veya gerekse profesyonel bakım verenler olsun engelli bireylere bakım veren kişilerin, bir takım problemler yaşadığı görülmektedir. Bu bağlamda ortaya çıkan problemler ile başa çıkmak açısından özellikle aile bireylerinden bakım verenlerin psikolojik açıdan dayanıklı bireyler olması gerekmektedir. Aksi takdirde bakım verme yükü bakım verenlerde bir takım sosyal, psikolojik ve fizyolojik problemlere neden olabilmektedir. Bahse konu bakım veren bireylerin durumlarının anlaşılması ve iyileştirilmesi açısından psikolojik sağlamlıkları ve bakım yükleri arasındaki ilişkinin ortaya konması gerekli hale gelmektedir.

## 1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada engelli birey olan ailelerde psikolojik sağlamlık ve bakım veren yükü arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda literatür taraması ve uygulama bölümünden oluşacak bir tez yapılması planlanmıştır. Çalışmanın uygulama bölümünde 18 yaş üstünde olan ve ailesinde engelli bireylere bakım veren kişilere anket uygulanmış ve elde edilen veriler SPSS paket programı ile analiz edilerek bakım yükü ve bakım verenlerin psikolojik sağlamlık düzeyi arasındaki ilişki incelenmiştir.

## 1.3. Araştırmanın Önemi

Engelli bireye sahip olan ailelerin yaşam şartları ve buna bağlı olarak psikolojik durumları engelli bireyi olmayan ailelere göre farklı olduğu bilinmektedir. Engelli bireye sahip ailelerin üyelerinin bakım verme gibi önemli ve zor bir görevi yerine getirmeleri onları psikolojik, fiziksel, sosyal, ekonomik ve duygusal anlamda zorlayabilmektedir (Atagün vd., 2011). Bakım verenlerin bakım verme yüküne bağlı olarak özellikle bir takım psikolojik sorunları yaşadıkları ifade edilmektedir. Bu kişilerin yaptıkları işten kaynaklı olarak anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon ve tükenmişlik ve bunlara benzer durumları yaşadıkları gözlenmektedir (Dökmen, 2012). Bu bağlamda bakım veren aile bireylerinin psikolojik durumları ile bakım verme yükleri arasındaki ilişkinin

incelenmesinin önemli olduğu değerlendirilmektedir. Bahse konu bireylerin psikolojik durumlarında iyileştirmelerin yapılmasına yardımcı olması açısından bu çalışmanın faydalı olacağı dūřunılmaktadır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Psikolojik Sağlamlık Kavramı

Yetişkinlik, ergenlik ve çocukluk çağlarındaki risk ve zorlu yaşam olayları ile ilgili olarak incelenmeye başlanan psikolojik sağlamlık (resilience), uygulama ve araştırma sahalarında ve bilhassa önleyici psikolojik rehberlik ve danışma hizmetleri bakımından risk çalışmalarıyla beraber, gün geçtikçe ilerleme kaydetmeye ve daha önemli duruma gelmeye başlamıştır. Bu nedenle psikolojik sağlamlık ve risk kavramları rehberlik, psikolojik danışma ve gelişim psikolojisi ile psikiyatri literatürlerinde gün geçtikçe ilgi odağı konular haline gelmişlerdir.

Bu bağlamda bu çalışmada da engelli bireylere sahip ailelerin psikolojik sağlamlık düzeyleri inceleneceğinden çalışmanın bu kısmında psikolojik sağlamlık konusu ele alınmıştır.

#### 2.1.1. Psikolojik Sağlamlığın Tanımı

Psikolojik sağlamlık olgusu; Latince'de bulunan “resiliens” kökünden gelmektedir ve maddenin elastik bir yapıda olmasını, kolayca aslına dönebilmesini belirtir (Greene, 2002).

Psikolojik sağlamlık The Random House Sözlüğü'nde (1967) “sıkıştırılmayı veya esnetilmeyi müteakip orijinal formuna ya da pozisyonuna dönebilme yeteneği” şeklinde yer almakta iken, Webster Yeni Yirminci Yüzyıl İngilizce Sözlüğü'nde (1958) ise “sıkıştırılmayı müteakip eski durumuna dönmek/gelmek ve cesaret, enerji, güç kazanmak” şeklinde ifade edilmektedir.

Psikolojik sağlamlık Amerikan Heritage Sözlüğü'nde (1973) ise “hastalık, değişim ve kötü kaderden süratle kurtulma, iyileşme” şeklinde ifade edilmektedir. Kavramın tanımı ve anlamına ilişkin olarak tam bir mutabakat söz konusu olmasa da, aşağıdaki belirtilen tanımlar kavramın tam manasıyla anlaşılmasına katkı sağlamak bakımından önem arz etmektedir.

Psikolojik sağlamlık Murphy (1987) tarafından, “Bir çocuğun travmadan nasıl kurtulduğu/iyileştiğine ve stresle ne şekilde baş ettiğine odaklanan genel bir kavramdır.



Psikolojik sağlamlık, olumlu baş etmenin neticeleri olarak ifade edilen yeterlik (competence) ve uyum (adaptation) benzeri olumlu gelişme, umut ve geleceğe yönelme ile alakalıdır.” şeklinde ifade edilmektedir.

Psikolojik sağlamlık Fraser, Galinsky ve Richman (1999) tarafından ise, “zor şartlar altında beklenmedik ve olumlu başarılar elde etme ve olağan dışı durum ve koşullara ayak uydurma yeteneği” şeklinde ifade edilmektedir.

Garnezy, Best ve Masten (1990: Akt. Masten, 1994) tarafından psikolojik sağlamlığın literatürde yer alan üç ana olguyu açıklamak maksadıyla kullanıldığı ifade edilmiştir:

- i. Psikolojik sağlamlık öncelikle halihazır zorlukların üstesinden gelen ve umulandan daha üst seviyede ilerleme kaydeden yüksek riske tabi durumdaki kişileri tanımlamak maksadıyla kullanılmaktadır. Zor ve olumsuz yaşam şartlarında büyümüş başarılı veya ünlü bireylerin hayat hikayeleri ve otobiyografileri, yüksek riske tabi olarak büyüyen çocuklarla gerçekleştirilen sistemli psikolojik sağlamlık çalışmalarıyla eş doğrultuda ve uyumlu haldedir. Bu tarz gayretler, yüksek riske tabi olan grupların başarılı neticeler kazanmalarına önemli düzeyde katkıda bulunan değişkenlerin ortaya konmasını hedeflemektedir.
- ii. İkinci temel psikolojik sağlamlık olgusu, bireyin stresli olaylara süratle ayak uydurabilme becerisine vurgu yapmaktadır. Bu tarz çalışmalar kapsamında boşanma benzeri temel bir stres etkeni odak noktası şeklinde değerlendirilmektedir. Bir takım çalışmalar ise, yakın geçmişte gerçekleşmiş birden çok ve değişik stres etkeninin beraber incelenmesine odaklanmaktadır. Bu tarz çalışmalar değişik stres kaynaklarının çocukların davranışlarına ilişkin etkileriyle beraber, örseleyici yaşam şartlarının çocuklardaki negatif etkilerini azaltan veya çoğaltan faktörleri (protective factors or vulnerability) incelemektedir.
- iii. Üçüncü grup çalışmalar ise, psikolojik travmanın muhtemel etkilerini yok etme, kurtulma ve iyileşme hususunda belirleyici bir rol oynayan müşterek bireysel nitelikleri ve farklılıkları konu alan çalışmalardır. Tanıma istinaden, travmatik olayların kişinin hayat kalitesini ve

işlevselliğini olumsuz olarak etkilemesi beklenir. Bu nedenle, hiçkimse incinmez (invulnerable) değildir ve stres kaynakları yaşamı tehdit edici ve örseleyici düzeylere vardığında psikolojik sağlamlık, travmayı müteakip iyileşmenin altını çizmektedir.

### **2.1.2. Psikolojik Sağlamlık için Risk Faktörleri**

Risk, bir stresör şeklinde algılanmakta olup, arzu edilmeyen neticeleri öngören statik bir olgudur (Fergus ve Zimmerman, 2005). Risk başka bir tanımlamaya göre ise, stresörlerle ve stresörlerin beraber meydana getirdikleri toplam etkiyle alakalı subjektif bir olgudur (Mcadam-Crisp, 2006). Risk davranış bilimleri bakımından, neticesinde patolojiye direkt olarak yol açan değişik olay ve durumları belirtmektedir (Rutter, 1987). Patolojiye ya da uyumsuz davranışa yol açan riskli durumlar, bireyin uyumu konusunda tehdit arz etmektedir. Tecrübe edilen psikolojik zorluklar ise stresi belirtmektedir (Masten, 1994). Birey tarafından stresin derecesi, stres faktörünü ne şekilde algıladığı ve bunun neticesinde ne şekilde bir bilişsel değerlendirmede bulunarak stres etkeninin tehdit ediciliğini algıladığı ile alakalıdır (Kumpfer, 1999) Dolayısıyla risk etkenlerinin etkisi ile alakalı olarak bireysel farklılıklar etkin olmaktadır.

Risk altındaki kişiler, riskli çevrelerde bulunan, olumsuz hayat deneyimleri sebebiyle arzu edilemeyen gelişimsel neticeler gösterme ihtimali olan veya hayatın herhangi bir döneminde risk etkenlerine sahip olan kimselerdir. Risk etkenleri, kişinin yeterlilik gösterme kabiliyetine ve uyum sağlamasına negatif etki eden faktörlerdir. Kişinin risk etkenleri neticesinde mevcut kaynaklarını harekete geçirememesi ve uyum sağlayamaması, onun ruhsal hastalıklara yakalanma ihtimalini yükseltebilir (Masten, 1994).

Risk faktörleri bireysel gelişim bakımından, yetişkinlik döneminde ruh sağlığı sorunları ve davranış bozuklukları göstermelerine neden olan, çocukluk döneminden itibaren gelişim ödevlerini bitirebilmelerini zorlaştıran koşullar şeklinde ifade edilmektedir (Armstrong ve ark., 2005).

Risk faktörleri, arzu edilmeyen bir neticenin ortaya çıkma ihtimalinin yükseldiğini göstermektedir. Risk faktörleri gelişim bakımından; anne babanın işsiz kalması, sert ebeveyne sahip olma, ailede ihmal ya da istismar, psikolojik bozuklukların mevcut olduğu ailede çocuk olma, erken doğum, tehlikeli sosyal çevre ve fakirlik benzeri

etkenlerin birbirinden son derece farklı sahalarını ihtiva etmektedir. Risk faktörleri çocuğun genel iyilik halinde negatif neticelerin gerçekleşmesine yol açarak duygusal ve fiziksel sağlık ile başarı üzerinde olumsuz neticeleri yordamaktadır (Masten ve Riley, 2005).

Bireyler gelişim dönemleri ile ilişkili olarak benzer risk faktörleri ile yüzleşeler bile, bütün bireylerin farklı düzeyde etkiye maruz kaldıkları ifade edilmektedir (Carlson, 2001). Bu noktada, çocukluk dönemindeki bireylerin risk faktörlerinin olumsuz neticelerinden etkilenmeye daha meyilli oldukları ve bu risk faktörlerinin yetişkinlik çağındaki hayatlarına olumsuz şekilde etkilerinin bulunacağını gösteren çalışmalar vardır (Howard vd.,1999). Risk faktörleri, yetişkinlik çağında; erken yaşta ölüm, uyum problemleri, fiziksel sağlığın bozulması ve işsizlik, çocukluk çağında ise; suç işleme eğilimi, başarısız sosyal ilişkiler, madde kullanımı, okulu bırakma ve okul başarısızlığı benzeri problemlerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Rutter, 1980).

Psikolojik sağlamlığın risk faktörleri olmadan kavramsallaştırılması yapısı sebebiyle mümkün değildir. Dolayısıyla psikolojik sağlamlıktan bahsedebilmek maksadıyla bir risk durumunun mevcut olmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Sevgiliden ayrılma, şehir veya okul değişiklikleri, yoksulluk, doğal felaketler, bir yakının kaybı, sınıf tekrarı, ebeveynlerin boşanması benzeri risk içeren durumlarla yüzleşen birey, ciddi anlamda sarsılmamışsa, psikolojik açıdan sağlam bir kişi olduğu öne sürülebilir. Birey, olumsuz hayat şartlarına maruz kalmamışsa uyumlu ve normal şeklinde tanımlanabilmekte, fakat risk koşulları mevcut olmadığından psikolojik sağlamlıktan bahsedilememektedir (Masten ve Reed, 2002).

Risk faktörlerinin ağırlığı ve sayısı sağlamlık tanımları bakımından bilgilendirici özelliktedir. Sağlamlık, bütün bireyler için içinde bulundukları durumun stres seviyesi ile ilgili olarak biçimlenmektedir (Kaplan, 1999). Kişi hayatı boyunca değişik seviyelerde olumsuz hayat şartları ile yüzleşmek durumunda kalmakta ve bu şartlar psikolojik bakımdan sağlıklı bir hayat devam ettirmesinde risk faktörleri şeklinde etkili olmaktadır. Risk faktörleri doğal afetler, ebeveynlerin ayrılması, istismar, ihmal, taciz, genetik faktörler, ebeveynlerdeki psikolojik problemler veya hastalıklar ve fakirlik şeklinde ifade edilebilir (Kararımak, 2007). Zorluk seviyeleri birbirinden çok değişik durumdaki söz konusu koşulların, bireyleri etkileme düzeyleri de bireysel farklılıklar sebebiyle aynı değildir. Bununla birlikte stresörlerin etki biçimi de önem arz etmektedir. Bireyin

yüzleşmek durumunda kaldığı herhangi bir travmatik olayın, yalnız başına negatif bir etkiye yol açması beklenmemekle birlikte stresörlerin artarak, yayılmış ve devamlı olmaları, riski faktörünü beslemekte ve negatif neticelerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır (Goldstein ve Brooks, 2005).

Araştırmacılar psikolojik sağlamlıkla alakalı olarak gerçekleştirilen ilk çalışmalarda, riski ifade ederken tek bir risk faktörü üzerinde durmuşlardır. Müteakiben gerçekleştirilen araştırmalar, risk faktörlerinin eş zamanlı olarak ortaya çıkabileceğini ve zamanla birikebileceğini göstermiştir. Risk faktörleri aynı olmasa bile aynı negatif neticelere yol açabilmektedir. Söz konusu bulguların neticesi olarak birikmiş risk faktörlerine odaklanılmıştır (Masten ve Reed, 2002). Takip eden çalışmalar tamamıyla söz konusu etkilerin psikolojik sağlamlığı ne kadar ve ne şekilde etkilediği üzerinde yoğunlaşmıştır (Kararımak, 2006).

Risk faktörleri ile alakalı genel gözlemler müteakip maddelerde ifade edilmiştir (Coie ve ark., 1993):

- i. İşlev bozuklukları, karakteristik olarak yalnız bir risk faktörü ile değil, pek çok değişik risk faktörüyle bağlantılandırılmaktadır. Riske maruz kalma değişik biçimlerde ve çeşitli ortamlarda söz konusu olabilmektedir. Örnek vermek gerekirse, bireylerde, akran ya da sosyal ilişkilerde, okul deneyimlerinde, aile etkileşimlerinde ve ortamlarında risk faktörleri ile yüzleşilebilmektedir. Bireyin genel riski, çoğu zaman, çevresel risk faktörlerinin ve kişisel eğilimlerinin etkileşimi neticesinde oluşmaktadır.
- ii. Risk faktörlerinin bir kısmı bireydeki fonksiyon bozukluğunu yalnızca gelişimin spesifik bir dönemi için öngörürken, diğer bir kısmı ise hayat boyunca istikrarlı biçimde yetersizliğin sabit bir yordayıcısı durumundadır. Pek çok risk faktörü ile yüzleşmenin birikimli etkileri söz konusudur. Hastalığın ihtimali, yüzleşilen risk faktörlerinin miktarı ve süresi benzeri etkenler ile yükselebilmektedir.
- iii. Müşterek risk faktörleri, değişik türlerde yetersizliklere yol açabilmektedir, bunlar çoğu zaman genetik risk faktörleridir.
- iv. Risk altında olmanın etkileri, koruyucu faktörlere hizmet eden değişik sosyal ve bireysel özelliklerce azaltılabilir.

### 2.1.3. Psikolojik Sağlamlığı Koruyucu Faktörler

Koruyucu faktörler risklerin negatif etkileri karşısında tampon gibi davranan değişkenler şeklinde ifade edilmektedir (Durlak, 1998). Rutter (1990) tarafından, bir durum veya özelliğin koruyucu faktör şeklinde değerlendirilebilmesi maksadıyla risklerle bağlantılı olması gerektiği ifade edilmektedir. Alanyazın göz önüne alındığında, koruyucu faktörleri ortaya koyarken çoğunlukla iki metottan faydalandığı göze çarpmaktadır. Bunlardan birincisi değişken temelli istatistiksel metod, ikincisi ise birey temelli metottur. Birinci metod kapsamında koruyucu faktörlerin ortaya konmasında düzenleyici (moderatör) modeller, aracı (mediatör) ve regresyon analizlerinden faydalanılmaktadır. Birey temelli yaklaşımda ise benzer risk faktörleri altındaki kişilere ait nitelikler karşılaştırılmaktadır. Aynı risk altında bulunmalarına karşın gelişimini devam ettiren ya da olumlu uyum gösteren kişilerle, gelişim ödevlerini tamamlayamayan ve olumlu uyum sağlayamayan kişiler arasında farklılıklara yol açan değişkenler koruyucu faktör şeklinde değerlendirilmektedir (Masten ve Powell, 2003; Luthar, 2006).

İki şekilde de ortaya çıkan koruyucu faktörler işlevleri yönünden üç grupta tasniflenilmektedir. Bu tasniflemeye istinaden koruyucu faktörleri (Rutter, 1990);

- i. Risklerin etkisini ve kişilerin riske tabi olma ihtimalini azaltanlar,
- ii. Olumsuz yaşam olaylarını takiben gerçekleşebilecek zincir reaksiyonları azaltanlar,
- iii. Benlik yeterliği ve benlik saygısını destekleyenler şeklinde gruplandırılmaktadır.

Araştırmacıların bir kısmı koruyucu faktörleri işlevsel sınıflandırmadan değişik biçimde toplumsal, biyolojik, ailevi, çevresel ve kişisel şeklinde kategorize ederken (Durlak, 1998) diğer bir kısım araştırmacılar ise bireysel, durumsal ve bağlamsal şeklinde gruplandırmaktadır (Johnson ve Wiechelt, 2004).

Koruyucu faktörlerin dinamik yapısına vurgu yapan Wiechelt ve Johnson (2004) tarafından, aynı koruyucu faktörün bir bireye fayda sağlarken başka bir birey için herhangi bir faydasının olmayabileceği ileri sürülmektedir. Koruyucu faktörlerin işlevinin zamanla değişebileceği, aynı koruyucu faktörün bir durumda pozitif neticeler

ortaya çıkmasına yol açarken aynı birey için farklı bir durumda da pozitif neticeler ortaya çıkmasına yardım edebileceği öne sürülmektedir.

Psikolojik sağlamlıkla alakalı koruyucu faktörler Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick ve Sawyer (2003) tarafından gerçekleştirilen bir derleme çalışması kapsamında, dışsal ve içsel şeklinde ikiye ayrılmıştır. Pozitif benlik algısı, umut, mizah kapasitesi, benlik saygısı, öz yeterlik, etkili iletişim becerileri, zekâ, sağlıklı nörobiyolojik yapı, olumlu mizaç ve sağlıklı kişiler arası ilişkiler içsel koruyucu faktörler şeklinde ifade edilirken; olumlu sosyal destek, akran desteği, akademik destek, finansal kaynaklar, bakım, saygı, güvenli ilişkiler ve pozitif ebeveynlik ise dışsal koruyucu faktörler olarak belirtilmiştir.

Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, Martinussen ve Barlaug (2005) tarafından ortaya konan Yetişkinler için Psikolojik Sağlamlık Ölçeği kapsamında (Resilience Scale for Adults) birtakım kişilik niteliklerinin psikolojik sağlamlıkla pozitif doğrultulu anlamlı ilişkisinin bulunduğu neticesi elde edilmiştir. Sorumluluk ve duygusal istikrarın (nevrotizmin mevcut olmaması) ölçekte ifade edilen kişisel güçlü alanlarla anlamlı yönde pozitif bir ilişkisi vardır. Söz konusu ölçeğin yumuşak başlılık ve dışa dönüklük kişilik özellikleri ile sosyal yeterlik alt ölçeği arasında kuvvetli ilişkilerinin bulunduğu neticesi elde edilmiştir. Araştırma neticesinde psikolojik sağlamlıkla pozitif kişisel özellikler olarak görülen sorumluluk, yumuşak başlılık, iyimserlik ve dışa dönüklüğün anlamlı seviyede ilişkili olduğu, negatif kişilik özelliği olarak görülen nevrotikliğin ise anlamlı yönde negatif ilişkili olduğu kanısına varılmıştır.

Psikolojik sağlamlık araştırmalarında değerlendirmeye alınan değişkenlerden bir tanesi de zekâdır. Alanyazında psikolojik sağlamlıkla zekânın pozitif yönde anlamlı ilişkisinin bulunduğunu gösteren çalışmalarla (Jaffee ve ark., 2007; Radke-Yarrow ve Brown, 1993; Kandel vd., 1988) birlikte, psikolojik sağlamlıkla zekânın bazı bölümleri arasında negatif yönlü ilişkilerin bulunduğunu (Friborg vd., 2005) ileri süren çalışmalar da bulunmaktadır.

Friborg ve arkadaşlarının (2005) gerçekleştirdiği araştırma neticesinde psikolojik sağlamlıkla zekânın bir takım boyutlarının pozitif yönde ilişkisinin bulunduğu, bazı boyutlarıyla ise umulanın tersine negatif ilişkilerinin bulunduğu ortaya konmuştur.

Sosyal zekâ ile psikolojik sağamlık anlamlı seviyede ilişkiliyken, psikolojik sağamlıkla bilişsel zekânın hafif seviyede negatif ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Vaillant ve Davis (2000) ile Werner (1993) tarafından, psikolojik anlamda sağlam bireylerin IQ puanlarının, normal olarak görülen sınırın üzerinde olmalarının mecburi olmadığı ve psikolojik sağamlık bakımından esas önemli durumdaki niteliğin etkili şekilde uyum gösterme yeteneği olduğu ifade edilmiştir. Ulaşılan bu neticenin psikolojik sağamlığın yordayıcısı şeklinde kullanılan zekâ testinin nitelikleriyle bağlantılı olabileceği belirtilmektedir.

Schneider, Lyons ve Khazon, (2013) tarafından zekânın işlevi ile alakalı olarak gerçekleştirilen çalışmada da, duygusal zekânın psikojik ve fiziksel tepkileri kolaylaştırdığı belirtilmektedir.

#### **2.1.4. Psikolojik Sağamlık ve Olumlu Sonuçlar**

Psikolojik sağamlık olgusunu incelerken risk faktörünü tek başına incelemek yeterli değildir. Ele alınan sosyal ve akademik alanlardaki yeterlilik benzeri olumlu neticelerin belirlenmesine de ihtiyaç vardır.

Risk faktörlerine karşı bireylerin faydalandıkları koruyucu faktörler değişkenlik arz edebilir, yani faktörlerin tamamı aynı şekilde etkili olmayabilir. Bireyin sahip olduğu veya olacağı pozitif neticeler önem arz etmektedir. Ortaya çıkan sosyal ve akademik yeterlilik benzeri pozitif neticelerin belirlenmesi yoluna gidilmiştir. Kendi ile barışık olmak, iyiliksever olmak, psikolojik rahatsızlığın bulunmaması, arkadaşları tarafından kabul edilmek veya yakın arkadaşlık, kurallara uymak, ders dışı faaliyetler, sportif faaliyetler, okula devam etme durumu, travmaların neredeyse olmaması, psikolojik anlamda sağlam olmak, suçtan uzak durmak, sosyal ilişkilerde başarılar, akademik başarılar ve gelişim görevlerinin yerine getirilmesi başlıca pozitif neticeler olarak ifade edilebilir (Gürkan, 2006).

Pozitif netice, kişinin hayattan elde ettiği aldığı tatmini, yaşına uygun davranış şekillerini ve hayatındaki sosyal, akademik başarıları belirtir. Diğer taraftan da risk, suç davranışı, duygusal stres, akıl hastalığı içeren arzu edilmeyen davranışların ortaya çıkmaması şeklinde de ifade edilebilir (Reed ve Masten, 2002).

Psikolojik sağamlık konusunda gerçekleştirilen çalışmalar kapsamında odak noktası risk faktörlerinden koruyucu faktörlere kaymıştır. Sağamlık kavramı ile ilişkisel anlamlılığı mevcut olan koruyucu faktörlerin, kişinin psikolojik sağamlığına sebep olmak mecburiyeti bulunmadığı, literatürde üzerinde mutabakata varılamamış bir husustur. Koruyucu faktörler şeklinde adlandırılan değişkenlerin, bireyin toparlanma gücü sayesinde ortaya çıkan pozitif neticeler de olabileceği öne sürölmektedir (Coatsworth ve Masten, 1998).

Pozitif neticeler, kişinin sahip olduğu koruyucu faktörlerden faydalanarak risk faktörlerinin üstesinden gelmesi sayesinde edildiği davranışlardır. Söz konusu davranışlar, bireyin, akran ile etkili bir iletişim gerçekleştirmesi, topluma uyum sağlayabilmesi, sosyal yardım kuruluşlarına katılması, ruh sağlığı sorunlarının bulunmaması veya az yaşaması, insanlarla kurduğu pozitif sosyal ilişkiler, suça yönlendirecek her çeşit hal ve eylemden uzak kalması, gelişim görevlerini başarıyla tamamlaması ve akademik başarının olması şeklinde ifade edilebilir. Sonuç olarak, pozitif neticeler kişinin risk faktörlerin üstesinden gelebilmek maksadıyla kullandığı koruyucu faktörler sayesinde edildiği yeterliliklerdir (Recepoğlu ve Tömlü, 2013).

#### **2.1.5. Psikolojik Sağamlık Modelleri**

Sağamlık; ailevi, bireysel ve daha geniş kapsamlı bağlamsal yapıların değişik seviyeleri arasındaki etkileşimlerden oluşmaktadır. Dolayısıyla, psikolojik sağamlığın disiplinler arası bir yaklaşımdan faydalanılarak ve geniş bir bakış açısıyla ele alınması daha faydalı olacaktır (Card ve Barnett, 2015; Card, Little ve Bovaird, 2007). Söz konusu durum, sağamlığın sebep ve neticelerinin ailevi, bireysel ve diğer bağlamsal seviyelerde modellendirilmesi, ölçölmesi ve kavramsallaştırılması gerektiği manasına gelmektedir (Card ve Barnett, 2015). Diğer taraftan bireyde sağamlığın ne şekilde ortaya çıktığına dair perspektif, değişik modeller arasında önemli ayrılıklar ihtiva etmektedir. Örnek vermek gerekirse, gelişimsel modeller, risk faktörlerine karşın sağamlığın ne şekilde ortaya çıktığı ile ilgilenirken (Masten, 2001), özellik (trait) tabanlı modellerin ilgi alanı, kişinin sağamlığının daha çok potansiyel travmatik bir yaşantının ardından TSSB semptomları benzeri, psikopatolojinin eksikliği hususunun araştırılarak incelenmesidir (Bonanno ve ark., 2006).



Lerner (2006), sağlamliğın karmaşıık bir sistem olmasından dolayı yalnızca spesifik boyutta (yalnızca bireysel düzlemde ya da yalnızca çevresel şartların etkileşimi neticesinde) meydana gelen bir nitelik olmadığını; tam aksine boyutlar arasındaki dinamik ilişkinin bir neticesi şeklinde meydana geldiğini öne sürmektedir. Sağlamlıktan, adaptasyon ve karşılıklılık olgularına atıfta bulunmak suretiyle bahsedilmekte ve sağlamliğın bu etkileşim neticesinde meydana geldiği ifade edilmektedir. Psikolojik sağlamlık konusunda geliştirilen veya ortaya konan modellerde değişik istisnalar veya değişik fikirler bulunmakla birlikte, meydan okuyucu, dengeleyici ve koruyucu modeller ön plandadır. Bahse konu modellerin tamamı sağlamlığa erişmenin değişik yöntemlerini açıklamaktadır.

Luthar ve Zigler (1991) mücadeleci/meşdan okuyucu model, kırılmalığa karşı koruyucu model ile riskin ve sağlamliğın dengeleyici modeli şeklinde üç farklı sağlamlık modeli bulunduğunu ifade etmişlerdir.

Koruyucu model, kaynakların veya varlıkların riskin etkisini azaltmaya veya hafifletmeye imkân sunduğu bir sağlamlık modelidir (Fergus ve Zimmerman, 2005). Değişik koruyucu faktörlerin adaptasyon düzeyini arttırmasıyla, stresörlere ilişkin etkinin düştüğu model dengeleyici model olarak belirtilmektedir (Masten ve Tellegen, 2012; Zigler ve Luthar, 1991). Dengeleyici model kişinin tecrübe ettiği olumsuzluklar çoğaldıkça, olumsuz netice riskinin arttığını göstermektedir. Bununla birlikte kişinin ne ölçüde çok koruyucu faktörü bulursa da, sağlamlık adına o kadar çok potansiyeli bulunmaktadır. Bunun nedeni bu sayede potansiyel risk unsurunu karşılamasının daha kolay olmasıdır. Dengeleyici model koruyucu faktörlerin risk faktörlerine karşı koyduğunu ve bir neticeye ilişkin koruyucu faktörlerin direkt etkisini göstermektedir (Fergus ve Zimmerman, 2005). Risk faktörleri ve koruyucu faktörler, birbirini dengelemek suretiyle sağlamliğın gerçekteşmesini daha kolay hale getirmektedirler.

Schoon (2006) tarafından, sağlamliğın meydan okuma, koruyucu ve birikimsel şeklinde üç modeli olduğu öne sürülmüştür. Birikimsel modelde, sağlamliğı yordayan faktörlerin risk düzeyi göz önünde bulundurulmaksızın temel etkileme kapasitesinin bulunduğu ve sağlamlığa ilişkin olarak olumlu etkilerinin var olduğu ifade edilmekte, orta seviyedeki stresin sağlamliğın gelişimine olanak sunması nedeniyle sağlamlığa yönelik olumlu etkileri bulunduğu kabul edilmektedir. Koruyucu model kapsamında, yordayıcı faktörlerin etkileşiminin sağlamliğın gerçekteşmesine yardım ettiği varsayılmaktadır.

Diğer bir ifadeyle, değişik risk faktörlerinin mevcudiyeti esnasında belirli faktörler koruyucu olurlar. Riskin mevcudiyeti, söz konusu faktörlerin koruyucu duruma gelebilmesinin ön şartı şeklinde görülmektedir. Schoon (2006) tarafından geliştirilen model kapsamında, risk faktörleri ile sağlamlık faktörlerinin ters yönlü çizgisel bir ilişkisinin bulunduğu kabul edilmektedir.

Fergus ve Zimmerman (2005) meydan okuyucu (challenge), koruyucu (protective) ve telafi edici (compensatory) şeklinde üç tip sağlamlık modeli bulunduğunu ifade etmiştir. Bahse konu modellerin temel öngörüsü, içsel pozitif faktörlerin, kişi için harici kaynaklar vasıtasıyla sağlamlığı gerçekleştiren teşvik edici faktörler ile risklerin mevcudiyetidir. Telafi edici modellerde, cesaretlendirici faktörün mevcudiyetinin bir risk faktörünün tersine ne şekilde meydana geldiği ya da işlev gördüğü ifade edilmektedir. Koruyucu faktör modellerinde değişik kaynakların veya niteliklerin bir riskin negatif neticelerine ilişkin etkilerini ne şekilde azalttığı ifade edilmektedir. Meydan okuyucu modellerde ise, orta seviyedeki risklerin daha düşük düzeyde olumsuz neticelerle veya daha çok olumlu neticelerle bağlantılı olduğu ifade edilmektedir. Riske tabi olma, bir tepkiyi teşvik edecek derecede güç, fakat söz konusu tepkiyi önleyecek derecede de yıkıcı özellikte olmamalıdır. Meydan okuma modeline ilişkin öncelikli özellik, ılımlı seviyede riske tabi olmanın bir çeşit güçlükleri bertaraf etmeyi öğrenme olanağı oluşturmaktır. Meydan okuma modeli gelişimsel bir bakış açısı ile ele alındığında, ilerleyen dönemlerdeki önemli risklerin üstesinden gelmek adına bir aşılama modeli şeklinde de ele alınabilir (Rutter, 2006).

Alanyazında hakkında en fazla çalışma gerçekleştirilen modelin Risk-Koruma Modeli olduğu kabul edilmektedir (Zimmerman ve Arunkumar, 1994). Söz konusu model Masten (2001) tarafından “çarpımlı model” (Multiplicative Model) veya “aracı model” (Moderation Model) şeklinde isimlendirmektedir. Bu model kapsamında risk faktörlerinin etkisi koruyucu faktörlerce güçsüzleştirilecek veya azaltıcı bir tampon etkisi meydana getirilerek risk faktörleri ile etkileşim gerçekleştirilecektir (Masten, 2001). Diğer bir ifadeyle, risk faktörünün etkisi koruyucu bir faktörle etkileşimi neticesinde hafiflemektedir. Çelikleşme veya aşılama modeli adıyla da bilinen meydan okuma modeli, negatif neticelerin azaltılmasını, hiç risk altında kalmamaktansa orta seviyede bir risk altında bulunmanın sağlamlık bakımından daha yararlı olduğunu ileri sürmektedir (Masten, 2001). Bahse konu modellerin birbirini dışlamadığını göz önünde bulundurmak

önem arz etmektedir (Masten, 2001). Bir neticeyi öngörmeye koruyucu bir faktör, risk faktörüne ilişkin etkiyi dengelerken, aynı koruyucu faktör, farklı bir risk faktörüyle etkileşim gerçekleştirerek değişik bir etki veya neticeyi ortaya çıkarabilir. Dolayısıyla, belirli alanlardaki koruyucu faktörler ve risklerin değişik etkilerinin bulunabileceğini dikkate almak oldukça önem arz eden bir konudur.

Kumpfer (1999)'in geliştirdiği “Sağlamlık Modeli”, psiko-sosyal neticelerin durumsal, çevresel ve bireysel etkenlerin etkileşiminden ne şekilde meydana geldiğini ortaya koymaktadır. Model kapsamında sağlamlık süreci, kişinin stresli olarak kabul ettiği ve dengesini muhafaza edemediği bir takım aksi durumlar ile eyleme geçmektedir. Dengesizlikten kaynaklanan aşırı stres, stresörün tehdit olarak yorumlanmasına, bireyin bilişsel değerlendirmesine ve algılamasına bağlıdır. Koruyucu faktörlerden etkili biçimde faydalanılmasıyla risk faktörlerine başarılı biçimde ayak uydurma ve muhtemelen de sağlamlık gerçekleşir. Sağlamlık modelinde, bireysel farklılıkları ve çevresel değişkenleri sınıflandırmak maksadıyla koruyucu faktörler ve risk kavramlarından faydalanılır. Risk faktörleri, kuvvetli olmayan uyum ihtimalini yükselten kırılgan sac ayakları şeklinde kabul edilirken, koruyucu faktörler ise yetersiz seviyedeki uyum neticesinin gerçekleşme ihtimalini azaltan vazgeçilmezlerdir (Kumpfer, 1999).

Sağlamlık Psikoanalitik teori kapsamında ise, kişinin ego kontrol seviyesini çevresel stres faktörlerine tepki şeklinde değiştiren dinamik bir kabiliyet biçiminde değerlendirilmektedir. Sağlamlık kalıcı bir özellik veya süreklilik şeklinde ele alındığında, bir uçta değişik problem çözme stratejilerinin kullanımı, sağlamlık ve yeterlilik, diğer uçta ise tam aksine stres ya da değişim ile yüzleşildiğinde zorlu deneyimlerle ve düzensizlikle başa çıkamama, stresli durumlara tepki gösterme yetersizliği ve sağlamlığın eksikliği bulunmaktadır (Block ve Block, 1980: akt. Kumpfer, 1999).

Richardson ve Waite (2002)'in geliştirdiği sağlamlık modeli kapsamında, kişi hayatının bir döneminde bazı olumsuz durumlar yaşarsa, bahse konu kişinin yaşam alanlarında çok veya az bir çeşit aksaklık veya kesinti gerçekleşebilir. Kişi bunun üstesinden gelme safhasında dört olası netice ile karşı karşıya kalır. Evvela, yeniden dengeyi elde edebilir ve konfor bölgesine tekrar kavuşabilir. Yani, kişi durumu deneyimlemeden önceki seviyesine tekrar dönebilir ve bahse konu durumdan herhangi bir yetki, güç, bilgi ya da beceri elde etmeden çıkabilir. İkinci olarak, kişi bozulmayı

sağlamlıkla tekrar bütünleştirebilir. İlerleyen dönemlerde gerçekleşmesi olası yaşam güçlükleri ile mücadele adına bahse konu sıkıntılı halden kabiliyetlerini çoğaltarak ve üstesinden gelme süreciyle beraber bir takım bilgi, beceri ve güçlü yönlerle veya farklı becerilerle çıkabilir. Üçüncü ve son olarak, kişi oluşan kaybı karşılayabilir. Söz konusu olayı deneyimlemenin ardından, sosyal ilişkilerden çekilme ve benlik saygısında bir azalmayla beraber koruyucu yetenekleri ya da nitelikleri azalabilir. Nihai olarak ise, kişi intihar teşebbüsü, alkolik olma benzeri işlevsiz bazı stratejiler belirleyebilir (Ungar, 2008).

Sağlamlık, olumsuzluklardan kaynaklanan etkiyi dengelemek maksadıyla ulaşılabilir kaynaklardan faydalanılan doğal bir süreç şeklinde değerlendirilmektedir (Masten, 2001). Bu perspektif katkı ve etkileşimli modellerden faydalanılarak ifade edilmektedir. Katkı modeli kapsamında, riskin etkilerinin koruyucu faktörler tarafından telafi edildiği kabul edilmektedir. Örnek vermek gerekirse, yüksek benlik saygısının, çocukluk çağlarında sıkıntılarla yüzleşen genç bireylerin davranış problemlerinin asgariye indirilmesi ile bağlantısının bulunduğu saptanmıştır (Horwood ve Fergusson, 2003). Sağlamlıkla alakalı faktörleri koruyucu ve meydan okuyucu şeklinde iki genel kategoride inceleyen Eminağaoğlu (2006), telafi edici modelden daha az söz edildiğinin altını çizmektedir.

Eminağaoğlu (2006) telafi edici faktörlerin riskle yüzleşmeyi en başında nötr duruma getiren bireyle ve çevre ile alakalı yönleri belirttiğini ileri sürmektedir. Meydan okuyucu faktörler, bireyin idare edebileceği düzeydeki risklerin bireyin uyumsal kapasitesinin yükselmesine katkıda bulunmaktadır. Koruyucu faktörler ise negatif neticelerin meydana gelme olasılığını azaltma doğrultusunda risk faktörleri ile etkileşim gerçekleştirmektedir.

Masten ve Coatsworth (1998) strese karşı koruyucu faktörlerin bir katalizör veya arabulucu şeklinde işlev görmelerinden dolayı bahse konu faktörlerin etkilerini mekanizmalar veya koruyucu süreçler şeklinde isimlendirmektedir. Bu bakımdan sağlamlığın geliştirilmesinde koruyucu faktörlerin anlaşılması bilhassa önem arz etmektedir. Bahse konu modeller doğrultusunda, sağlamlık ve sağlamlıkla alakalı faktörlerin bağlam, durum ve zaman bakımından farklılık arz edebileceği ifade edilmektedir (Eminağaoğlu, 2006).

Sağlamlık, gün geçtikçe kültürel ve ekolojik faktörleri de içerecek biçimde geniş bir bakış açısıyla değerlendirilmeye başlanmıştır (Ungar ve Liebenberg, 2005; Ungar ve Lerner, 2008). Bahse konu bakış açısı genişlemesi sağlamlığın kültürel, sosyal, davranışsal ve zihinsel içeriklerle beraber çok yönlü ve karmaşık adaptasyon süreci şeklinde algılanmasına önemli katkı sağlamaktadır. Sağlamlık perspektifinden, çevre-birey etkileşimine oldukça çok vurgu yapıldığı gözlenmektedir. Bu bakış açısı ile değerlendirildiğinde adaptasyon, kişinin çevresinden ve kendisinden kaynaklı streslerle başarılı biçimde mücadele etmesi ve gelişimini sürdürmesi şeklinde ele alınmaktadır (Masten, 2009; Luthar ve Brown, 2007; Rutter, 2006).

Rutter (2006) tarafından, sağlamlığın başa çıkma mekanizmalarının, kişisel gündem ve zihinsel şemalara odaklandığı ifade edilmektedir. Diğer bir ifadeyle, harici risklere yoğunlaşmak, bu harici risklerin kişi tarafından ne şekilde ele alındığına istinaden biçimlenmektedir. Bu bakımdan, sağlamlık daha ziyade uzun dönemde olumlu gelişim neticelerine neden olan koruyucu faktörlerle çoklu risk durumunu ihtiva eden dinamik safhalarla bağlantılıdır (Rutter, 2006). Gerçekleştirilen bir takım çalışmalar, en yüksek düzeyde travmatize olmuş çocukların dahi çevrelerinin dengeli, kendilerinin de psikolojik ve fiziksel büyümeyi optimize edecek yeterlilikte olmaları durumunda, sağlamlık sergilediklerini ve daha hızlı toparlandıklarını göstermektedir (Bonanno, ve ark., 2011).

Luthar ve diğerleri (2000) tarafından gerçekleştirilen çalışma kapsamında, yapısal, ekolojik ve koruyucu örgütsel şeklinde üç farklı sağlamlık modeli ortaya konmuştur. Koruyucu model doğrultusunda, sağlamlığı yordayan bireysel, ailevi ve toplumsal eksenlerdeki geniş bir sahaya yoğunlaşılmıştır. Ekolojik model kapsamında, kişiye yakınlıklarına göre zamanla etkileşim gerçekleştiren iç içe eksenlerdeki faktörlere yoğunlaşılmaktadır (Luthar vd., 2000). Örgütsel-yapısal sağlamlık modeli kapsamında ise geçmiş ve halihazır etkilerin üzerinde durulmakla beraber belirleyici ve esas dikkat bireyin tercihleri ve benlik yapısı üzerine yoğunlaşmaktadır.

Bir çok araştırmacı, sağlamlığın dinamik yapıları bir gelişim safhasının bileşeni olduğunu ve söz konusu safhanın Bronfenbrenner'in geliştirmiş olduğu biyoeekolojik çerçeve ile en doğru şekilde anlaşılabilirliğini savunmaktadır (Ungar, 2008). Biyoeekolojik gelişim modeli (Bronfenbrenner, 1979, 2005) kişinin müdahil olduğu durumdan etkilendiği düzeyde bu duruma da etki etme gücünün bulunduğu kabulüne dayanmaktadır. Bu model kapsamında, kişinin değişen sosyal çevreye ayak

uydurabilmesi ve potansiyelini gerçek anlamda harekete geçirebilmesi maksadıyla kişi ve yakın çevresi arasında devamlı bir mütakabil etkileşim bahis mevzusu (Bronfenbrenner ve Ceci, 2005). Söz konusu etkileşimin gerçekleşmesi doğrultusunda yeterli ve uygun koşulların mevcut olmadığı durumlarda, kişinin potansiyelini tam olarak gerçekleştirmesi kolay değildir. Bahse konu model hem toplum hem de birey açısından önem arz etmektedir. Çünkü bütün bireylerin belli bir potansiyelinin bulunduğunu ve bu potansiyelin yalnızca birey ve yakın çevresinin etkileşimini kuvvetlendiren olumlu ortamlar söz konusu olduğunda gerçekleşebileceğini ima etmektedir.

Bronfenbrenner (1979) tarafından ortaya konan biyo-ekolojik model kapsamında, gelişim iç içe geçmiş katmanların etkileşimleri aracılığıyla ifade edilmektedir. Bu kapsamda mikro sistem şeklinde de isimlendirilen ve merkezde bulunan sistem bireyin yakın çevresi, işi, akran grubu, komşuları, öğretmenleri, okulu ve ailesini belirtmektedir. Bu çevrelerin tamamı değişik bir mikro sistemin bileşenleridir. Diğer bir ifadeyle mikro sistemler, akraba, iş yeri, arkadaş, okul ve aile benzeri değişik mikro sistemleri ifade etmektedir. Mikro sistem ile olan ilişkisi, kişinin en etkili ve kalıcı ilişkisi durumundadır. Mikro sistemde kişinin tesis ettiği bütün yakın ilişkilerin kendisinin gelişimi doğrultusunda önemli ve bariz etkileri vardır. Değişik mikro sistemlerin karşılıklı ilişki ve etkileşimleri mezo sistem şeklinde isimlendirilen ikinci seviyeyi meydana getirmektedir. Bu noktada kişinin aktif biçimde katılım gösterdiği kültürel, dini gruplar, mahalle, sosyal ağlar benzeri yapılar bulunmaktadır. Bireyin sağlamlığı ve gelişimi, ilişkisini devam ettirdiği değişik ortamlar veya mikro sistemlerin etkileşim ve bağlantı niteliğine ve düzeyine bağlıdır. Mezo sistemin bir uzantısı şeklinde görülen ekzo sistem ise bir diğer sistem olup, kişinin gelişiminde etkisi bulunan fakat kişinin yalnız başına önemli bir rolünün bulunmadığı bir sistemi belirtmektedir. Ekzo sistemin gelişime ilişkin olarak dolaylı ancak pozitif veya negatif etkileri bulunmaktadır. İşsizlikle birlikte çocuk bakım hizmetlerinin desteklenmesi, sosyal destek mekanizmalarının yokluğu veya varlığı, esnek olmayan çalışma koşulları ve uzun çalışma saatleri ile ücretlerin düşüklüğü benzeri bir çok etkenin gelişime ilişkin olarak dolaylı etkileri vardır. Bronfenbrenner (1979, 2005)'in makro sistem şeklinde belirttiği ve en dışta bulunan sistemde ise daha kapsamlı ideolojik ve kültürel ortam bulunmaktadır. Kişiyle alakalı medya, istihdam, kültür, sağlık ve eğitim benzeri konularda belirlenen politikalar, ülkenin kültürel siyasal ve ekonomik durumu, yaşam biçimleri, toplumdaki hâkim değer yargıları ve kültürün etkisi benzeri bir çok faktör mezo ve mikro sistemlerin özelliklerine etki etmektedir. Son

sistem olan kapsayıcı nitelikteki krono sistem, kişinin yaşamını sürdürdüğü çevredeki zaman bağlamındaki değişimlerin kişinin gelişimine ne seviyede etki ettiğini belirtmektedir. Zamanla gerçekleşen bu değişimlerin bir kısmı normatif (yaşlanma, çocuk sahibi olma, evlenme benzeri), bir kısmı da normatif değildir (günlük sıkıntılar, yakınların kaybı, işsizlik, boşanma benzeri). Kişinin sağlamlığının zamanla artması da krono sistemin önem arz eden bir etkisidir.

Biyo-ekolojik model kapsamında, araştırmacıların yalnızca bir sistemden ziyade insanın gelişimine etki eden sistemlerin ilişkisine odaklanmalarının önemi vurgulanmaktadır. Bahse konu yaklaşım, bir kriz halinde toplum veya bireyin kendi destek kaynaklarına ulaşabilme kabiliyetlerinin krono, makro, ekzo, mezo ve mikro sistem şeklinde isimlendirilen yapısal katmanlarca çevrelendiğini göstermektedir. Ungar (2008) da aynı şekilde, sağlamlığın eko-sistemik bir yaklaşım kullanılarak kavramsallaştırılmasına ihtiyaç bulunduğunu ifade etmektedir. Söz konusu yaklaşım, bireysel sağlamlığa ciddi etkileri bulunan harici etkilere yoğunlaşarak, daha kapamlı toplumsal ve kültürel etmenler içerisindeki aile ve birey sistemlerinin tanınmasına yardımcı olmaktadır (Lerner, 2006).

Diğer taraftan sağlamlığı anlayabilme doğrultusunda, sağlamlık sürecinin neticesine yoğunlaşmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu da kişinin, toplumun ve ailesinin pozitif arayışını sürdürebilme becerisi dikkate alınarak bulunur (Ungar, 2005). Bütün bireyler kendi içinde, mahallesinde, ailesinde ve daha geniş bir toplulukta yaşamını sürdürmekte ve bu çevrede değişik kaynaklara erişebilmektedir. Bununla birlikte, değişik sistemlerin bağlantısının ve devamlı etkileşiminin mevcudiyeti, kişilerin kriz durumlarıyla yapıcı biçimde mücadele edebilmelerine imkân sağlamaktadır. Bu doğrultuda alanyazında sağlamlıkta sosyal, ailevi ve bireysel koruyucu faktörlerin önem arz ettiği gözlenmiştir (Olsson ve ark., 2003). Dolayısıyla sağlamlığı bir neticeden ziyade bir süreç şeklinde değerlendirmek daha uygun bir hal tarzıdır (Ungar, 2008).

İş kayıplarının veya yoksul bir çevrede bulunmanın ebeveyn güvencesi üzerinde negatif bir etkisi vardır. Bahse konu durumun anne babaların çocuklarıyla besleyici ilişkiler sürdürmelerinde negatif etkilerinin bulunduğu saptanmıştır (Klebanov, Brooks-Gun ve Duncan, 1994). Diğer taraftan çiftlerin evliliklerinden karşılıklı şekilde mutlu olmaları ve ellerindeki desteklerin özelliği, söz konusu ekonomik dezavantajın çocuklara ve ebeveynlere etkisini hafifletebilir (Voydanoff ve Donnelly, 1998). Anlaşıldığı üzere,

ekolojik perspektif, girift durumdaki sistemlerin mütakabil etkileşimlerinin, insan motivasyonunu ve davranışını anlamada ne denli önem arz ettiğini açıklamaktadır.

#### **2.1.6. Psikolojik Sağlamlık Düzeyi Yüksek Bireylerin Özellikleri**

Psikolojik sağlamlıkla alakalı çok önemli çalışmalar gerçekleştiren Werner (2005), bu çalışmalar kapsamında Kauai adasında dünyaya gelen 698 çocuğu doğumdan itibaren orta yaşa dek gözlemlemiştir. Sosyal hizmet çalışanları, pediatristler, ruh sağlığı çalışanları benzeri meslek alanlarındaki bireylerden teşkil edilen grup, çocukları belirli yaş aralıklarında takip etmişlerdir. Değişik psikososyal, biyolojik risk faktörleri, koruyucu faktörler ve zorlu hayat olayları araştırılmıştır. Psikolojik sağlamlıkla alakalı koruyucu ve risk faktörleri ele alınmıştır. Psikolojik sağlamlığı olan çocukların bebeklik dönemlerinde bile bakım verenlere pozitif yanıtlar verdikleri saptanmış, bu çocukların sosyal, duyarlı, arkadaş canlısı ve neşeli oldukları gözlenmiştir. Motor ve dil becerilerinde, kendi kendilerine yardım hususunda problem geliştiren akranlarına kıyasla daha iyi durumda oldukları saptanmıştır. Psikolojik sağlamlık konusunda, bir büyükle tesis edilen duygusal bağın ve sosyal desteğin de önem arz ettiği ifade edilebilir. Psikolojik sağlamlığı bulunan bireylerin yardıma gereksinim duyanlara yardım etmeye meyilli oldukları belirlenmiştir.

Psikolojik sağlamlığı olan kişilerin özellikleri Werner (1995) tarafından şu şekilde ifade edilmiştir: Problem çözme kabiliyetleri ileri düzeydedir. İyi bir iletişim tesis etme özellikleri vardır. Değerli görülen yetenek ve hobileri vardır. Faaliyetlerinin hayatlarında bir fark oluşturabileceğini düşünürler. Psikolojik sağlamlığı olan çocukların büyük kısmı hayatın ilk yılında bakım verenle yakın bir bağ oluştururlar ve aile haricinde çok fazla duygusal destek elde ederler. Pozitif mizaç özellikleri vardır (Werner, 1984)

#### **2.2. Engellilik ve Bakıcı Yükü Kavramları**

Engelli, doğuştan veya ilerleyen dönemde herhangi bir sebeple sosyal, duygusal, ruhsal, zihinsel ve bedensel kabiliyetlerini farklı düzeylerde yitirmesi sebebiyle, toplumsal hayata ayak uydurma ve günlük gereksinimlerini gidermede zorluk yaşayan ve destek, danışmanlık, rehabilitasyon, bakım ve korunma hizmetlerine gereksinimi olan birey şeklinde ifade edilmektedir (Öztürk ve Serenli, 2011). Bu tanımda da belirtildiği gibi engelli kişilerin özel bir bakım gereksinimleri vardır. Fakat, bakım verme, hem hasta hem de bakımı sunan için son derece sıkıntılı ve zor bir dönemdir (Taşdelen, 2012).



Bakım vermenin zorlukları ile birlikte, bakım veren tarafından ödül şeklinde de görülebilmesi ihtimal dahilindedir. Karşılık beklenmeyen bir fedakarlık sonucunda sevgi ve samimiyyetin çoğalması, bakım verme tecrübesi sayesinde anlam kazanma, diğer bireylerden sosyal destek alma, evrensel bir maneviyat, doyum sağlama, yakın ilişkilerin gelişmesi ve kişisel gelişim olabilir (Dağ ve Bilal, 2005). Bakım veren bireylerde fiziksel güçlükler, bakım verme sebebiyle hazımsızlık, baş ağrısı, düzensiz yemek yeme, iştahta değişim benzeri somatik şikayetleri meydana getirmektedir. Bunlarla birlikte bakım veren kişinin kendi bakımına gerekli zamana sahip olamaması sebebiyle sağlığında bozulma, giyim-kuşamda dağınıklık, konsantrasyon zorluğu, kas ağrısı, uyku düzensizliği, vücut ağırlığında artış veya azalma ve kronik yorgunluk gözlenmektedir. Bu bağlamda bu çalışmanın konusu ile ilişkili olarak çalışmanın bu kısmında bakım verme yükü ve engelli bireye sahip ailelerin bakım yükü açıklanacaktır.

### **2.2.1. Engellilik Kavramı**

Engel-özür; engellinin hayatı süresince cinsiyet, yaş, kültürel ve sosyal faktörlerle ilişkili olarak toplumda gerçekleştirmesi beklenen rolleri, yetersizlik nedeniyle gerçekleştirememesi durumu şeklinde belirtilen bir dönemdir (Ulutaşdemir 2007). İnsanın varoluşuyla birlikte engellilik hali de meydana gelmiştir. Uygarlıkların tarihin en eski dönemlerinden günümüze dek olan engelli bireylere ilişkin düşünce ve davranışları, engellilerin birinci derecede gereksinimi durumundaki eğitim ve sağlık hizmetlerinden yararlanmalarına önemli şekilde etki etmiştir. Uygarlıkların engelli bireylere ilişkin yaklaşımında tarihsel gelişim süreci boyunca farklılıklar ortaya çıktığı görülmektedir. Engelli kişiler için oluşturulan uygulama, tutum ve davranışların kültürel, teknolojik ve bilimsel gelişmeler doğrultusunda olumlu yönde değişim gösterdiği görülmektedir (Öztürk ve Serenli, 2011).

Engelli kavramı BM Genel Kurulu tarafından imzalana Sakat Kişilerin Hakları Bildirgesi kapsamında, normal bir bireyin kişisel ya da sosyal yaşantısında kendi kendisine gerçekleştirmesi beklenen işleri ruhsal veya bedensel becerilerindeki doğuştan olmayan veya kalıtsal bir noksanlık nedeniyle yapamayanlar şeklinde ifade edilmektedir.

Engelliliğin tanımı BM'in imza altına aldığı Engellilerin Haklarına Dair Sözleşmenin birinci maddesi kapsamında, öteki bireylerle eşit şartlarda topluma tam ve

etkin biçimde katılımlarına mani olan uzun süreli algısal, düşünsel, zihinsel veya fiziksel bozukluğu olan bireyleri kapsamaktadır (Akdağ ve ark 2011).

Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) engelliliği daha değişik bir perspektifle ele almaktadır. ILO özürlülüğü (disability) “sağlık alanında sakatlık”, bir noksanlık neticesinde gerçekleşen ve normal kabul edilen bir insana kıyasla bir işi gerçekleştirme kabiliyetinin yitirilmesi ve sınırlanması durumu, yetersizliği (impairment) sağlık yönünden “yetersizlik” fiziksel, psikolojik veya anatomik yapı ve fonksiyonlardaki bir eksiklik ya da dengesizlik durumu, maluliyet engelliliği (handicap) ise “sağlık alanında “maluliyet” bir eksiklik ya da sakatlık neticesinde, belirli bir bireyde görülen ve o bireyin cinsiyet, yaş, kültürel ve sosyal durumuna istinaden normal görülebilecek faaliyette bulunma kabiliyetine mani olan ve sınırlandıran dezavantajlı bir durumu olarak yorumlamıştır (Öztürk ve Serenli, 2011).

### **2.2.2. Engel Türleri**

Engelli olma durumu, kaynağına ve sebeplerine istinaden farklı şekillerde sınıflandırılmaktadır. Engellilik durumunun nedenleri incelendiğinde, bu nedenlerin büyük bir kısmının önlenabilir veya kaçınılabilir durumlar olduğu göze çarpmaktadır. Engelliliğin nedenleri ile alakalı kategorizasyon literatürde genel olarak doğum sonrası, doğum anına ait ve doğum öncesi gerçekleşen nedenler şeklinde yapılmaktadır.

Engellilik ortaya çıkma biçimine göre sınıflandırıldığında, doğum öncesine bağlı şekilde meydana gelen engellilik sebepleri annenin madde ve alkol bağımlısı olması veya iyi beslenmemesi, ışın tedavisi, ilaç emilimi, hastalıklar, hamilelik esnasında annenin yüzleştiği psikososyal incinmeler, akraba evliliği ve bazı genetik faktörler şeklinde ifade edilebilir (Aykara 2009). Doğum esnasında ve sonrasında meydana gelen engellilik halinin nedenleri irdelendiğinde ise, yanlış tedavi yöntemleri, psikososyal incinmeler ile yetersiz ve iyi olmayan koşullarda gerçekleştirilen doğumlar ilk akla gelen nedenlerdendir. Doğum gerçekleştirilmeyi müteakip yüzleşilen engelli olma nedenleri incelendiğinde ise, afet ve acil durumlar, endüstriyel kazalar, terör olayları, savaşlar, trafik kazaları ile ev ve iş kazaları neticesinde meydana gelen nedenlerin var olduğu görülmektedir (Öztürk ve Serenli, 2011).

### **2.2.2.1. Ortopedik Engelli**

Engellilik türlerinden biri olan fiziksel veya diğer bir ifadeyle ortopedik engellilik, kişinin vücut aktivitelerinde normal yaşına göre bir fonksiyon kaybı mevcut olması hali olarak belirtilmektedir. Ortopedik engel, diğer bir deyişle genetik faktörlerle birlikte doğum sırasında ya da bireyin ileriki yaşlarda dahil olduğu kazalar veya hastalıklar neticesinde merkezi sinir sisteminin zarar görmesi neticesinde meydana gelen durumları da ihtiva etmektedir (Oğultürk 2012).

Bahsedilen tanımlamalarla beraber ortopedik engel durumu, kişinin iskelet ve kas sisteminde yetersizlik, işlev kaybı, tam olmamak halini belirtmektedir. Kişinin omurga, parmak, bacak, ayak, kol ve elinde fazlalık, noksanlık, kısalık, olmama hali, hareket kaybı, serabral palsi, kas güçsüzlüğü, biçimsel bozukluk, spastikler, felçliler, sipina bidifa ve kemik hastalığı bulunan engelli kimseler ortopedik engel grubunda tasniflendirilmektedir (ÖZİDA 2004).

Ortopedik Engel ile alakalı ilk resmi tanım 1962'da yürürlüğe konan Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar Yönetmeliğinde bulunmaktadır. Özel Eğitime Muhtaç Çocuklar ile alakalı olarak hazırlanan yönetmelik kapsamında ortopedik engelli tanımı “mafsal ve kemiklerin yapı ve şeklinde engel olan, kas gücü koordinasyonu ve gelişiminde inhiraflar söz konusu olan bireyler” şeklinde yapılmaktadır.

Ortopedik engellilik terminolojide kısaca; değişik sebeplere bağlı olarak insan bedeninin iç ya da dış organlarında bozukluk, hastalık ortaya çıkması veya vücutta gerçekleşen her hangi bir eksiklik doğrultusunda bedensel faaliyet kapasitesinin tamamen ya da kısmi olarak kullanılamaması durumu şeklinde ifade edilmektedir (Seyyar 2007).

### **2.2.2.2. Görme Engelli**

Gerçekleştirilen bilimsel çalışmalarda görme engellilik; göz merceği rahatsızlığı şeklinde tanımlanan ve gözü oluşturan kas, doku ve sinirlerden herhangi birinde gerçekleşen soruna bağlı olarak meydana gelen engel çeşidi şeklinde ifade edilmektedir. Görme engelliler “hiç göremeyen” ve “görme kaybı yüksek” şeklinde iki grupta ele alınmaktadır. Bütün tedavilere karşın iki gözü ile görmesi 1/30 ile 1/10 arasında bulunan, bazı özel gereçlere gereksinim duymaksızın hayatını sürdüremeyen bireyler “az gören” şeklinde belirtilmektedir. Fakat dokunma ve işitme duyuları yardımıyla edindikleri

bilgiler doğrultusunda hayatını devam ettiren, bütün tedavilere rağmen görüş açısı 20° den ve iki gözüyle görmesi 1/10'dan düşük olan, görme yetisinden normal yaşamsal etkinliklerinde faydalanması olanağı olmayan olmayan kişiler ise “hiç göremeyen” şeklinde ifade edilmektedir (Erdoğan 2013).

Görme engelliliği konusunda genel kabul gören yasal tanıma istinaden görme açısı %20'lik açığı aşmayan ve görme gücünün 1/10'unu veya daha azını kullanabilen bireyler şeklinde belirtilmektedir. Başka bir tanım olan eğitsel tanım kapsamında ise büyüücü araçlardan faydalanarak okuyabilenler “ az gören”, engelli kişilerle alakalı kesinlikle kabartma alfabeye veya konuşan kitaplara gereksinim duyanlar ise “kör”, ifadesi ile belirtilmektedir (Aktürk 2012).

İki gözünde beraber ya da yalnızca bir gözünde kısmi ya da tam görme eksikliği olan bireyler görme engelli olarak adlandırılmaktadır. Görme kaybıyla beraber gece körlüğü (tavukkarası), renk körlüğü olanlar ve göz protezi kullananlar da bu grupta yer almaktadır (Aktürk 2012).

Görme engelli birey Resmi Gazete'nin 31.05.2006 tarih ve 26184 sayılı yayınında yer alan Özel Eğitim Hizmetleri Yönetmeliği kapsamında ise, görme gücünün tamamen veya kısmi olarak yitirilmesi nedeniyle destek eğitim hizmeti ve özel eğitime gereksinim duyan birey şeklinde ifade edilmektedir.

### **2.2.2.3. İşitme ve Konuşma Engelli**

İşitme engeli işitmenin gerçekleşmesi maksadıyla ihtiyaç duyulan işlevlerden birinin aksaması halinde ortaya çıkan işitme kaybı şeklinde ifade edilmektedir. Kişinin bir veya iki kulağında tamamen ya da kısmi olarak gerçekleşen işitme fonksiyonu yitirme durumu işitme engelli şeklinde kabul edilmektedir (Aktürk 2012).

Konuşma ve işitme engeli kendini anlatamama ya da ifadenin hızında, akıcılığında problemler yaşama ve ses bozukluğu mevcut olması halidir. Çene, dudak ve dil yapısında problemler olan bireyler, afazi, kekemeler, konuşmak için makineden yardım alanlar, gırtlaklı alınanlar ve kulağı duymasına rağmen kelimeleri söyleyemeyenler bu engel grubunda bulunmaktadır. İşitme engelliler “ağır işiten” ve “sağır” bireyler şeklinde iki gruba ayrılmaktadır. Ağır işiten kişiler normal yaşamsal faaliyetlerinde; ortak dinleme donanımları, görsel bilgiler veren cihazlar ve işitme

cihazları benzeri yardımcı mekanizmalara bağımlı olarak hayatını devam ettiren kişilerdir. Sağır kişiler ise, görsel bilgiler sağlayan donanımlara bağılı kişiler olup, işitme kayıpları gerçekleştirilen tedavilere rağmen 70 db'den daha yüksek olan, normal yaşamsal faaliyetlerini gerçekleştirirken işitme duyusundan faydalanamayan kimselerdir (Erdoğan 2013).

#### **2.2.2.4. Zihinsel Engelli**

Diğer bir engelli tipi olan zihinsel engellilik, dil kullanımı, öz bakım, sosyal ve akademik açıdan akran gruplarına kıyasla bariz şekilde gerilikleri söz konusu olan kişiler şeklinde ifade edilmektedir. Bu rahatsızlık için 2000'li yıllara dek yaygın biçimde kullanılan zekâ geriliği yerine, 2000'li yıllardan itibaren zihinsel engellilik kavramı kullanılmaya başlanmıştır (Çankaya 2013).

Zihinsel engelli kavramı, uyumsal davranışlarında yeterli olmayan ve zihinsel işlevleri akranlarına kıyasla geri olan bireyleri belirtmektedir. Bireyin zihinsel işlevlerinin ölçümü maksadıyla, değişik zekâ testleri yapılmakta, bunlar ışığında gerçekleştirilen değerlendirmelerde zekâ bölümü devamlı olarak 70'in altında çıkan bireyler zihinsel engelli grubunda değerlendirilmektedir. Gelişimsel geriliği bulunmayan insan zekâsı 100 olarak kabul edilmekte, zekâ testleri neticesinde zekâ bölümü 70–100 arasındakiler geç öğrenen bireyler, 70'in altındakiler ise zihinsel engelli bireyler şeklinde ifade edilmektedir (Tunç 2011).

Kişiye zihinsel engelli tanısının konabilmesi maksadıyla asgari üç şartın sağlanmasına ihtiyaç vardır. Amerikan Mental Yetersizlik Derneği (AAMR) tarafından ortaya konan ölçütlere göre, kişinin zihinsel engelli olarak belirlenebilmesi doğrultusunda ilk olarak zekâ düzeyinin 70 den düşük olması, ikinci olarak uyum sağlama konusunda bariz bir problemin bulunması, üçüncü ve nihai olarak ise söz konusu belirtilerin 18 yaşından daha önce gerçekleşmiş olması şartı aranmaktadır (Danış 2006).

AAMR tarafından, zihinsel engellilik tanımına istinaden, kişiye yapılan uygun yardımlarla yaşamsal fonksiyonlarında bariz ilerlemeler kaydedilmesi, özel birtakım uyumsal becerilerde meydana gelen sınırlılıkların genellenmemesi, uyum becerilerindeki kısıtlılığın kişinin yaşlılarının yer aldığı tipik çevre şartlarında geçerli olması, dil ve kültür farklılıkları kadar davranış ve iletişim özelliklerinin de göz önünde bulundurulması şeklinde dört varsayımın dikkate alınması gerektiği ifade edilmektedir (Cavkaytar 1998).

Zihinsel engellilik hali dört ayrı kategori altında incelenmektedir. Bunlar aşağıdaki maddelerde açıklanmıştır (Aktürk, 2012; Elmalı vd., 2013; Çankaya, 2013.).

- i. Bahse konu kategorilerden çok ağır zihinsel yetersizlik 20–25 puandan aşağısını, ağır zihinsel yetersizlik 20–25 ile 35 puan arasını, orta zihinsel yetersizlik 35–40 ile 50 puan arasını ve hafif zihinsel yetersizlik zekâ puanı ise 50 ile 70 puan arasını belirtmektedir.
- ii. Zekâ seviyeleri 55 ile 70 arasındaki bireyler hafif zihinsel engelli şeklinde belirtilmektedir. Söz konusu grubu sağlıklı bireylerden ayırmak oldukça zordur. Hafif zihinsel engelli bireylerin motor ve duyu gelişimlerinde bir gelişim geriliği bulunmamasına karşın, meslek seçiminde sınırlılık, öğrenme güçlüğü benzeri problemlerle karşılaşabilmektedirler.
- iii. Zekâ seviyeleri 55 ile 35 arasındakiler orta dereceli zihinsel engelliler şeklinde belirtilmektedir ve bu gruptaki bireyler eğitilebilir olarak tanımlanmaktadır. Orta seviyede zihinsel engelli bireyler genellikle öz bakımlarını gerçekleştirmeyi öğrenebilirler ancak yaşları büyüdükçe zihinsel motor gelişimlerinin akranları sağlıklı bireyler ile mesafesi açılmaktadır.
- iv. Zekâ geriliği olan bireyler zekâ seviyeleri 25 ile 35 arasındakilerdir. Bu tip engellilikte konuşma bozuklukları ve motor gelişim sorunları zihinsel engelliliği izlemektedir. Ağır seviyede zihinsel engelli bireyler günlük yaşamlarını idame ettirebilecek düzeyde en temel iletişim ve yaşam becerilerini öğrenebilmektedirler.
- v. Zekâ seviyesi 25 ve altındakiler için ise ileri düzeyde ağır zekâ geriliği söz konusudur. Bu çocukların yaşamsal faaliyetlerini tam bir denetim altında gerçekleştirmeleri gerekir. dışarıdan gelecek tehlikelere karşı kendilerini savunamaz ve Öz bakım ihtiyaçlarını karşılayamazlar. Ağır Mental Retarde olan çocukların önemli beyinsel problemleri bulunmaktadır. Çoğunlukla tıbbi bakıma gereksinim duymaktadırlar. Zihinsel engelli bireylerin çocukluk çağında ölüm oranı yüksektir. bu bireylerin çocukluk çağını tamamlamanın ardından da daimi bir bakıma ihtiyaçları vardır.

### 2.2.3. Bakım ve Bakım Vermenin Tanımı

Bakım kelimesi Türk Dil Kurumu Sözlüğü 'nde; "bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması maksadıyla sarf edilen emek, bakma işi" şeklinde yer almaktadır. Bakım bu doğrultuda ele alındığında, bir nesneye veya bir başkasına emek ve değer vermeyi, özen ve ilgi göstermeyi belirtir ve bakım, yöneldiği özne veya nesneye değer yükler. Bakım Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde bulunan diğer bir tanım kapsamında ise "birinin giyinmesi ve beslenmesi benzeri gereksinimleri üstlenmek ve bunları gerçekleştirmek" şeklinde ifade edilmiştir (Akalin, vd., 2011). Bakım bu tanım doğrultusunda, gereksinimlerini karşılayamayan birisi için, yani farklı bir kişi için bakma sorumluluğunun üstlenilmesi şeklinde ifade edilmektedir.

"Bakım" kavramının İngilizce sözlüklerde de sıfat, fiil ve isim anlamları bulunmaktadır. Fiil olarak bakım (to take care, to care) bakım vermek; birine karşı özen göstermek, ilgili olmak, saygılı olmak, istekli olmak ve hazır olmak, sıfat olarak bakım sevecenlilik, şefkatli, özenli ve ilgili, isim olarak "bakım" (care) ise: önem, özen, gözetim, dikkat, ilgi şeklinde sözlükte yer almaktadır (Longman, 2010).

Bakım Biyoetik Terimleri Sözlüğü'nde ise "bir kişiyle teşkil edilen ilişkide yaşanan moral bir duygu durumundaki ilginin, tıp uygulaması bağlamında dile getirilmesidir ve gerçek anlamda duyusal bir tutumdur. Hemşire ve hekimler başta olmak üzere bütün sağlık çalışanlarının temel uğraşı hasta bakımındır" şeklinde yer almaktadır (Oğuz vd., 2005).

Bakım verme yalnızca bir yardım türü ile kısıtlı olmayıp, emosyonel destek, maddi veya fiziksel destek sağlamayı kapsamaktadır. Maddi yardım ve aynı evi paylaşma, para yönetimi, küçük ev işlerini yapma, kişisel bakım (giyinme, tuvalete gitme, beslenme, yıkanma benzeri) rutin sağlık bakımı (izleme, tedavi, ilaç alımı benzeri), alışverişi ulaşım ve aldığı bir takım sosyal hizmetleri koordine etme diğer yardım türleri olarak ifade edilebilir (Toseland vd 2001;Kinsella vd 1998). Bakım verme genellikle informal veya formal biçimde iki farklı şekilde ele alınmaktadır.

- i. Formal bakım verme; kurumda veya evde kişisel bakım ve sağlık bakımı hizmetleri veren meslek gruplarınca sağlanan bakımdır (Güven ve Karahan 2002). Evde formal bakım hizmeti verenler çoğunlukla evde bakım yardımcıları,

diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, terapistler ve hemşirelerdir (Spradley ve Allender 2001).

- ii. İnfomal veya uzmanlık gerektirmeyen bakım verme; bir yakınına yardımcı olma rolünü üstlenen kişinin verdiği bakım hizmetidir (Kasuya vd 2000). İnfomal bakım hizmeti sağlayanlar ücret talep etmeyen, evde bakım hizmeti veren arkadaşlar ya da aile üyeleridir (Güven ve Karahan 2002). Akut ve kronik fonksiyonel yetersizliklerden dolayı artış gösteren infomal bakım hizmeti; beslemek, banyo yapmasına yardımcı olmak benzeri süregelen bakımdan intravenöz ilaç uygulaması, trakeostomi bakımı benzeri ileri seviyede kabiliyet gerektiren uygulamaları da içermektedir (Toseland vd 2001; Spradley ve Allender 2001). Bakım ihtiyacı bulunan yaşlıların neredeyse dörtte üçünün aile fertleri veya diğer kaynaklardan, evde ücretsiz olarak bakım aldıkları değerlendirilmektedir (Spradley ve Allender 2001).

#### **2.2.4. Bakım Yükünü Etkileyen Unsurlar**

İlk defa Saisbury ve Grad (1963) bakım vericinin yükü kavramını kullanmışlardır (Akt.:Chou 2000;). Bakım veren bireylerde bakım verme dönemi boyunca duygusal ve fiziksel negatif etkilerin ortaya çıkması “yük” kavramını gündeme getirmiştir. “Bakım veren yükü” literatürde hasta/engelli bireye bakım hizmeti verme neticesinde bakım verici bireyde meydana gelen sosyal problemler ve aile ilişkilerinin zarar görmesi, bedensel ve emosyonel sağlık problemleri benzeri negatif subjektif ve objektif neticeler şeklinde ifade edilmektedir (Aşiret 2011; Hinojosa ve ark. 2009; Garcés ve ark. 2009; McCorkle ve ark. 1996).

Bakım verme yükü Kasuya vd. (2000) tarafından bakım veren bireyin, bakıma ihtiyaç duyan bireye bakım verdiği zaman boyunca bakım verenin zorlanması, kendisini baskı altında görmesi veya ağır bir yükün sorumluluğunu üstlenmesi şeklinde ifade edilmektedir. Bakım verme güçlüğü sosyal, ekonomik, psikolojik, fiziksel ve duygusal problemlere karşı gösterilen birden fazla boyutlu bir tepkidir.

Bakımın meydana getirdiği yük ve bununla alakalı negatif etkilerinden dolayı, hastalara bakım hizmeti sağlayan aile fertleri risk altındaki topluluklar ve gizli hastalar şeklinde ifade edilmektedir (Larsen 1998). Bakım yükü üzerinde etkili olan sebepler aşağıdaki şekilde sıralanabilir (Shankar ve ark., 2014; Aşiret 2011; Temizer 2009;



Akpınar 2009; İnci 2006; Chatcheydang, 2005; Morimoto ve ark., 2003; Kasuya ve ark., 2000):

- i. Bakım veren ile ve hasta/engelli bireyin kişisel nitelikleri,
- ii. Bakım hizmeti verenin ekonomik durumu,
- iii. Bakıma yardımcı bir kişinin olma durumu,
- iv. Birden çok kişiye bakım hizmeti verme durumu,
- v. Hasta/engellinin bakım veren kişiye günlük yaşamsal faaliyetlerdeki bağımlılık durumu,
- vi. Bakım hizmeti veren kişinin sağlık sorunu olması,
- vii. Bakım verme süresi,
- viii. Hasta/engelli birey ile aynı evi paylaşma durumu,
- ix. Hasta/engellinin mobilite ve hafıza problemi olma durumu,
- x. Hasta/engelli kişinin ek hastalığı bulunma durumu,
- xi. Hasta/engelli ile bakım vermeyeden önceki ve bakım sonrası ilişkisinin niteliği,

Bakım yüküne bütün bu faktörlerle birlikte tüm aile fertlerinin hasta ile duygusal bağları, ilişkisi, sorumlulukların paylaşımı, duyguların karşılıklı paylaşımı, kişilerarası ilişkiler ve problem çözme kabiliyetleri ile başa çıkma stratejileri benzeri değişkenlerin yükü de etki etmektedir (Temizer 2009).

#### **2.2.5. Bakım Verme Yükünün Sonuçları**

Kronik hastalık, engellilik veya yaşlılıktan dolayı bakıma ihtiyacı olan birey kendisi ile birlikte bakım verenlerin de günlük hayat düzenine ve yaşamsal faaliyetlerine negatif yönde etki edebilmektedir. Söz konusu durum bakım hizmeti veren kişi üzerinde yük oluşturmaktadır. Bakımda karşılaşılan yükün daima devam etmesi bakım veren bireyin psikolojisine zarar vermekte ve kendisine vakit ayırmasına mani olmaktadır. Neticede bakım hizmeti veren bireylerin sosyal, duygusal ve psikolojik anlamda

yaşamları olumsuz etkilenmekte, buna bağlı olarak hayat kalitesi azalmakta, huzursuzluk, anksiyete, mutsuzluk benzeri psikolojik sorunlarla karşılaşmakta ve hayata ilişkin tatmin hissi negatif şekilde etkilenmektedir (Işık, 2013).

Bakım Veren Yükü (BVY), bakım veren kişilere ilişkin olarak gerçekleştirilen incelemeler neticesinde, bakım verme ile ilişkili olarak ekonomik, sosyal, emosyonel, psikolojik ve fiziksel problemler şeklinde birden fazla boyutu olan bir tepki şeklinde belirtilmektedir (Kasuya, 2000). Objektif bakım verme neticeleri, bakım hizmeti verenin ve ailenin hayatındaki engelleme ve değişimleri içermekte olup, bakım verme sebebiyle yorgunluk halinin oluşması, aileye ilişkin rutinlere engel olunması, bakım veren bireyin fiziksel, sağlık problemi anlamında fiziksel sıkıntı ve sorunlarla bağlantılıdır. Bakım verenin bu rol ile ilişkili subjektif bakım verme neticeleri ise, emosyonel tutum (suçluluk duygusu ve ekonomik sıkıntı benzeri) ve duyguları şeklinde ifade edilmektedir (Atagün vd. 2011; Zarit, 2004).

Gerçekleştirilen araştırmalar kapsamında BVY'nin uzun süre devam eden bakım verme sürecini takiben, ciddi boyutlara varabilen depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta azalma ve sosyal izolasyon gibi durumlara neden olabileceği gözlenmiştir (Dökmen, 2012; Sarı, 2007).

Bakım hizmeti veren kişilerin maruz kaldığı BVY haricinde, bahse konu kişilerin çoğunlukla kendi ailesinden bir kişiye bakıyor olmaları, sosyal aktivite ve boş vakit sınırlılığı, bakım verenlerin yeterli düzeyde sosyal destek alamıyor olmaları ve sağlık problemleri, bakım veren-hasta arasındaki duygusal yükün fazla olması benzeri etkenler söz konusu kişilerde anksiyete gelişimi ve depresyonu arttıran faktörlerdir. Anksiyete ve depresyon bakım veren kişinin hayat kalitesini olumsuz yönde etkileyen ve dolaylı yoldan hasta bakımına da negatif etki eden ciddi problemlerdir (Bergström vd., 2011; Zarit, 1980).

#### **2.2.6. Engelli Bireye Sahip Ailenin Bakım Yükü**

Ailelerin bilgilendirilmesi, engelli bir üyesi bulunan ve ona bakım veren ailelerin engellilik durumuna bağlı olarak meydana gelen zorluklarla mücadele etmelerine katkıda bulunan en önemli destek ve yardım faktörleri arasındadır. Gerçekleştirilecek bilgilendirme veya eğitim, kişilerin zorlukların üstesinden gelebilmesi adına ihtiyaç

duyulan motivasyon, beceri ve bilgiyi sağlayan bir destek sistemi özelliğindedir (Cangür ve ark 2013).

Engellilerin neredeyse hepsi, hayat boyunca değişik sebeplerle ekonomik, sosyal ve psikolojik problemlerden birini, bir kaçını veya tamamını deneyimleyebilmektedir. Engelli kişilere bakım hizmeti veren aileler de, söz konusu problemlerle farklı ya da benzer şekillerle mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. Engelli kişiler ve bakım verme işlemini gerçekleştiren ailelerinin yüzleşmek durumunda kaldıkları problemler, engelli olmayan kişilerden farklı şekilde, engelli olmayanların ortak deneyimledikleri problemleri de ihtiva etmektedir. Mücadele etme, kişinin kendisine stres yaratan etkenler karşısında direnmesi ve böyle durumlarda sergilediğı davranışsal, duygusal ve bilişsel tepkilerin teması şeklinde de ifade edilmektedir (Baykan ve Şengül 2013).

Engelli kişilerin sağlıklı bir hayat sürmelerinde ailelerin çok kritik bir rolü vardır. Ailelerin bir kısmı herhangi sosyal destek sisteminden yararlanmadan engelli kişilerin bakımını gerçekleştirirken, bir kısım aileler ise manevi ve maddi anlamda profesyonel destek isteyebilmektedirler. Elle tutulur, bilgisel ve duygusal sosyal destek hizmeti ailelerin faydalanabileceğı sosyal destek çeşitlerindendir. Bu destek çeşitlerinin tamamı zaman zaman birbirini kapsayan özelliklere sahip olabilirler. Engelli bireylerine bakım hizmeti sağlayan ailelerin yaşadıkları gerginlik, engelli bireylerin duygusal ihtiyaçlarından daha çok fiziksel ihtiyaçlarını karşılama, engelli bireylerle alakalı gerçekleştirilemeyecek beklentilere girme ve engelli bireylerle etkili bir iletişim gerçekleştirememeye benzeri negatif davranışlar göstermelerine yol açabilmektedir (Akkaş ve Coşkun 2009).

Çocuklar engelli bireylerin büyük bir kısmını teşkil etmektedir. Çocuk engelliler aile fertlerini bağımlı duruma getirmekte, engelli kişi ve ailesi toplumsal ve sosyal açıdan değişik sorunlarla yüzleşmek durumunda kalmaktadırlar. Engellilikle alakalı olarak iyileştirme hizmetlerinden faydalanmanın çoğalmasına karşın, ailelerin haklarına ve engelliliğe ilişkin bilgisizliğı, sosyal ve fiziksel bağımlılık, engel, fonksiyonel kısıtlanma benzeri önemli problemlerin üstesinden gelememelerine, dolayısıyla da bakım verme yüklerinin artmasına neden olmaktadır (Yılmaz ve Karaduman, 2010).

Bakım verme işlemi, engelli bireylerine bakım hizmeti sağlayan bakıcılar açısından farklı kategorilerde ele alınan bir olgudur. Engelli olan bireyin bakımının aile

yakınlarınca gerçekleştirilmesi bakıcıda, büyük ölçüde sevgi ve samimiyetin artması, böylelikle hayatın anlamlı duruma gelmesi, bireysel gelişimin tamamlanması, kendine saygı duyma, diğer aile fertlerinden sosyal destek görme, kişisel tatmin elde etme benzeri olumlu duygularının gerçekleşmesini sağlamaktadır. Engelli kişilere bakım hizmeti verilmesi, engelliliğin ailedeki diğer kişilerin hayatında yer edinmeye başlamasına ve gündelik faaliyetleri ile yaşam düzenlerinin aksamasına yol açmaktadır Bireyin hastalığı ve engellilik durumu boyunca, engelli kişilerin aileleri bakım sağlanan bireyden daha çok sıkıntı, yorgunluk, depresyon, yalıtım, kaygı ve rol karmaşası yaşamaktadırlar (Özdemir ve ark., 2009).

Engelli bir ferdi olan ailelerde, çocukta devamlı olarak bir bozukluğun mevcut olmasının, ebeveynler tarafından daima mücadele edilmesi gereken bir stres kaynağı olduğu ifade edilmiştir. Otistik çocukları bulunan ebeveynlerle gerçekleştirilen bir çalışma kapsamında, ebeveynlerin söz konusu durumla başa çıkamayarak, buna bağlı olarak ruhsal problemler yaşadıkları tespit edilmiştir (Akçakın ve Erden, 2001; Friedrich ve ark., 1985).

Baş çıkma, kişinin kendisinde stres meydana getiren etken veya olaylara karşı direnç göstermesi ve böyle durumlara ilişkin olarak başa çıkma maksadıyla gösterdiği davranışsal, duygusal ve bilişsel tepkilerin tamamı şeklinde ifade edilebilir. Kişinin bahse konu durumlara ilişkin olarak kullandığı başa çıkma tutumları hastalık, kültür, cinsiyet ve yaş benzeri çok farklı etkenlere bağlı olarak değişkenlik gösterebileceğinden kişiye özgü niteliktedir. Baş etme tutumları, stresli yaşamsal olayların ardından gelişen bilişsel niteliğe ilişkin değişikliklerdir. Baş etme kavramı, strese benzer şekilde, anlamında fikir birliği sağlanmış bir konudan ziyade, bir çok sayıda fenomeni altında bir araya getiren karmaşık bir yapı şeklinde ifade edilmektedir (Ağargün ve ark., 2005).

Kırcalı-İftar (1998) çocuğun engelli olarak doğmasının aileye yaşattığı stresin, aşağıda ifade edilen dokuz sebebinin bulunduğunu ileri sürmektedir:

- i. Çevrenin çocuğa karşı bakışından hissedilen rahatsızlık, yakın çevrenin aileyi engelli bireyden dolayı dışlaması,
- ii. Çocuğun gelişiminin akranlarından farklı olması sebebiyle gerçekleşen zorluklar,

- iii. Daima farklı uzmanlardan görüş alınmasına ihtiyaç duyulması,
- iv. Bakıma muhtaç aile üyesinin geleceğine ilişkin kaygı duyulması,
- v. Çocuğun gelişimine katkı sağlayacak isabetli eğitim programının belirlenmeye gayret edilmesi,
- vi. Engelli bireyin durumunu diğer aile fertlerine ve yakın çevreye anlatmakta zorluk yaşanması,
- vii. Engelli çocuğun özellikleri ve durumu ile alakalı bilgilerde eksiklik ve çelişkilerin bulunması,
- viii. Ailedeki harika çocuk hayalinin yıkılması, ailenin engelli olan yeni bireyi kabul etmek konusunda problem yaşaması ve duygusal bakımdan bunalım yaşaması,
- ix. Engel nedeniyle ortaya çıkan davranış ve sağlık sorunları ile mücadelede zorluk yaşanması, engelli bireyin bakımına zaman ayırırken yüzleşilen maddi problemler, anne ve babaların kendilerine ve diğer aile üyelerine gerekli kaynağı ayıramaması, bireyin bakımı için oldukça zaman ve emek gerekmesi.

### 2.3. İlgili Çalışmalar

Macit (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışma kapsamında, Amasya ilinde engelli bireyi bulunan, evde bakım hizmetinden faydalanan ailelerin hayat kaliteleri ile bakım verme yüklerinin incelenmesi hedeflenmiştir. Araştırma doğrultusunda veri toplama aracı şeklinde hazırlanan sosyo-demografik bilgileri ihtiva eden anketle beraber, Meral ve Cavkaytar'ın 2013 yılında güvenilirlik ve geçerlik çalışmasını gerçekleştirdikleri Beach Center Aile Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Erdem ve İnci'nin 2006 yılında güvenilirlik ve geçerlik çalışması gerçekleştirilerek Türkçeye uyarlanan Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nden faydalanılmıştır. Bu kapsamda Amasya Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü'nün Ocak 2015 verilerine istinaden evde bakım yardımından faydalanan 2560 aileden 163'ü ile yüz yüze görüşme gerçekleştirilerek anket formları doldurulmuştur. Çalışma neticesinde Amasya ilinde evde bakım hizmetinden faydalanan ailelerin hayat kalitesi ile bakım verme yükü arasında gerçekleştirilen korelasyon analizi

sonucunda ters orantı saptanmış, araştırmaya iştirak eden engelli bireyi bulunan ailelerin hayat kalitesinin aritmetik ortalaması 97 puanla yüksek, bakım veren kişilerin bakım verme yükünün aritmetik ortalamasının ise 27 puanla düşük olduğu yazar tarafından tespit edilmiştir.

Anderson ve Fields (2013) yapmış oldukları çalışmada aile bakıcılarının bakım yükü ile psikolojik sağlamlık ve iyi oluşları arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Bu bağlamda Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan 89 aile bakıcısına anket uygulanmıştır. Çalışma sonucunda bakım verenlerin depresyon düzeyinin psikolojik sağlamlık düzeyi (düşük, orta, yüksek) ile negatif anlamda ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Yüksek sağlamlık düzeyinde depresyonun daha az olduğu görülmüştür. Diğer taraftan iyi oluş ile psikolojik sağlamlık arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bakım yükünün ise psikolojik sağlamlık ile ilişkisinin anlamlı düzeyde olmadığı yazarlar tarafından ifade edilmiştir.

Scott (2013) stres ve bakım yükü arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolünü incelemeyi amaçlamıştır. Bu kapsamda Alzheimer hastalarına bakım veren bireylere anket uygulanmıştır. Çalışma sonucunda psikolojik sağlamlığın stres ve bakıcı yükü arasında bir aracı olarak rolü olmadığı, ancak, sağlamlık ile bakıcı yükü arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bakım verenlerde psikolojik sağlamlık arttıkça bakıcı yükü algısında azalmanın olduğu ortaya konmuştur.

Mannion (1996) psikolojik sağlamlık ve bakım yükü arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamıştır. Bu kapsamda eşlerinde akıl hastalığı olan 18 eşe (20-81 yaş arası) anket uygulanmıştır. Çalışma sonucunda eşlerin bireysel psikolojik sağlamlığının yüksek olmasının bakım yükü algılarına olumlu katkı verdiği ve hasta olan bireye uyumu kolaylaştırdığı tespit edilmiştir.

Zauszniewski ve diğerleri (2009) ciddi ruhsal hastalığı olan erişkin 60 kadın aile bireyinde risk ve koruyucu faktörlerin psikolojik sağlamlık üzerindeki etkilerini incelemiştir. Hem bakım verenin yükünü oluşturan risk faktörlerinin (zorlanma, damgalanma, müşteriye bağımlılık, hem de ailenin bozulması) ve sekiz pozitif biliş dahil koruyucu faktörlerin iki sağlamlık göstergesini öngördüğü bulunmuştur. Bunlar beceriklilik ve tutarlılık duygusudur. Bakım verenin yükünün beceriklilik ve tutarlılık hissi üzerindeki etkilerine pozitif bilişlerin aracılık ettiği, psikolojik sağlamlık teorisine

destek verdiği ve zihinsel hastalığı olan yetişkin kadın bakıcıları arasında olumlu düşünmeyi teşvik ettiği tespit edilmiştir.

şentürk ve arkadaşları (2018) Yapmış oldukları çalışmada demanslı bireylerin bakım verenlerinde bakıcı yükü ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlamışlardır. Yazarlar tanımlayıcı kesitsel çalışmanın örneklemini, şubat 2016 - şubat 2017 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinde ayakta yatan nöroloji bölümüne başvuran 103 demans hastası bireyin katılımı ile oluşturmuştur. Yetişkinler Ölçeği (RSA), Mini Zihinsel Durum Muayenesi (MMSE), Blessed Demans Ölçeği (Blessed ADL1) ve Blessed Orientation-Memory-Concentration Test (Blessed ADL1) kullanılmıştır. Çalışma sonucunda bakım verenin yükü, bakıcıların psikolojik sağlamlık seviyesini artırarak azaltılabildiği tespit edilmiştir. Psikolojik esneklik düzeyleri, bakıcılara sosyal ve resmi destek sağlayarak, etkili başa çıkma becerilerinin gelişmesini ve güçlerini geliştirerek arttırılabileceği vurgulanmıştır. Bakım verenin psikolojik sağlamlık seviyelerinin arttırılmasının bakım verenin yükünü azaltmaya yardımcı olduğu yazarlar tarafından tespit edilmiştir.

Weisser ve diğerleri (2015) Motor Nörone Hastalığı / Amyotrofik Lateral Skleroz hastalarının aile bakıcılarının deneyimlerini araştırmayı, özellikle olumlu ve olumsuz bakım deneyimleri arasındaki ilişkiyi ve bu bakıcıları daha iyi desteklemenin olası yollarını belirlemeyi amaçlamıştır. Bu kapsamda 10 bakım verene uzunlamasına yürütölen 24 yarı yapılandırılmış nitel görüşme yapılmıştır. Yapılan görüşmeler sonucunda bakım yükü, ihtiyaçlar, ödöller ve psikolojik sağlamlık öne çıkan temalar olarak tespit edilmiştir. Psikolojik sağlamlık kapsamında aktif olmak, bakış açısını korumak ve şu an için yaşamak görüşlerinin öne çıktığı görölmüştür. Bakım yükü, sosyal yük, sorumluluk, savunuculuk, kararsızlık, suçluluk ve kabul ile mücadele gibi çok yönlü olduğu görölmüştür.

Bekhet ve arkadaşları (2012) otizm spektrum bozukluğu bulunan bireylere bakım verenlerin bakıcı yükü (risk faktörü) ve pozitif bilişlerin (koruyucu faktörler) beceriklilik (psikolojik sağlamlık göstergesi) üzerindeki etkilerini incelemiştir. Çalışma sonucunda olumlu bilişler arttıkça, bakıcıların becerikliliğinin arttığı tespit edilmiştir. Sonuçlar, psikolojik sağlamlık teorisini desteklediği ve otizm spektrum bozukluğu bulunan bireylerin bakıcıları arasında olumlu düşünmeyi güçlendirmek için

müdahalelerin geliştirilmesine ihtiyaç duyulduğu yazar tarafından çalışma sonucunda vurgulanmıştır.



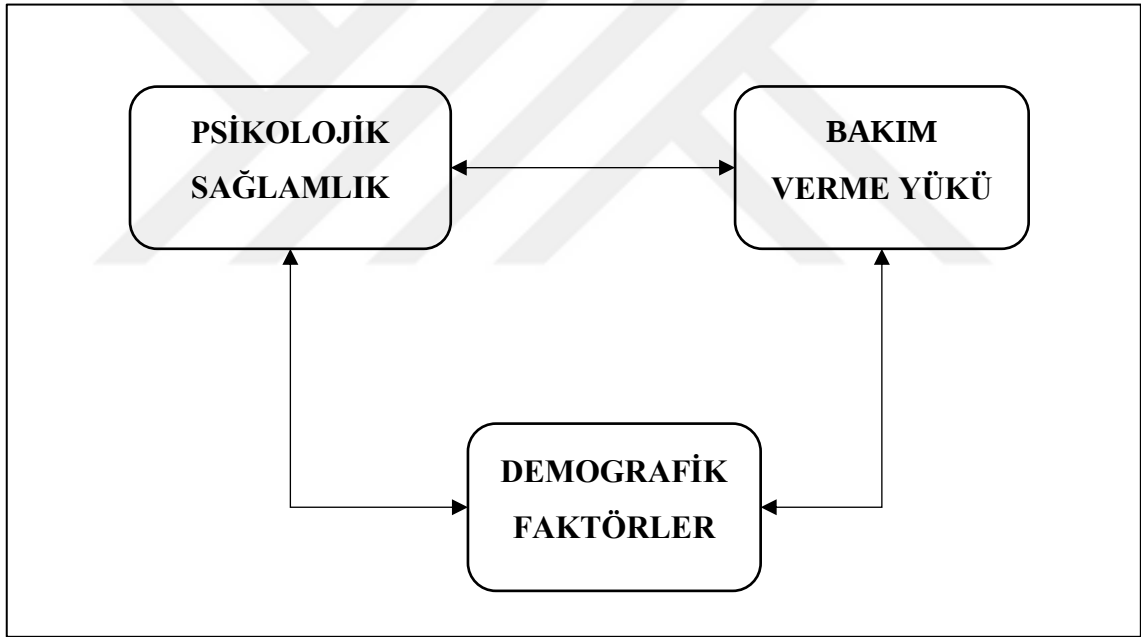


### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde sırasıyla araştırma modeli, araştırma evreni ve örnekleme, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve değerlendirilmesi ele alınmıştır.

#### 3.1. Araştırmanın Modeli

Engelli bireylere sahip ailelerde psikolojik sağlamlık ve bakım veren yükü arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmada ilişkisel tarama modeli yaklaşımı kullanılmıştır. Söz konusu yaklaşımda; geçmiş dönemde ya da günümüzde var olan durumun değiştirmeden betimlenmesi, iki ya da daha çok sayıdaki değişkenin arasında bulunan ilişkinin tespiti amaçlanmaktadır (Karasar, 2013, 81). Çalışma kapsamında geliştirilen model Şekil 3.1’de gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Araştırma Modeli

#### 3.2. Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Bu araştırmanın evrenini 18 yaş üstü olan ve ailesinde engelli birey olan kişiler oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme ise belirtilen kriterlere uygun 80 kişiden meydana gelmiştir.

### **3.3. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın verileri hazırlanan anket aracılığı ile toplanmıştır. Bahse konu anket aşağıda belirtilen üç ölçüm aracını kapsamakta olup, belirtilen ölçüm araçlarına ilişkin detaylı bilgiler müteakip maddelerde yer almaktadır:

- i. Kişisel Bilgi Formu,
- ii. Psikolojik Sağlamlık Ölçeği,
- iii. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği.

#### **3.3.1. Kişisel Bilgi Formu**

Araştırmaya iştirak eden bireylerin cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, gelir durumu ile bakım verme süresinin tespiti amacı ile araştırmacının geliştirdiği “Bilgi Formu” kullanılmıştır.

#### **3.3.2. Psikolojik Sağlamlık Ölçeği**

Katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeylerini değerlendirmek üzere Johnson ve arkadaşları (2010) tarafından geliştirilen Psikolojik Sağlamlığı Değerlendirme Ölçeği kullanılmıştır.

Sarıçam ve arkadaşları (2012) tarafından Türkçeye uyarlanan söz konusu ölçek 3 boyutta toplam 12 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek ters puanlanan ifade içermemektedir.

5’li likert tipteki ölçekte puanlama 1-5 arasında olacak şekilde yapılmaktadır (Kesinlikle katılıyorum:1, Kesinlikle Katılmıyorum:5). Bu çalışma kapsamında yinelenen güvenilirlik analiz sonucunda Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.86 olarak tespit edilmiştir.

Katılımcıların ölçekten elde ettikleri puanların değerlendirmesinde “1.00-2.33: Düşük, 2,34-3,66: Orta ve 3,67-5.00: Yüksek” puan aralıkları kullanılmıştır.

#### **3.3.3. Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği**

Araştırma kapsamında engelli ailelerinin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi amacıyla Zarit ve arkadaşları tarafından 1980 yılında geliştirilen “Zarit Bakıcı Yüğü

Ölçeği” kullanılmıştır. Bakım verenlerin yükünün ölçülmesine ilişkin olarak literatürde başka ölçeklerde bulunmasına karşın, kapsayıcılığı ve bakım gerektiren duruma özel olmaması sebebiyle araştırmada bu ölçeğin kullanılması tercih edilmiştir.

Orijinali tek boyutta 22 ifade içeren ve iç tutarlılık katsayısı 0,87-0,94 arasında belirlenen ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Özlü (2009) tarafından gerçekleştirilmiştir. Uyarlama çalışmaları kapsamında; ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa değeri) 0.83 olarak belirlenmiş ve ölçek 19 ifadeden oluşmuştur. Bu çalışma kapsamında yinelenen güvenilirlik analiz sonucunda Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.88 olarak tespit edilmiştir.

Ölçek 5’li likert tipte bir ölçek olup, “Asla” ve “Neredeyse Her Zaman” arasında (1: Asla, 2: Nadiren, 3: Ara Sıra, 4: Oldukça Sık, 5: Neredeyse Her Zaman) derecelendirilmiştir.

Ölçeğin puanlama aralığı 19-95 puan aralığındadır. Ölçekteki ifadeler genelde sosyal ve duygusal alana ilişkin olup, ölçekten yüksek puan alınması bakım veren personelin yaşadığı bakım yükü düzeyinin yüksek olduğu manasına gelmektedir (Zarit ve Zarit, 1990).

### **3.4. Verilerin Toplanması**

Araştırmada anket uygulaması Şubat – Mayıs 2019 döneminde katılımcılar ile yüz yüze görüşerek gerçekleştirilmiştir. Uygulama katılımcıların her biri için ortalama olarak 15 dakikada tamamlanmıştır.

Uygulamanın öncesinde araştırmaya katılan havayolu çalışanları; araştırmanın hangi amaç ile gerçekleştirildiği, anket formlarının işaretlenme biçimi, katılımcı bilgilerinin saklı tutulacağı hususlarında bilgilendirilmiş ve uygulamaya katılım gönüllülük ilkesi esaslarına göre yürütülmüştür Bu durum katılımcılara anket öncesinde ifade edilmiştir.

### **3.5. Verilerin Değerlendirilmesi**

Veriler SPSS 24.0 istatistik programından istifadeyle analiz edilmiş, analizlerde  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyi esas alınmıştır. Çalışmada aşağıda belirtilen test/analizler kullanılmıştır:

Araştırmada verilerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov Normallik Testi ile incelenmiş ve verilerin normal dağılım göstermesi sebebiyle analizlerde parametrik testler tercih edilmiştir.

Engelli ailelerinin demografik özellikleri ile psikolojik sağlamlık ve bakım verme yükü algılarına ilişkin olarak **Betimsel İstatistikler** yapılmıştır.

Demografik  zelliklerine göre katılımcıların psikolojik sağlamlık ve bakım verme yükü düzeyleri arasında fark olup olmadığı **Fark Testleri** kullanılarak analiz edilmiştir. Fark testlerinin uygulanmasında grup sayıları esas alınmıştır. Bu çerçevede; iki grup ortalamasını karşılaştırmak üzere bağımsız grup t-testi, üç ve daha fazla grubun ortalamasını karşılaştırmak üzere ise Tek Yönlü Varyans Analizi tercih edilmiştir

Son olarak psikolojik sağlamlık ve bakım verme yükü ilişkisi **Pearson Korelasyon Analizi** kullanılarak incelenmiştir.

## 4. BULGULAR

Bu bölümde; öncelikle katılımcıların demografik özellikleri açıklanmıştır. Müteakiben her iki ölçeğe yönelik tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur. Daha sonra fark testi bulgularına yer verilmiştir. Son olarak ise korelasyon analizi bulguları ortaya koyulmuştur.

### 4.1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Katılımcılara ait demografik özellikler Tablo 4.1’te gösterilmektedir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

| DEĞİŞKEN                  | N  | %    |
|---------------------------|----|------|
| <b>Cinsiyet</b>           |    |      |
| Kadın                     | 69 | 86,3 |
| Erkek                     | 11 | 13,8 |
| <b>Yaş (Yıl )</b>         |    |      |
| 18-25 yaş arası           | 3  | 3,8  |
| 26-35 yaş arası           | 52 | 65,0 |
| 36-45 yaş arası           | 23 | 28,8 |
| 46 yaş üstü               | 2  | 2,5  |
| <b>Eğitim Durumu</b>      |    |      |
| İlköğretim ve altı        | 56 | 70,0 |
| Lise                      | 21 | 26,3 |
| Ön Lisans                 | 2  | 2,5  |
| Üniversite                | 1  | 1,3  |
| <b>Medeni Durum</b>       |    |      |
| Bekâr                     | 2  | 2,5  |
| Evli                      | 74 | 92,5 |
| Diğer                     | 4  | 5,0  |
| <b>Gelir Durumu</b>       |    |      |
| 1200-2020 TL              | 26 | 32,5 |
| 2021-3000 TL              | 44 | 55,0 |
| 3001-5000 TL              | 10 | 12,5 |
| <b>Bakım Verme Süresi</b> |    |      |
| 1-5 yıl arası             | 9  | 11,3 |
| 6-10 yıl arası            | 25 | 31,3 |
| 11 yıl ve üstü            | 46 | 57,5 |

Araştırmaya 69 kadın ve 11 erkek birey iştirak etmiştir. Yaş gruplarına bakıldığında katılımcıların % 65.0 (n=52) ile büyük çoğunluğu 26-35 yaş arasında, % 3.8'i (n=3) 18-25 yaş arasında, % 28.8'i (n=23) 36-45 yaş arasında ve % 2.5'i (n=2) 46 yaş üstündedir. Eğitim durumları incelendiğinde; katılımcıların % 70'ini (n=56) ilköğretim ve altında eğitim düzeyinde olanlar ve % 26.3'ünü de (n=21) lise mezunlarının oluşturduğu belirlenmiştir. Medeni durumuna göre; evli katılımcıların oranı % 92 (n=74)'dir. Araştırmaya iştirak eden bireylerin % 32.5'i 1200-2020 TL arasında, % 55.0'i 2021-3000 TL arasında ve % 12.5'i de 3001-5000 TL arasında gelire sahiptir. Katılımcıların % 57.5'i 11 yıl ve daha fazla, % 31.3'ü 6-10 yıl arasında ve % 11.3'ü de 1-5 yıl arasında bakım vermektedir.

#### 4.2. Tanımlayıcı İstatistikler

Katılımcıların psikolojik sağlamlık ölçeği ifadelerine vermiş oldukları cevaplara yönelik istatistikler Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2'de yer alan ortalama değerleri incelendiğinde; katılımcıların genel psikolojik sağlamlık puan ortalamasının  $3.09 \pm 0.62$  olduğu belirlenmiştir. Belirlenen bu değere istinaden katılımcıların “orta” düzeyde psikolojik sağlamlığa sahip olduğu değerlendirilmiştir.

Tablo 4.2. Psikolojik Sağlamlık Ölçeğine ilişkin Tanımlayıcı İstatistikler

| BOYUT / İFADE                                                                | $\bar{X}$ | SS   |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|
| 1. Eğer sorunlarım olsaydı, sorunlarımı paylaşabileceğim insanlar olurdu.    | 3,00      | 1,26 |
| 2. Ailem ve arkadaşlarım beni çok destekler.                                 | 3,01      | 1,13 |
| 6. Eğer sıkıntıya düşersem kimlerin bana yardımcı olabileceğini bilirim.     | 3,28      | 0,94 |
| 10. İhtiyaç duyduğumda ailemi ya da arkadaşlarım beni dinleyeceğini bilirim. | 3,24      | 1,05 |
| 3. Zor durumlarda duygularımı yönetebilirim.                                 | 2,93      | 1,04 |
| 4. Olumsuz duygularıma tahammül edebilirim.                                  | 2,96      | 1,01 |

| <b>BOYUT / İFADE</b>                                                                | <b><math>\bar{X}</math></b> | <b>SS</b>   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------|
| 8. Duygularımı kontrol edebilirim.                                                  | 3,03                        | 0,99        |
| 12. Duygularımla başa çıkabilirim.                                                  | 2,98                        | 1,01        |
| 5. Bir sorunla karşılaştığımda genellikle çözüm bulabilirim.                        | 3,16                        | 0,89        |
| 7. Ortaya çıkan problemleri genellikle çözebilirim.                                 | 3,16                        | 0,78        |
| 9. Genellikle problemlerin üstesinden gelecek bir yol bulabilirim.                  | 3,20                        | 0,86        |
| 11. Bir engelle karşılaşırsam, problemi çözmek için muhtemelen bir yol bulabilirim. | 3,19                        | 0,74        |
| <b>GENEL</b>                                                                        | <b>3,09</b>                 | <b>0,62</b> |

$\bar{X}$ : Ortalama, SS: Standart Sapma

Katılımcıların bakım verme yükü ölçeği ifadelerine verdikleri yanıtlara ilişkin istatistikler Tablo 4.3’de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Bakım Verme Yükü Ölçeğine ilişkin Tanımlayıcı İstatistikler

| İFADE                                                                                                                                                              | $\bar{X}$ | SS   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|
| 1. Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?                                                             | 2,51      | 1,22 |
| 2. Yakınınıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz? | 2,56      | 1,15 |
| 3. Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?                                                                                                            | 2,49      | 1,16 |
| 4. Yakınınızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?                                  | 2,51      | 1,17 |
| 5. Yakınınızın geleceği ile ilgili korkularınız olur mu?                                                                                                           | 3,41      | 1,30 |
| 6. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?                                                                                                              | 3,33      | 1,27 |
| 7. Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?                                                                                                          | 2,54      | 1,14 |
| 8. Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hisseder misiniz?                                                                                       | 2,51      | 1,16 |
| 9. Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?                                                                           | 2,79      | 1,13 |
| 10. Yakınınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hisseder misiniz?                                                                                 | 2,60      | 1,18 |
| 11. Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?                                                                                  | 2,53      | 1,03 |
| 12. Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğinizi hisseder misiniz?                                       | 3,24      | 1,22 |
| 13. Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?                                                                   | 2,96      | 1,36 |



| İFADE                                                                                                        | $\bar{X}$    | SS           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| 14. Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hisseder misiniz?                       | 2,55         | 1,02         |
| 15. Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?                               | 2,99         | 1,28         |
| 16. Yakınınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder misiniz?                                | 2,86         | 1,13         |
| 17. Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?                                      | 3,50         | 1,08         |
| 18. Yakınınızın bakımı ile ilgili olarak daha iyisini yapabilirdim diye düşünür müsünüz?                     | 3,54         | 1,16         |
| 19. Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz? | 3,35         | 1,18         |
| <b>BAKIM VERME YÜKÜ</b>                                                                                      | <b>54,79</b> | <b>12,76</b> |

$\bar{X}$ : Ortalama, SS: Standart Sapma

Tablo 4.3’de gösterilen ortalama değerler ele alındığında; katılımcıların genel bakım verme yükü puan ortalaması  $54.79 \pm 12.76$  olarak belirlenmiştir. Belirlenen bu değere istinaden, katılımcıların bakım verme yükünün “orta” düzeyde olduğu değerlendirilmiştir.

#### 4.3. Fark Testi Bulguları

Uygulamanın bu bölümünde katılımcıların psikolojik sağlamlık ve bakım verme yükü seviyeleri arasında demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcut olup olmadığının analizi yapılmıştır.

Cinsiyete göre psikolojik sağlamlık ve bakım verme yükü düzeylerine ilişkin Bağımsız Örneklem T-Testi sonuçları Tablo 4.4’te gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Cinsiyete Göre Psikolojik Sağlamlık ve Bakım Verme Yüküne İlişkin Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

| Değişken             | Cinsiyet | n  | $\bar{X}$ | S.S.  | t      | p             |
|----------------------|----------|----|-----------|-------|--------|---------------|
| Psikolojik Sağlamlık | Kadın    | 69 | 3,04      | 0,63  | -2,126 | <b>0,038*</b> |
|                      | Erkek    | 11 | 3,39      | 0,54  |        |               |
| Bakım Verme Yükü     | Kadın    | 69 | 56,08     | 12,32 | 2,294  | <b>0,025*</b> |
|                      | Erkek    | 11 | 46,81     | 13,12 |        |               |

\* $p \leq 0.05$

Tablo 4.4'ten de anlaşıldığı üzere yapılan analiz neticesinde, kadın katılımcıların psikolojik sağlamlık puan ortalamaları ( $3.04 \pm 0.63$ ) ile erkek katılımcıların puan ortalamaları ( $3.39 \pm 0.54$ ) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ( $p \leq 0.05$ ). Katılımcıların bakım verme yükü ele alındığında, kadınların puan ortalamaları ( $56.08 \pm 12.32$ ) ile erkeklerin bakım verme yükü puan ortalamaları ( $46.81 \pm 13.12$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu saptanmıştır ( $p \leq 0.05$ ). Söz konusu bulgulara istinaden erkeklerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin kadınlara göre daha fazla olduğu, algılanan bakım verme yükünün ise kadınlarda erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu söylenebilir.

Yaşa göre psikolojik sağlamlık ve bakım verme yükü düzeylerine ilişkin yapılan Bağımsız Örneklem T-Testinin sonuçları Tablo 4.5'te belirtilmiştir.

Tablo 4.5. Yaşa Göre Psikolojik Sağlamlık ve Bakım Verme Yüküne İlişkin Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

| Değişken          | Yaş             | n  | $\bar{X}$ | S.S.  | t      | p     |
|-------------------|-----------------|----|-----------|-------|--------|-------|
| Psikolojik Sağlık | 26-35 yaş arası | 52 | 3,07      | 0,58  | 0,302  | 0,763 |
|                   | 36-45 yaş arası | 23 | 3,02      | 0,66  |        |       |
| Bakım Verme Yüğü  | 26-35 yaş arası | 52 | 54,26     | 11,44 | -0,557 | 0,579 |
|                   | 36-45 yaş arası | 23 | 56,04     | 14,88 |        |       |

Tablo 4.5'ten de anlaşıldığı üzere yapılan analiz neticesinde, 26-35 yaş grubu katılımcıların psikolojik sağlık puan ortalamaları ( $3.07 \pm 0.58$ ) ile 36-45 yaş grubu katılımcıların puan ortalamaları ( $3.02 \pm 0.66$ ) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Benzer şekilde katılımcıların bakım verme yükü ele alındığında, 26-35 yaş grubu katılımcıların puan ortalamaları ( $54.26 \pm 11.44$ ) ile 36-45 yaş grubu katılımcıların puan ortalamaları ( $56.04 \pm 14.88$ ) arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadığı saptanmıştır ( $p > 0.05$ ). Bahse konu bulgulara istinaden katılımcıların psikolojik sağlık ve bakım verme yükü düzeylerinin yaşa göre farklılık göstermediğini söylemek mümkündür.

Eğitim durumuna göre psikolojik sağlık ve bakım verme yükü düzeylerine ilişkin Bağımsız Örneklem T-Testi sonuçları Tablo 4.6'da belirtilmiştir.

Tablo 4.6. Eğitim Durumuna Göre Psikolojik Sağlık ve Bakım Verme Yüküne İlişkin Bağımsız Grup t-Testi Sonuçları

| Değişken          | Eğitim Durumu      | n  | $\bar{X}$ | S.S.  | t      | p             |
|-------------------|--------------------|----|-----------|-------|--------|---------------|
| Psikolojik Sağlık | İlköğretim ve altı | 56 | 3,06      | 0,61  | -0,311 | 0,756         |
|                   | Lise               | 21 | 3,11      | 0,63  |        |               |
| Bakım Verme Yüğü  | İlköğretim ve altı | 56 | 56,80     | 12,92 | 2,002  | <b>0,049*</b> |
|                   | Lise               | 21 | 50,47     | 10,49 |        |               |

\*p≤0.05

Tablo 4.6’da görüldüğü üzere yapılan analiz sonucunda, ilköğretim ve altı eğitim düzeyindeki katılımcıların psikolojik sağlık puan ortalamaları ( $3.06 \pm 0.61$ ) ile lise mezunlarının puan ortalamaları ( $3.11 \pm 0.63$ ) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ). Katılımcıların bakım verme yükü ele alındığında, ilköğretim ve altı eğitim düzeyindeki katılımcıların puan ortalamaları ( $56.80 \pm 12.92$ ) ile lise mezunlarının puan ortalamaları ( $50.47 \pm 10.49$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunduğu belirlenmiştir ( $p \leq 0.05$ ). Söz konusu bulgulara istinaden eğitim durumuna göre katılımcıların psikolojik sağlık düzeylerinin farklılık göstermediği, ilköğretim ve altı eğitim düzeyine sahip olan bireylerin algıladıkları bakım verme yükünün lise mezunlarından daha yüksek olduğu söylenebilir.

Gelir durumuna göre psikolojik sağlık ve bakım verme yükü düzeylerine ilişkin Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 4.7’de belirtilmiştir.

Tablo 4.7. Gelir Durumuna Göre Psikolojik Sağlık ve Bakım Verme Yüküne İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

| Değişken          | Gelir Durumu     | n  | $\bar{x}$ | ss    | F     | P             | Fark       |
|-------------------|------------------|----|-----------|-------|-------|---------------|------------|
| Psikolojik Sağlık | 1200-2020 TL     | 26 | 3,04      | 0,57  | 3,618 | <b>0,042*</b> | 1-3<br>2-3 |
|                   | 2021-3000 TL     | 44 | 3,07      | 0,58  |       |               |            |
|                   | 3001-5000 TL     | 10 | 3,30      | 0,94  |       |               |            |
| Bakım Verme Yüğü  | 1200-2020 TL (1) | 26 | 58,61     | 12,25 | 3,647 | <b>0,037*</b> | 1-3        |
|                   | 2021-3000 TL (2) | 44 | 54,47     | 12,57 |       |               |            |
|                   | 3001-5000 TL (3) | 10 | 51,11     | 15,61 |       |               |            |

\*p<0.05

Tablo 4.7’de görüldüğü üzere yapılan analiz sonucunda, 1200-2020 TL gelir grubu katılımcıların psikolojik sağlık puan ortalamaları ( $3.04 \pm 0.57$ ), 2021-3000 TL gelir grubu puan ortalaması ( $3.07 \pm 0.58$ ) ve 3001-5000 TL gelir grubu puan ortalaması ( $3.30 \pm 0.94$ ) arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık bulunduğu tespit edilmiştir ( $p \leq 0.05$ ). Bakım verme yüküne ilişkin olarak da, 1200-2020 TL gelir grubu puan ortalaması ( $58.61 \pm 12.25$ ), 2021-3000 TL gelir grubu puan ortalaması ( $54.47 \pm 12.57$ ) ve 3001-5000 TL gelir grubu puan ortalaması ( $51.11 \pm 15.61$ ) arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık bulunduğu saptanmıştır ( $p \leq 0.05$ ). Psikolojik sağlamlığa ilişkin tamamlayıcı post-hoc testi sonucunda; olarak 1200-2020 TL ve 2021-3000 TL gelir grupları ile 3001-5000 TL grubu puan ortalamaları arasında farklılık olduğu ve gelir arttıkça psikolojik sağlık puanlarının arttığı belirlenmiştir. Bakım verme yüküne ilişkin tamamlayıcı post-hoc testi sonucunda; 1200-2020 TL gelir grubu ile 3001-5000 TL gelir grubu ortalamaları arasında fark olduğu, gelir durumu arttıkça algılanan bakım yükü puanının azaldığı belirlenmiştir. Söz konusu bulgular uyarınca; ailesinde engelli birey bulunan bireylerin psikolojik sağlık ve bakım yükü düzeylerinin gelir durumuna göre farklılık gösterdiği, gelir durumu ile psikolojik sağlık arasında pozitif ve gelir durumu ile bakım verme yükü arasında da negatif ilişki bulunduğu söylenebilir.

Bakım verme süresine göre psikolojik sağlamlık ve bakım verme yükü düzeylerine ilişkin Tek Yönlü Varyans Analizi sonuçları Tablo 4.8’de belirtilmiştir.

Tablo 4.8. Bakım Verme Süresine Göre Psikolojik Sağlamlık ve Bakım Verme Yüküne İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) Sonuçları

| Değişken             | Bakım Verme Süresi | n  | $\bar{x}$ | ss    | F     | P     | Fark |
|----------------------|--------------------|----|-----------|-------|-------|-------|------|
| Psikolojik Sağlamlık | 1-5 yıl            | 9  | 3,10      | 0,56  | 0,002 | 0,998 | -    |
|                      | 6-10 yıl           | 25 | 3,10      | 0,74  |       |       |      |
|                      | 11 yıl ve üstü     | 46 | 3,09      | 0,59  |       |       |      |
| Bakım Verme Yükü     | 1-5 yıl            | 9  | 56,11     | 9,92  | 0,052 | 0,949 | -    |
|                      | 6-10 yıl           | 25 | 56,64     | 14,63 |       |       |      |
|                      | 11 yıl ve üstü     | 46 | 54,62     | 12,41 |       |       |      |

Tablo 4.8’de görüldüğü üzere yapılan analiz sonucunda, bakım verme süresine göre 1-5 yıl grubu psikolojik sağlamlık puan ortalaması ( $3.10 \pm 0.56$ ), 6-10 yıl grubu puan ortalaması ( $3.10 \pm 0.74$ ) ve 11 yıl ve üstü grubu puan ortalaması ( $3.09 \pm 0.59$ ) arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ). Bakım verme süresine ilişkin olarak da 1-5 yıl grubu bakım verme yükü puan ortalaması ( $56.11 \pm 9.92$ ), 6-10 yıl grubu puan ortalaması ( $56.64 \pm 14.63$ ) ve 11 yıl üstü grubu puan ortalaması ( $54.62 \pm 12.41$ ) arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p > 0.05$ ). Bahse konu bulgular kapsamında katılımcıların bakım verme sürelerine göre psikolojik sağlamlık ve bakım verme yükü düzeylerinin farklılık göstermediği söylenebilir.

#### 4.4. Korelasyon Analizi Bulguları

Araştırmaya katılım sağlayan bireylerin psikolojik sağlamlık ve bakım verme yükü düzeyleri arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi kullanılarak incelenmiş ve analiz sonrasında elde edilen sonuçlar Tablo 4.9’da verilmiştir.

Tablo 4.9. Korelasyon Analizi Sonuçları

| DEĞİŞKEN             |          | Bakım Verme Yükü |
|----------------------|----------|------------------|
| Psikolojik Sağlamlık | <b>r</b> | <b>-0,232*</b>   |
|                      | <b>p</b> | 0,040            |
|                      | <b>N</b> | 80               |

\*\*p<0,05 düzeyinde anlamlı

Tablo 4.9’da belirtildiği üzere katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyleri ile bakım verme yükü düzeyleri arasında “zayıf” ve “negatif” yönlü ( $r=-0.232$ ;  $p<0.05$ ) ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile ailesinde engelli bireylerin olduğu kişilerde psikolojik sağlamlık düzeyi arttıkça, algılanan bakım yükü azalmaktadır.

## 5. TARTIŞMA

Engelli bireye sahip ailelerde psikolojik sağlamlık ve bakım veren yükü ilişkisinin incelendiği bu araştırma kapsamında ulaşılan bulgulara ilişkin değerlendirmeler aşağıda ifade edilmiştir.

Araştırmada öncelikle çalışmaya iştirak eden katılımcıların psikolojik sağlamlık ve bakım verme yükü düzeyleri ele alınmıştır. Bu çerçevede psikolojik sağlamlık ölçeğine ilişkin tanımlayıcı istatistikler sonucunda; katılımcıların genel psikolojik sağlamlık düzeyinin “orta” düzeyde olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2). Literatürde bu çalışmadaki sonuçlar ile uyumlu sonuçlara ulaşılan çalışmalar bulunduğu görülmüştür. Eroğlu ve ark. (2015)’nin özel gereksinimli ve normal gelişim gösteren çocukların annelerin psikolojik sağlamlık düzeyini inceledikleri ve çalışmada, özel gereksinimli çocukların annelerinin orta düzeyde psikolojik sağlamlığa sahip olduğu belirlenmiştir. Yağmur ve Türkmen (2017) tarafından yapılan ruhsal hastalığı olan bireylere bakım sağlayan aile bireylerinde psikolojik dayanıklılığı inceledikleri çalışmada aile bireylerinin normal düzeyde psikolojik dayanıklılığa sahip oldukları belirlenmiştir. Tura (2017)’nin engelli çocuğu bulunan ve bulunmayan annelerde anksiyete, psikolojik sağlamlık ve depresyon düzeyini inceledikleri çalışmada engelli çocuk sahibi annelerin normal gelişime sahip olan çocuğa sahip annelere kıyasla daha düşük seviyede psikolojik sağlamlığa sahip olduğu belirlenmiştir.

Araştırma kapsamında bakım verme yükü ölçeğine ilişkin tanımlayıcı istatistikler sonucunda katılımcıların bakım verme yükünün “orta” düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.3). Literatür incelendiğinde, benzer sonuçlara ulaşılan çalışmalar olduğu görülmektedir. Gupta ve ark. (2014)’nin şizofreni hastalarına bakım verenlerde psikolojik iyi oluş ve bakıcı yükü arasındaki ilişkiyi inceledikleri ve 100 hasta yakınının iştirak ettiği çalışmada, bakım verenlerde “orta” düzeyde bakıcı yükü olduğu tespit edilmiştir. Coşkun (2013) tarafından yapılan çalışmada fiziksel engelli çocuk sahibi ebeveynlerde bakım yükü ile aile işlevleri değerlendirilmiş, çalışma sonucunda engelli birey ebeveynlerinde “orta” düzeyde bakım yükü tespit edildiği bildirilmiştir.



Müteakiben ailesinde engelli birey bulunan bireylerin psikolojik sağlamlık ve bakım verme yükü düzeylerinin demografik özelliklere bağlı olarak değişip değişmediği incelenmiştir.

Psikolojik sağlamlığa ilişkin olarak gerçekleştirilen fark testleri sonucunda; eğitim durumu, yaş ve bakım verme süresine göre bireylerin psikolojik sağlamlık seviyelerinin farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 4.5, Tablo 4.6 ve Tablo 4.8).

Bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyleri cinsiyet bağlamında incelendiğinde, erkeklerin psikolojik sağlamlık düzeylerinin kadınlardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4.4).

Araştırmada katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyleri gelir durumuna göre ele alındığında, gelir durumu ile psikolojik sağlamlık arasında pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.7). Yağmur ve Türkmen (2017) de çalışmalarında, bu çalışma sonucunu destekler şekilde geliri yüksek olan kişilerin psikolojik dayanıklılık seviyelerinin yüksek olduğunu bildirmiştir. Ekonomik olarak daha tatmin edici bir yaşam sürdüren bireylerin problemler karşısında dışsal kaynaklara erişimi daha kolay olabilmektedir. Diğer taraftan gelir durumu iyi olan bireyler ailelerindeki engelli bireyin gereksinimleri ile barınma, tatil vb. ihtiyaçlarını daha rahat karşılayabildiğinden, diğer bireylere kıyasla daha fazla psikolojik sağlamlık gösterebilirler.

Bakım verme yüküne ilişkin olarak yapılan fark testleri neticesinde; yaş ve bakım verme süresine göre bireylerin bakım verme yükü algılarının farklılık göstermediği belirlenmiştir (Tablo 4.5 ve Tablo 4.8). Yapılan literatür incelemesinde; bu çalışmadaki sonucu destekler şekilde bakım veren bireylerin algıladıkları bakıcı yükü düzeyinin yaşa göre farklılık göstermediğini ortaya koyan çalışmalar bulunduğu görülmektedir (Karaaslan, 2015; Coşkun, 2013). Bakım verme süresine ilişkin ilgili literatürde ise bu çalışmada ulaşılan sonuçtan farklı olarak, bakım verme süresinin algılanan bakım yükü ile pozitif ilişkili olduğu ve bakım süresi uzadıkça bireylerin algıladıkları bakım yükünün arttığını belirten çalışmalar bulunmaktadır (Gupta ve ark., 2014; Oğul ve ark., 2013; Öztürk vd, 2017). Söz konusu farklılığın araştırma örnekleminde kaynaklanabileceği değerlendirilmektedir.

Cinsiyete göre bireylerin bakım verme yükü ele alındığında, kadınların erkeklere nazaran daha fazla bakım verme yükü algıladıkları tespit edilmiştir (Tablo 4.4). Karaaslan

(2015) çalışmasında engelli çocuğu bulunan ailelerde annelerin algıladıkları bakım yükünün babalardan daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde Sivrikaya ve Tekinarslan (2013)'ın zihinsel yetersizliği bulunan çocuk sahibi annelerde aile stresi, sosyal destek ve aile yükünü inceledikleri çalışmasında, annelerin algıladıkları yükün babalara kıyasla daha fazla olduğu bildirilmiştir.

Katılımcıların bakım verme yükleri eğitim durumlarına göre karşılaştırıldığında, ilköğretim ve altı eğitim düzeyindeki bireylerin lise mezunlarına nazaran daha fazla bakım verme yükü algıladıkları görülmüştür (Tablo 4.6). Çalışmada ulaşılan bu sonuç, aile eğitim seviyesinin artmasıyla birlikte engelli bireye yönelik olarak karşılaşılan sorunları çözme becerilerinin de artacağı şeklinde yorumlanmıştır. Literatürde, bu çalışmadaki sonuç ile uyumlu olarak engelli birey ebeveynlerinin eğitim durumlarının bakım yükünü arttırdığı/azalttığı (Bildirici, 2014; Akarsu, 2014) ya da bakım yüküne etki etmediği (Çoşkun, 2013) hususunda çalışmalar bulunmaktadır. Konuya dair söz konusu farklılıkların, araştırmaların gerçekleştirildiği yerlerdeki kültür, aile yapıları veya engelli bireylere ilişkin farklı değişkenlerden kaynaklanabileceği değerlendirilmiştir.

Gelir durumuna göre engelli yakınlarının bakım verme yükü incelendiğinde, bakım yükü ve gelir durumu arasında negatif ilişki bulunduğu ve bireylerin gelirleri arttıkça algıladıkları bakım yükünün azaldığı tespit edilmiştir (Tablo 4.7). Engelli birey ailelerinde bireyin engel türüne bağlı olarak gereksinim duyulan tıbbi bakım ile araç ve gereçler, iletişim vb. harcamaların artabilmektedir. Gelir durumunun yetersizliğinin de çocuk bakımı, eğitim ve tedavisi gibi masrafların karşılanamamasına neden olarak engelli yakınlarının algıladıkları bakım yükünün artmasına neden olabileceği değerlendirilmiştir. Çalışmada ulaşılan bu sonuca paralel şekilde Özdemir ve ark. (2009) ve Coşkun (2013) da çalışmalarında, artan gelirle birlikte bireylerin algıladıkları bakım yükünün azaldığını bildirmişlerdir.

Araştırma kapsamında son olarak psikolojik sağlamlık ile bakım verme yükü arasında ilişki korelasyon analizinden istifade edilerek incelenmiştir. Yapılan analiz sonucunda katılımcıların psikolojik sağlamlık düzeyleriyle bakım verme yükü düzeyleri arasında “zayıf” ve “negatif” yönlü ilişki belirlenmiştir (Tablo 4.9). Diğer bir ifadeyle ailelerinde engelli kimselerin bulunduğu bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyleri arttığında, algıladıkları bakım yükünün azaldığı görülmüştür. Çalışmada ulaşılan bu sonuç literatür ışığında beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. Scott (2013)'ın

stres ve bakım yükü arasındaki ilişkide psikolojik sağlamlığın aracı rolünü incelediği çalışmada bakım veren bireylerin psikolojik sağlamlık düzeyleri arttığında bakıcı yükü düzeylerinin azaldığı bildirilmiştir. Gupta ve ark. (2014)'ün psikolojik iyi oluş ve bakıcı yükü arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmasında da bakım yükü ile psikolojik iyi oluş arasında negatif yönlü ve güçlü ilişki bulunduğu belirtilmiştir. Yağmur ve Türkmen (2017) tarafından yapılmış olan çalışmada ruhsal hastalığı olan aile üyelerine bakım veren bireylerde, algılanan stres ve psikolojik dayanıklılık arasında negatif ilişki bulunduğu tespit edilmiştir. Karaslan (2015) zihinsel engelli ocuk sahibi bireylerle gerçekleştirdiği çalışmasında, ebeveynlerde bakım yükü arttıa psikolojik sağlığın olumsuz etkilendiği ifade edilmiştir.



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ailesinde engelli kimse olan bireylerin psikolojik sağamlık düzeyleri ile algıladıkları bakım verme yükü arasındaki ilişkinin ele alındığı ve psikolojik sağamlık ve bakım verme yükünün bireylerin demografik özelliklere göre farklılık gösterip göstermediğinin incelendiğı bu araştırmada 80 bireyin katılımıyla çalışma icra edilmiştir. Çalışma kapsamında yapılan anket uygulamasında elde edilen veriler SPSS 24.0 programıyla analize tabi tutulmuştur. Çalışmada ulaşılan sonuçlar ile geliştirilen öneriler aşağıda belirtilmiştir.

### 6.1. Sonuçlar

Araştırma kapsamında ulaşılan sonuçlar şu şekildedir:

- i. Ailesinde engelli bulunan bireylerin psikolojik sağamlıkları ve bakım yükleri “orta” düzeydedir. Psikolojik sağamlık ile bakım yükü arasında negatif ilişki bulunmaktadır. Psikolojik sağamlık düzeyleri arttıkça bireyler daha az bakım yükü algılamaktadır.
- ii. Bireylerin psikolojik sağamlık düzeyleri yaş, eğitim durumu ve bakım verme süresine göre farklılık göstermemektedir. Erkeklerin kadınlara nazaran psikolojik sağamlık düzeyleri daha yüksektir. Gelir durumuyla psikolojik sağamlık arasında ise pozitif yönde bir ilişki bulunmakta olup, bireylerin gelirleri arttıkça psikolojik sağamlık düzeyleri de artış göstermektedir.
- iii. Bireylerin bakım verme yükü yaş ve bakım verdikleri süreye göre farklılaşmamaktadır. Kadınlar erkeklere göre bakım yükünü daha fazla algılamaktadır. Bakım verme yükü ile gelir durumu arasında negatif ilişki mevcut olup, gelir düzeyleri arttıkça bireylerin algıladıkları bakım yükü azalmaktadır. İlköğretim mezunları lise mezunlarına kıyasla daha fazla bakım yükü algılamaktadır.

## 6.2. Öneriler

Çalışma kapsamında ulaşılan sonuçlar ve literatür ışığında hazırlanan öneriler aşağıda belirtilmiştir.

- i. Engelli bireylerin bakımı ile ilgilenmek engelli ailelerine büyük yükler getirmektedir. Bilhassa toplumumuzda kadınlar engelli bireylerin bakımlarında birinci derece sorumluluk üstlenmekte, engelli bireylerle daha fazla vakit geçirmelerine bağlı olarak da bakım yükü olarak tanımlanan çeşitli güçlükleri daha fazla algılamaktadır. Bu bağlamda, engelli bireyler için bakım sorumluluğunu üstlenen kadınlara yönelik olarak sağlanabilecek psikolojik destekler ile söz konusu bireylerin psikolojik sağlık düzeylerinin artırılabilceğı, buna bağılı olarak da algıladıkları bakım verme yükünün azaltılabileceğı değerlendirilmektedir.
- ii. Engelli yakınlarının psikolojik sağlamlık düzeylerini artırmak üzere bu kişilerin düzenli olarak iştirak edebileceğı seminer, danışmanlık hizmeti gibi etkinlikler düzenlenmesi sağlanabilir.
- iii. Araştırma herhangi bir engel türü gözetilerek yürütölmemiştir. Gelecek dönemde yapılacak engel türünün çalışma değişkenleri üzerindeki etkisini incelemek adına, farklı engel türüne sahip bireylerin ailelerinin araştırmaya iştirak ettirilmesinin ve karşılaştırmalı çalışmalar yapılmasının uygun olacağı düşünölmektedir.
- iv. Araştırma örnekleminin; eğitim düzeyi bakımından ilköğretim ve lise düzeyi, yaş olarak da 26-45 yaş arası katılımcıları içerdığı dikkate alındığında araştırma sonuçlarının kapsayıcılığının arttırılması adına daha geniş ve farklı demografik özellikleri taşıyan katılımcıların iştiraki ile yeni araştırmalar gerçekleştirilmesinin uygun olacağı düşünölmektedir.
- v. Engelli yakınlarının psikolojik durumlarının daha detaylı olarak ele alınması için derinlemesine görüşmeleri içeren nitel çalışmaların yapılmasının literatüre katkı yapacağı değerlendirilmektedir.

## 7. KAYNAKLAR

- AĞARGÜN MY, BEŞİROĞLU L, KIRAN ÜK, ÖZER ÖA, KARA H. (2005). COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik Özelliklere İlişkin Bir Ön Çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 6(4):221-6.
- AKALIN ŞH, TOPARLI R., ARGUNŞAH M, DEMİR N, GÖZAYDIN N, ÖZYETGİN M. ve ark. (2011). *Türkçe Sözlük*, 11.bs. Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.
- AKARSU Ö. (2014). Zihinsel Yetersiz Çocukların Aile Yüğü, Öz bakım Becerileri, Annelerinin Yaşam Doyumu ve Etkileyen Faktörler. Yüksek Lisans Tezi. Trakya Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Edirne.
- AKÇAKIN M, ERDEN G. (2001). Otizm Tanısı Konmuş Çocukların Anne Babalarındaki Ruhsal Belirtiler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 8 (1):2-10.
- AKDAĞ-ŞENYURT A, TANAY G, ÖZGÜL H, BİRER KELLEÇİ L, KARA Ö. (2011). Türkiye’de engellilik temelinde ayrımcılığın izlenmesi raporu 2010, İstanbul, İstanbul Bilgi Üniversitesi İnsan Hakları Uygulama ve Araştırma Merkezi, s. 13-15.
- AKPINAR, B. (2009). Alzheimer hastalığı olan bireye bakım verenlerin cinsiyetinin bakım veren yükü üzerine etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- AKTÜRK Ü, (2012). Engelli çocuğu olan anne babaların kaygı düzeyi ve başa çıkma stratejilerinin değerlendirilmesi, Yüksek lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya
- ALLENDER, JA. SPRADLEY, BW. (2001). Clients In Home Health, Hospice, and LongTerm Settings, *Community Health Nursing Concepts and Practice*, Lippincott, 739-753.
- ANDERSON, KA., & FIELDS, NL. (2013). Relationships between resilience and well-being in family caregivers to Holocaust survivors. *Zeszyty Pracy Socjalnej*, 18(4). 233-244.

- ARMSTRONG MI., ve ark., (2005). Pathways Between Social Support, Family Well-Being, Quality Of Parenting, And Child Resilience: What We Know?”, *Journal of Child and Family Studies*, C.14, S. 2, ss.269– 281.
- AŞİRET GD. (2011). Hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- ATAGÜN Mİ., BALABAN ÖD., ATAGÜN Z., ELAGÖZ M., ÖZPOLAT A. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Piskiyatride Güncel Yaklaşımlar* 3(3):513-52.
- AYKARA, A. (2009). Kaynaştırma eğitiminde yer alan bedensel engelli öğrencilerin sosyal uyum konusunda yaşadığı güçlükler, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- BEKHET, AK., JOHNSON, NL., & ZAUSZNIIEWSKI, JA. (2012). Effects on resilience of caregivers of persons with autism spectrum disorder: The role of positive cognitions. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 18(6), 337-344.
- BERGSTRÖM AL, ERIKSSON G, VON KOCH L, THAM K. (2011). Combined life satisfaction of persons with stroke and their caregivers: associations with caregiver burden and the impact of stroke. *Health Qual Life Outcome* 11(9), 1-10.
- BİLAL E. ve DAĞ İ. (2005). Eğitilebilir zihinsel engelli olan ve olmayan çocukların annelerinde stresi stresle başa çıkma ve kontrol odağının karşılaştırılması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 12, 56-68.
- BİLDİRİCİ F, (2014). Özel Eğitime Gereksinimi Olan Çocuğa Sahip Ailelerde Aile Yüğü ile Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişki Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- BONANNO, GA., GALEA, S., BUCCIARELLİ, A. ve VLAHOV, D. (2006). Psychological resilience after disaster: The New York City in the aftermath of the September 11th terrorist attack. *Psychological Science*. 17(3), 181-186.

- BONANNO, G., WESTPHAL, M. ve MANCINI, AD. (2011). Resilience to Loss and Potential Trauma. *Annual Review of Clinical Psychology*. 7, 511-535.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge: Harvard University Press.
- BRONFENBRENNER, U. (Ed.). (2005). *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- BRONFENBRENNER, U. ve CECİ, SJ. (2005). Heredity, Environment, and the Question "How": A First Approximation. İçinde U. Bronfenbrenner (Ed.), *Making human beings human: Bio-ecological perspectives on human development* (ss. 174-184). Thousand Oaks, CA: Sage.
- CANGÜR, Ş., CİVAN, G., ÇOBAN, S., KOÇ, M., KARAKOÇ H., BUDAK, S., İPEKÇİ, E., ANKARALI, H. (2013). Düzce ilinde bedensel ve/veya zihinsel engelli bireylere sahip ailelerin toplumsal yaşama katılımlarının karşılaştırılmalı olarak değerlendirilmesi, *Düzce, Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* (3) s. 1-9.
- CARD, NA. Ve BARNETT, MA. (2015). Methodological Considerations in Studying Individual and Family Resilience. *Family Relations*. 64(1), 120-133.
- CARD, N., LITTLE, T. ve BOVAIRD, J. (2007). Modeling Ecological and Contextual Effects in Longitudinal Studies of Human Development. İçinde T. D. Little, J. A. Bovaird, & N. A. Card (Ed.), *Modeling ecological and contextual effects in longitudinal studies* (ss. 1-12). Mahwah: Erlbaum.
- CARLSON, DJ. (2001). Development and Validation Of A College Resilience Questionnaire, Doktora Tezi, Nebraska: Interdepartmental Area of Psychological and Cultural Studies, University of Nebraska.
- CAYKAYTAR A, 1998. Zihinsel engellilere özbakım ve ev içi becerilerinin öğretiminde bir aile eğitimi programının etkililiği, Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.



- CHATCHEYDANG, J. (2005). Factor influencing health-related quality of life of female caregivers of elderly stroke survivors in Thailand. Doctor's thesis. Rochester University, Rochester, New York.
- CHOU, K. (2000). Caregiver Burden: A Concept Analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6), 398–407.
- CHOU, K., CHU, H., TSENG, C., Lu, R. (2003). The Measurement Of Caregiver Burden. *J Med Science*, 23(2), 73-82.
- COIE, JD., ve ark. (1993). The Science of Prevention: A Conceptual Framework and Some Directions for a National Research Program, *American Psychologist*, C.48 S.10, ss.1013-1022.
- ÇOŞKUN, D. (2013). Fiziksel Engelli Çocuğu Olan Ebeveynlerde Bakım Yükünün Ve Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum.
- ÇOŞKUN, Y., & AKKAŞ, G. (2009). Engelli çocuğu olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri ile sosyal destek algıları arasındaki ilişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(1), 213-227.
- ÇANKAYA S, 2013. Zihin engellilere öz bakım ve ev içi becerilerinin öğretiminde ailelere yönelik beceri öğretimi yazılımının geliştirilmesi ve değerlendirilmesi, Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- DANIŞ MZ, 2006. Zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin yaşadığı duygular, çocuklarının geleceğine ilişkin düşünceleri ve umutsuzluk düzeyleri çalışması, Ankara, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, Cilt 17 Sayı 2, s. 315-22.
- DÖKMEN, ZY. (2012), Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 3(1):3-38.
- DURLAK, JA. (1998). Common risk and protective factors in successful prevention programs. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 512-520.

- ELMALI, M., ALTIPARMAK, G., DİNÇ M., ÖZTÜRK S. (2013). Psikolojik danışman ve rehber öğretmenlere yardımcı el kitabı, Kilis, Kilis Rehberlik ve Araştırma Merkezi.
- EMİNAĞAOĞLU, N. (2006). Güç Koşullarda Yaşayan Sokak Çocuklarında Dayanıklılık. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. İzmir
- ERDOĞAN B, (2013). Evde bakım hizmeti alan özürlü bireye sahip ailelerin sosyo-ekonomik durumlarının incelenerek, umutsuzluk ve yaşam doyum düzeylerinin belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- EROĞLU, Y., PEKER, A. ve ÖZCAN, N. (2015). Özel Gereksinimli Çocuğa Sahip Anneler ile Tipik Gelişim Gösteren Çocuğa Sahip Annelerin Psikolojik Sağlamlık, İyilik Hali ve Mutluluk Düzeylerinin İncelenmesi. *Sakarya University Journal of Education*, 5(3), 142-150.
- FERGUS S., ZİMMERMAN, MA. (2005). Understanding Healthy Development in the Face of Risk, *Annu. Rev. Public Health*, C. 26, S.1, ss.399–419.
- FERGUS, S. ve ZİMMERMAN, MA. (2005). Adolescent Resilience: A Framework For Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review of Public Health*. 26(1), 399-419.
- FERGUSON, DM., & HORWOOD, LJ. (2003). Resilience to childhood adversity: Results of a 21-year study. (Ed. Suniya S. Luthar) *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*, Cambridge University Press 130-155.
- FRASER, M. W., GALİNSKY, MJ., & RİCHMAN, JM. (1999). Risk, protection, and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice. *Social Work Research*, 23(3), 131-143.
- FRİBORG, O., HJEMDAL, O., ROSENVİNGE, JH., & MARTİNUSSEN, MA. (2003). New rating scale for adult resilience: What are the central protective resources

behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 12, 65–76.

FRIEDRICH WN., WILTURNER LT., COHEN DS. (1985). Coping Resources and Parenting Mentally Retarded Children. *Am J Ment Defic* 90(2):130-9.

GARCÉS, J., CARRETORE, S., RÓDENAS, F. ve ALEMÁN, C. (2009). A review of programs to alleviate the burden of informal caregivers of dependent persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2016, 6-12.

GOLDSTEIN S., BROOKS, R. (2005), Why Study Resilience?, *Handbook of Resilience in Children*, Goldstein, Eds. Sam ve Brooks, Robert B., 1.b., New York: Springer, 2005, ss. 3- 17.

GREENE, R. (2002). Human behavior theory: A resilience orientation. (Ed: R. Greene) *Resiliency: An integrated approach to practice, policy, and research*. Washington, DC: NASW Press.

GUPTA, A., SOLANKI, R. K., KOOLWAL, G. D., & GEHLOT, S. (2015). Psychological well-being and burden in caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Medical Science and Public Health*, 4(1), 70-76.

GÜRGAN, U. (2006). Grupla Psikolojik Danışmanın Üniversite Öğrencilerinin Yılmazlık Düzeylerine Etkisi. Ankara: Ankara Üniversitesi.

HINOJOSA, MS., ZSEMBİK, B. ve RITTMAN, M. (2009). Patterns of informal care among Puerto Rican, African, American and white stroke survivors. *Ethnicity & Health*. 1-16.

HOWARD S., DRYDEN, J. ve JOHNSON, B. (1999). Childhood Resilience: Review And Critique Of Literature, *Oxford Review of Education*, C.25, S. 3, ss.307 – 323.

IŞIK K. (2013). Yaşlı Hastaya Evde Bakım Verenlerin Yaşam Doyumları ile Bakım Yükleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.

- İNÇİ, HF. (2006). Bakım Verme Yüğü Ölçeğı'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli.
- JAFFEE, SR., CASPI, A., MOFFITT, TE., POLO-TOMAS, M., & TAYLOR, A. (2007). Individual, family, and neighborhood factors distinguish resilient from nonresilient maltreated children: A cumulative stressors model. *Child Abuse & Neglect*, 31, 231–253.
- JOHNSON, J., GOODING, PA., WOOD, AM., & TARRIER, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 179-186.
- JOHNSON, JL., & WIECHELT, SA. (2004). Introduction to the special issue on resilience. *Substance Use and Misuse*, 39, 657–670.
- KANDEL, E., MEDNICK, SA., KIRKEGAARD SORENSEN, L., HUTCHINGS, B., KNOP, J., ROSENBERG, R., & SCHULSINGER, F. (1988). IQ as a protective factor for subjects at high risk for antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 224-226.
- KAPLAN HB. (1999), Toward An Understanding Of Resilience: A Critical Review Of Definitions And Models, İçinde *Longitudinal Research In The Social And Behavioral Sciences. Resilience And Development: Positive Life Adaptations*, Ed. M. D. Glantz & J. L. Johnson, 1999, ss. 17-83.
- KARAASLAN, MM. (2015) Zihinsel Engelli Çocuğı Olan Ebeveynlerin Psikolojik Durumları İle Bakım Yüğü'nün Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum.
- KARADUMAN A., YILMAZ TÖ., (2010). *Özürlü çocuğı olan aileler için rehber*, Sosyal ve Beşeri Araştırmalar Grubu (SOBAG) Proje Kitapçığı, Ankara.
- KARAHAN, A. ve GÜVEN, S. (2002) Yaşlılıkta Evde Bakım. *Türk Geriatri Dergisi*, 5 (4): 155–159.

- KARAIIRMAK Ö. (2007). Deprem Yaşamış Bireylerde Psikolojik Sağlamlığa Etki Eden Kişisel Faktörlerin İncelenmesi: Bir Model Test Etme Çalışması, Doktora Tezi, Ortadoğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- KARAIIRMAK Ö. (2006). Psikolojik Sağlamlık, Risk Faktörleri Ve Koruyucu Faktörler”. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, C. 26, S.3, ss. 129-142.
- KASUYA, RT., POLGAR-BAİLEY, P., TAKEUCHİ, R. (2000). Caregiver Burden And Burnout. *Postgrad. Med.*, 108(7): 119-123.
- KIRCALI-İFTAR, G. (1998). *Özel Eğitim: Özel gereksinimli bireyler ve özel eğitim*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi, Açık Öğretim Yayınları.
- KİNSELLA, G., COOPER, B., PICTON, C., et al. (1998) A Review of The Measurement of Caregiver and Family Burden In Palliative Care. *Journal of Palliative Care*, 14(2): 37-45.
- KLEBANOV, PK., BROOKS-GUNN, J. ve DUNCAN, GJ. (1994). Does Neighborhood and Family Poverty Affect Mothers' Parenting, Mental Health, and Social Support? *Journal of Marriage and the Family*. 56(2), 441-455.
- KUMPFER KL., (1999). Factors and Processes Contributing to Resilience: The Resilience Framework, *İçinde Resilience and Development :Positive Life Adaptations*, Eds. Glantz, Meyer D. ve Johnson, Jeanette L., 1.b., New York: Kluwer Academic Publishers, ss.179-225.
- KUMPFER, KL. (1999). Factors and Processes Contributing to Resilience: The Resilience Framework. *İçinde M. D. Glantz & J. L. Johnson (Ed.), Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (ss. 179-224). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- LARSEN, LS. (1998). Effectiveness of acounseling intervention to assist family of cronically ill relatives. *Journal of Psychosocial Nursing*, 36(8), 26-32.
- LERNER, R. (2006). Resilience as an attribute of the developmental system: Comments on the papers of Professors Masten & Wachs. *İçinde B. Lester, A. Masten, & B. McEwen (Eds.), Resilience in children* (ss. 40-51)

- LONGMAN (2010). Care, Longman Dictionary of Contemporary English. İngiltere: Pearson Education.
- LUTHAR, SS. (2006). Resilience in Development: A Synthesis of research across five decades. D. Cicchetti, & D. J. Cohen (Ed.), *Developmental psychopathology: risk, disorder, and adaptation* içinde (pp. 739-795). New York: Wiley.
- LUTHAR, SS. ve BROWN, P. (2007). Maximizing Resilience Through Diverse Levels Of Inquiry: Prevailing Paradigms, Possibilities, and Priorities For The Future. *Development and Psychopathology*. 19, 931-955.
- LUTHAR, SS. ve ZİGLER, E. (1991). Vulnerability and Competence: A Review of Research on Resilience in Childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*. 61(1), 6-22.
- LUTHAR, SS., CİCCHETTI, D. ve BECKER, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*. 71, 543-562.
- MACİT, Y. (2017). Evde Bakım Hizmeti Alan Engelli Bireye Sahip Ailelerin Bakım Verme Yükleri ile Yaşam Kalitelerinin Belirlenmesi: Amasya Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- MANNİON, E. (1996). Resilience and burden in spouses of people with mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(2), 13-23.
- MASTEN, AS. (2001). Ordinary Magic: Resilience Processes in Development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- MASTEN, AS., & COATSWORTH, JD. (1998). The Development of Competence in Favorable and Unfavorable Environments: Lessons From Research on Successful Children. *American Psychologist*, 53(2), 205-220.
- MASTEN, AS., & REED, M.-GJ. (2002). Resilience in Development. C. R. Snyder, & S. J. Lopez içinde, *Handbook of Positive Psychology* (s. 74-88). New York: Oxford University Press.

- MASTEN AS., RILEY, JR. (2005). Resilience in context. In *Resilience in Children, Families, and Communities: Linking Context to Practice and Policy*. Eds. Peters, R. D.; Leadbeater, B. ve McMahon, R. J. Kluwer, New York: Academic/Plenum, ss.13–25.
- MASTEN, AS. (1994). Resilience in individual development: Successful adaptation despite risk and adversity. (Ed: M.C. Wang ve E.W. Gordon) *Educational resilience in inner-city America: Challenges and prospects*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- MASTEN, AS. ve TELLEGEN, A. (2012). Resilience in Developmental Psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*. 24(2), 345-361.
- MASTEN, AS., & POWELL, JL. (2003). A Resilience framework for research, policy and practice. S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* içinde (pp. 1-26). New York: Cambridge University Press
- MCADAM-CRISP JL. (2006). Factors That Can Enhance And Limit Resilience For Children Of War. *Childhood*, V.13, S.4, 2006, ss.459-477.
- MCCORKLE, R., GRANT, M., FRANK, S. M. ve BAIRD, S. (1996). *Cancer Nursing: A Comprehensive Textbook*, W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- MORIMOTO, T., ANDREA, S.S., ASANO, H. (2003). Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregiver. *Age and Ageing*, 32(2), 218-223.
- MURPHY, LB. (1987). Further reflections on resilience. (Ed: E. J. Anthony ve B. J. Cohler) *The Invulnerable Child*. New York: The Guilford Press.
- OĞUL, Ö. E., DÜZ, H., & BUMİN, G. (2013). İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Görülen Bakım Yüğü, Anksiyete ve Depresyon Durumunun İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 1(2), 136-137.

- OĞULTÜRK N, 2012. Zihinsel engelli çocuğa sahip ailelerin, aile işlevlerini etkileyen etmenler: Çankaya belediyesinden hizmet alan aileler üzerinde bir değerlendirme, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara
- OĞUZ Y., TEPE H., ÖRNEK- BÜKEN N., KUCUR DK. (2005). *Biyoetik Terimleri Sözlüğü* 1.bs. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu.
- OLSSON, CA., BOND, L., BURNS, JM., VELLA-BRODRICK, DA. ve SAWYER, SM. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26(1), 1-11.
- ÖZDEMİR FK, Şahin ZA, Küçük D. (2009). Kanserli çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*, 26:153-158.
- ÖZTÜRK, YE., ŞENTÜRK, Ş., & MACİT, Y. (2017). Evde Bakım Hizmeti Alan Engelli Bireye Sahip Ailelerin Bakım verme yüklerinin Belirlenmesi: Amasya Örneği. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 48-67.
- ÖZİDA, (2004). *Türkiye Özürlüler Araştırması 2002*, Ankara, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası Yayın No: 2913, s. 5-27.
- ÖZLÜ, A., YILDIZ, M. ve AKER, T. (2009). Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Noropsikiyatri Arşivi*, 46, 38-42.
- ÖZTÜRK M., SERENLİ A. (2011). *Türkiye’de Engelli Gerçeği*. MÜSİAD Cep Kitapları: 30. İstanbul: Ajansvısta Matbaacılık.
- PINAR, E. (2018). Özel Eğitime Gereksinimi Olan Zihinsel Engelli Çocukların Annelerinin Başa Çıkma Becerileri İle Psikolojik Dayanıklılığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Haliç Üniversitesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- RADKE-YARROW, M., & BROWN, E. (1993). Resilience and vulnerability in children of multiple-risk families. *Development and Psychopathology*, 5, 581–592.



- RICHARDSON, GE. ve WAITE, PJ. (2002). Mental Health Promotion Through Resilience and Resiliency Education. *International Journal of Emergency Mental Health*. 4(1), 65-75.
- RUTTER M. (1987). Psychosocial Resilience and Protective Mechanism, *Journal of Orthopsychiatry*, C.3, S. 57, ss. 316-331
- RUTTER M. (1980), The Long-Term Effects Of Early Experiences, *Developmental Medicine and Child Neurology*, C.22, S.6, 1980, ss.800 – 815
- RUTTER, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. In J. Rolfe, D. Masten, D. Cicchetti, K. Neuchterlein, & S. Weintraub (Ed.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* içinde (pp. 316- 331). New York: Cambridge University Press.
- RUTTER, M. (2006). Implications of Resilience Concepts for Scientific Understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1094(1), 1-12.
- SARI, HY. (2007). Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerde aile yüklenmesi, *C.Ü Hem Yükksekokulu Der*, 11(2):1-7.
- SARIÇAM, H., İLBAY, A. B., UYSAL, R., ÇARDAK, M., & AKIN, A. (2012). Turkish version of the Short form of Resilience Appraisal Scale: The validity and reliability study. Paper presented at the International Counseling and Education Conference 2012 (ICEC 2012), May, 3-5, İstanbul, Turkey.
- SCHNEİDER, TR., LYONS, JB., & KHAZON, S. (2013). Emotional intelligence and resilience. *Personality and Individual Differences*, 55(8), 909-914.
- SCHOON, I. (2006). *Risk and Resilience*. New York: Cambridge University Press.
- SCOTT, CB. (2013). Alzheimer's disease caregiver burden: Does resilience matter?. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 23(8), 879-892.
- SEYYAR A, (2007). *Sosyal hizmetlerde bakım terimleri* (ansiklopedik sözlük). 1. basım, Ankara, Şefkatli Eller Yayıncılık, s. 12,22,30,42-5.

- SİVRİKAYA, T. ve TEKİNARSLAN, İÇ. (2013). Zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip annelerde stres, sosyal destek ve aile yükü. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*. 14. pp. 17-29.
- ŞENGÜL, S., BAYKAN, H. (2013). Zihinsel engelli çocukların annelerinde depresyon, anksiyete ve stresle başa çıkma tutumları. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 14(1), 30-39.
- ŞENTÜRK, SG., AKYOL, MA., & KUCUKGUCLU, O. (2018). The Relationship between Caregiver Burden and Psychological Resilience in Caregivers of Individuals with Dementia. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 1223.
- TAŞDELEN P, ATEŞ M. (2012). Evde Bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3):22-9.
- TEMİZER, H. (2009). İnmeli hastalara evde bakan aile üyelerine verilen hemşirelik görüşmelerinin bilgi düzeylerine ve bakım yükünü algılamalarına etkisi. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Erzurum.
- THE HERITAGE ILLUSTRATED DICTIONARY OF THE ENGLISH LANGUAGE. (1973). New York: American Heritage Publishing Co., Inc.
- THE RANDOM HOUSE DICTIONARY OF THE ENGLISH LANGUAGE. (1967). New York: Random House.
- TOSELAND, RW., SMİTH, G., MCCALLİON, P. (2001) Family Caregivers of The Frail Elderly, *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations*, (Gitterman, A. Editor) Columbia University Press.
- TUNÇ M, (2011). Zihinsel engelli çocuğa sahip annelerin yaşam kalitesini etkileyen etmenler: Yenimahalle ilçesi örneği Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- TURA, G. (2017). Engelli çocuğu olan ve çocuğu engelli olmayan annelerin anksiyete, depresyon ve psikolojik sağlamlık düzeylerinin incelenmesi. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(18), 30-36.

- TÜMLÜ, G. Ü., & RECEPOĞLU, E. (2013). Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumu Arasındaki ilişki. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 3(3), 205-213.
- ULUTAŞDEMİR, N., (2007). Engelli çocukların eğitimi, Elazığ, *Elazığ Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* Cilt:2, Sayı: 5, s. 119-30.
- UNGAR, M. (2005) Introduction: Resilience Across Cultures and Contexts. İçinde M. Ungar (Ed.), *Handbook For Working With Children and Youth: Pathways to Resilience Across Cultures and Contexts* (ss.xv-xxxix) Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- UNGAR, M. (2008). Resilience Across Cultures. *British Journal of Social Work*. 38(2), 218-235.
- UNGAR, M. ve LERNER, R. M. (2008). Introduction to a Special Issue of Research in Human Development: Resilience and Positive Development Across the Life Span: A View of the Issues. *Research in Human Development*. 5(3), 135- 138.
- UNGAR, M. ve LIEBENBERG, L. (2005). The International Resilience Project: A Mixed Methods Approach to the Study of Resilience Across Cultures. İçinde M. Ungar (Ed.), *Handbook for working with children and youth: Pathways to resilience across cultures and contexts* (ss. 211–226). Thousand Oaks, CA: Sage.
- WEISSER, FB., BRISTOWE, K., & JACKSON, D. (2015). Experiences of burden, needs, rewards and resilience in family caregivers of people living with motor neurone disease/amyotrophic lateral sclerosis: a secondary thematic analysis of qualitative interviews. *Palliative medicine*, 29(8), 737-745.
- WERNER, E. (1984). Resilient children. <https://eric.ed.gov/?id=EJ314224>.
- WERNER, EE. (1993). Risk, resilience, and recover: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515

- WERNER, E. (2005). Resilience and recovery: Findings from the Kauai longitudinal study. *Research, Policy, and Practice in Children's Mental Health*, 19(1), 11-14.
- WERNER, EE. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Science*, 4(3), 81-85.
- VAİLLANT, GE. & DAVIS, JT. (2000). Social/emotional intelligence and midlife resilience in schoolboys with low tested intelligence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(2), 215-222.
- VOYDANOFF, P., & DONNELLY, BW. (1998). Parents' Risk and Protective Factors as Predictors of Parental Well-Being and Behavior. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 344-355.
- YAĞMUR, T. ve TÜRKMEN, S. N. (2017). Ruhsal Hastalığı Olan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinde Algılanan Stres ve Psikolojik Dayanıklılık. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 542-548.
- ZARİT S. (2004). Family care and burden at the end of life. *CMAJ* 170, 1811-1812.
- ZARİT SH, REEVER KE, BACH-PETERSON J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 20, 649-655.
- ZAUSZNIĞWSKI, JA, BEKHET, AK. & SURESKY, MJ. (2009). Effects on resilience of women family caregivers of adults with serious mental illness: The role of positive cognitions. *Archives of psychiatric nursing*, 23(6), 412-422.
- ZİMMERMAN, MA. ve ARUNKUMAR, R. (1994). Resiliency Research: Implications for Schools and Policy. *Social Policy Report: Society for Research in Child Development*. 8(4), 1-20.

## **EKLER**

### **EK-1: Anket Formu**

Değerli katılımcı,

Bu anket, “Engelli Bireylere Sahip Ailelerde Psikolojik Sağlamlık ve Bakım Yükü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” konulu yüksek lisans tezinde bulunan araştırma bölümü için hazırlanmıştır. Bu formla toplanacak bilgiler yüksek lisans tezinde bilimsel bir araştırmanın temelini oluşturacak ve başka bir amaçla kullanılmayacaktır.

Araştırma çerçevesinde aşağıda yer alan üç kısımdan oluşan bir anket hazırlanmıştır. Ankette yer alan soruların cevaplandırılmasında gösterilecek dikkat ve samimiyet araştırmanın değerini ortaya koyacaktır. Araştırma kapsamında gizlilik ilkesi uyarınca isim talep edilememekte olup, verilecek yanıtlar saklı kalacaktır.

Zaman ayırarak sunacağınız katkılar için teşekkürlerimi sunarım.

Arif TEKYILDIRIM

### **Kısım-1: Kişisel Bilgi Formu**

#### **1. Cinsiyetiniz nedir?**

a-) Kadın                      b-) Erkek

#### **2. Kaç yaşındasınız?**

a-) 18-25                      b-) 26-35                      c-) 36-45                      d-) 46 ve üstü

#### **3. Medeni haliniz nedir?**

a-) Bekar                      b-) Evli                      c-) Diğer

**4. Eğitim seviyeniz nedir?**

- a-) İlköğretim      b-) Lise      c-) Ön Lisans      d-) Üniversite

**5. Gelir durumunuz nedir?**

- a-) 1200-2020      b-) 2021-3000      c-) 3001-5000      d-) 5001 ve üzeri

**6. Çocuk sahibi misiniz?**

- a-) Evet      b-) Hayır

**7. Kaç yıldır bakım veriyorsunuz?**

- a-) 1 yıldan az      b-) 1-5 yıl      c-) 6-10 yıl      d-) 10 yıl üstü

## Kısım-2: Psikolojik Sağlamlığı Değerlendirme Ölçeği

Bu anketten elde edilen sonuçlar bilimsel bir çalışmada kullanılacaktır. Sizden istenilen bu ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirmeniz ve sizin için en uygun seçeneğin karşısına çarpı (X) işareti koymanızdır. Her sorunun karşısında bulunan; **(1) Hiç katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Kararsızım (4) Katılıyorum ve (5) Tamamen katılıyorum** anlamına gelmektedir. Lütfen her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız.

| NU | İFADE                                                                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1  | Eğer sorunlarım olsaydı, sorunlarımı paylaşabileceğim insanlar olurdu.          |   |   |   |   |   |
| 2  | Ailem ve arkadaşlarım beni çok destekler.                                       |   |   |   |   |   |
| 3  | Zor durumlarda duygularımı yönetebilirim.                                       |   |   |   |   |   |
| 4  | Olumsuz duygularıma tahammül edebilirim.                                        |   |   |   |   |   |
| 5  | Bir sorunla karşılaştığımda genellikle çözüm bulabilirim.                       |   |   |   |   |   |
| 6  | Eğer sıkıntıya düşersem kimlerin bana yardımcı olabileceğini bilirim.           |   |   |   |   |   |
| 7  | Ortaya çıkan problemleri genellikle çözebilirim.                                |   |   |   |   |   |
| 8  | Duygularımı kontrol edebilirim.                                                 |   |   |   |   |   |
| 9  | Genellikle problemlerin üstesinden gelecek bir yol bulabilirim.                 |   |   |   |   |   |
| 10 | İhtiyaç duyduğumda ailemi ya da arkadaşlarım beni dinleyeceğini bilirim.        |   |   |   |   |   |
| 11 | Bir engelle karşılaşırsam, problemi çözmek için muhtemelen bir yol bulabilirim. |   |   |   |   |   |
| 12 | Duygularımla başa çıkabilirim.                                                  |   |   |   |   |   |

### Kısım-3: Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

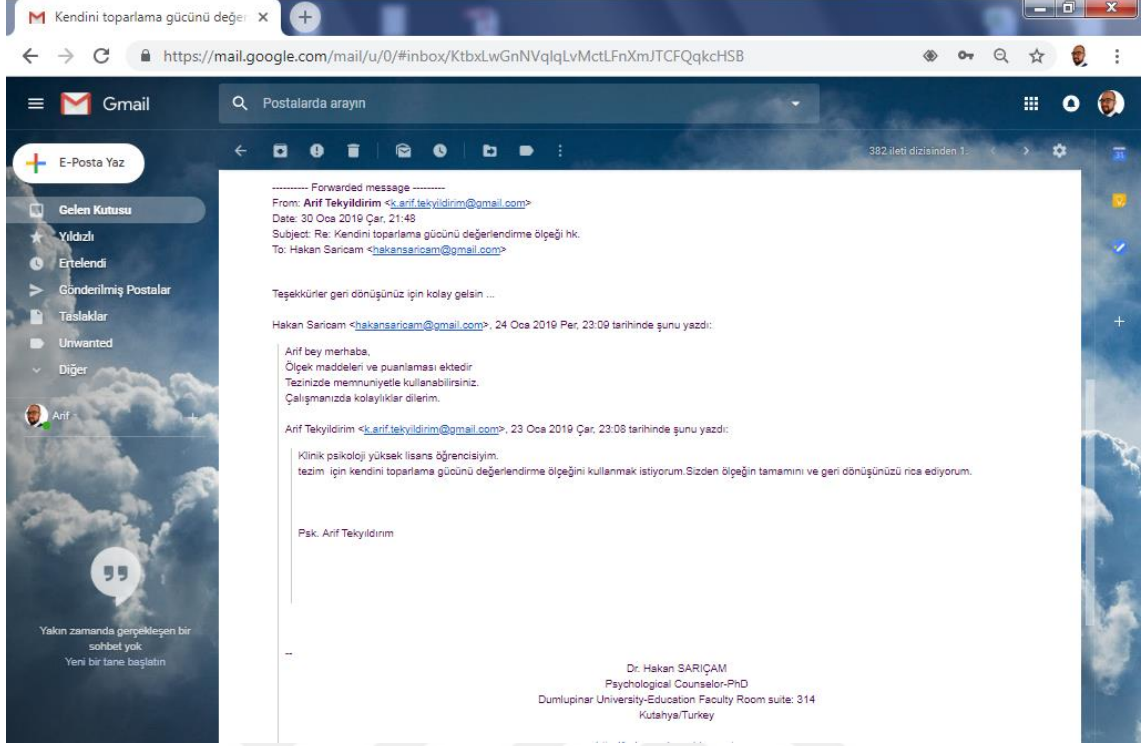
Aşağıda insanların bir başka insanın bakımını üstlendiğinde kendini nasıl hissedebileceğini yansıtan ifadelerden oluşan bir liste yer almaktadır. Her ifadeden sonar sizin ne kadar sık böyle hissettiğinizi belirtin. 1: Asla, 2: Nadiren, 3: Ara Sıra, 4: Oldukça Sık, 5: Neredeyse Her Zaman şeklinde. Yanlış ya da doğru cevap bulunmamaktadır.

| NU | İFADE                                                                                                                                                         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1  | Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?                                                           |   |   |   |   |   |
| 2  | Yakınıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz? |   |   |   |   |   |
| 3  | Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?                                                                                                          |   |   |   |   |   |
| 4  | Yakınınızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?                                |   |   |   |   |   |
| 5  | Yakınınızın geleceği ile ilgili korkularınız olur mu?                                                                                                         |   |   |   |   |   |
| 6  | Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?                                                                                                            |   |   |   |   |   |
| 7  | Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?                                                                                                        |   |   |   |   |   |
| 8  | Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hisseder misiniz?                                                                                     |   |   |   |   |   |
| 9  | Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?                                                                         |   |   |   |   |   |
| 10 | Yakınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hisseder misiniz?                                                                                  |   |   |   |   |   |
| 11 | Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?                                                                                 |   |   |   |   |   |
| 12 | Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğinizi hisseder misiniz?                                      |   |   |   |   |   |
| 13 | Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?                                                                    |   |   |   |   |   |
| 14 | Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hisseder misiniz?                                                                            |   |   |   |   |   |



| NU | İFADE                                                                                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 15 | Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?                               |   |   |   |   |   |
| 16 | Yakınınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hissedermisiniz?                                 |   |   |   |   |   |
| 17 | Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?                                      |   |   |   |   |   |
| 18 | Yakınınızın bakımı ile ilgili olarak daha iyisini yapabilirdim diye düşünür müsünüz?                     |   |   |   |   |   |
| 19 | Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz? |   |   |   |   |   |

## EK-2: Ölçek Kullanım İzni



# ÖZGEÇMİŞ

**Arif Tekyıldırım**

Elmalıkent Mahallesi

Bahçeler Sokak Çetinler Sitesi No:13 A Blok Daire 16

Ümraniye -İstanbul

+90 (0533) 962 98 36

E-mail: [k.arif.tekyildirim@gmail.com](mailto:k.arif.tekyildirim@gmail.com)



## KİŞİSEL BİLGİLER

Doğum Tarihi: 02,12,1990

Medeni Durum: Evli

Askerlik Durumu: Yapıldı

## EĞİTİM BİLGİLERİ

Üsküdar Üniversitesi

- Klinik Psikoloji (2015-2019)

İstanbul Aydın Üniversitesi (2009-2014)

- Psikoloji, Lisans

Hacı Sabancı Anadolu Lisesi (2005-2009)

## ÖZET

1990 yılında İstanbul'da doğdum. Lise Eğitimimi 2005-2009 yılları arasında İstanbul Hacı Sabancı Anadolu Lisesinde tamamladıktan sonra 2014 yılında İstanbul Aydın Üniversitesini bitirdim.2015 Yılında Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisansına başladım. Öğrenimim sırasında birçok akademik araştırma ve sosyal sorumluluk projesinde yer aldım. Barkırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh ve Sinir Hastalıkları hastanesinde, Np İstanbul Hastanesi, Np SUAM Feneryolu Polikliniği, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı ve çeşitli tıp merkezlerinin klinik alanlarında çalışıp stajlarımı gerçekleştirdim.

Lisans Eğitimi sonrası Kognitif Terapi ve Şema Terapi eğitimleri; MMPI, WAIS (Yetişkin Zeka Testi), Wisc-r (6-16 Yaş Zeka Testi), Denver 2 Gelişim Testi, Psiko-Onkoloji eğitimlerinin yanı sıra İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Nöropsikiyatri bölümünde Nörokognitif testlerin uygulanmasına ilişkin eğitim ve süpervizyon aldım ; Prof. Dr. Kültegin Ögel'den Bağımlılık ve ilgili sorunlara yaklaşım eğitimini tamamladım.

Ergen ve yetişkinlerde; depresyon, kaygı bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluklar, panik atak bozukluğu, Psikosomatik hastalıklar ve duygu durum bozuklukları üzerine klinik çalışmalarımı sürdürmekteyim. Şu an halen Npsuam Feneryolu Polikliğinde anksiyete, panik bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk tanısı almış danışanlarla çalışmalar yapmaktayım. Aynı zamanda okulda bireysel danışan görmekteyim.

## İŞ TECRÜBESİ

- Dilkonist Dil Konuşma ve Psikolojik Danışma Merkezi

Kurum Psikoloğu

- Özel Dünyalar Rehabilitasyon Merkezi

Kurum Psikoloğu- Yardımcı Müdür

## STAJ TECRÜBESİ

- Nöropsikiyatri Polikliniği Feneryolu (02.12.2015- 14.06.2018)

Bilişsel ve Davranışsal Terapi odaklı İn-vivo tedavisi uygulamaktayım.

- T.C. Adalet Sarayı Çağlayan Adliyesi (10.2013- 02.2014)

Adli Psikoloji Biri 5. Çocuk Mahkemesi Stajyer Psikolog

- Kim Psikoloji (09.2013-01.2014)

Stajyer Psikolog

- Aviva Sigorta (06.2013- 09.2013)

İnsan Kaynakları Stajyeri

- İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi (04.2013- 07.2013)

Gönüllü olarak Psikiyatri Anabilim dalında EKT uygulamalarında, Adli Psikiyatride, psikolojik test uygulamalarına (çoğunlukla Rorschach, Wisc-r) gözlemci olarak katıldım. Psikiyatrist süpervizyonunda terapilerde ve vaka toplantılarında yer aldım. Çocuk, erişkin, geropsikiyatri, konsültasyon liyezon psikiyatrisi birimlerinin yataklı ve poliklinik bölümlerinde gönüllü gözlem imkanı buldum.

- Yel Değirmeni Çocuk ve Gençlik Merkezi (10.2012-03.2013)

Stajyer Psikolog olarak çalışmalar yaptım.

- İkona HR (10.2011-03.2012)

İnsan Kaynakları Bölümünde Stajyer Psikolog olarak çalıştım.

## EĞİTİM ve WORKSHOPLAR

- Bağımlılık ve ilgili sorunlara yaklaşım- Prof.Dr.Kültegin Ögel - 12.2015
- Wisc-R Zeka Testi, Kim Psikoloji- Ebru Demirköz - 12.2015
- Nöropsikolojik Testler, Türk Psikologlar Derneği- 09.2015
- Psiko-Onkoloji Eğitimi-Prof.Dr.Sedat Özkan,Humanite Psikiyatri Tıp Merkezi - 05.2015
- Kişilerarası ilişkiler psikoterapisinin (KİPT) gebelik ve doğum sonrası dönemde kullanımı- 03.2015
- Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisinde Psikoterapi Uygulamaları - 03.2015
- Wais Zeka Testi, Humanite Psikiyatri Tıp Merkezi- 02.2015
- Moxo d-cpt -İstanbul Bilim Üniversitesi, Florence Nightingale Hastanesi - 12.2014
- MMPI (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri ) Uygulayıcı Eğitimi - Psikoloji Akademisi Gözde Hatipoğlu - 12.2014
- Şema Terapi Temel İlkeler 1- PsikoNet—Dr. Alp Karaosmanoğlu- 2014
- Şema Terapi Temel İlkeler 2- PsikoNet—Dr. Alp Karaosmanoğlu- 2014
- Klinik ve Adli Psikoloji Derneği Suç Psikolojisi ve Adli Ortamlarda Görüşme Teknikleri Yrd. Doç. Alper Engeler 07.2013

#### KONGRELER ve SEMİNERLER

- 2nd Annual G20 World Brain Mapping & Therapeutic Scientific Summit 2015
- 9.Ulusal Alkol ve Madde Bağımlılığı Kongresi
- Sistemsel Bir Hastalık Olarak Depresyon, Prof.James Strain, 2015
- 12.Ulusal Konsültasyon Liyezon Psikiyatrisi ve Psikosomatik Tıp Kongresi, 2015
- Psychiatric Aspects Of Ms, New Frontiers in MS, İstanbul
- Psiko-Onkoloji, Memorial Şişli Hastanesi, Hizmet içi Eğitim 2015
- Liyezon Psikiyatrisi, Memorial Şişli Hastanesi, Hizmet içi Eğitim 2015
- Bedenimiz Ne Söylüyor ? ,IMS Health, 2015
- İstanbul Üniversitesi Onkoloji Günleri 2015
- Meme Kanseri Tanılı Hastaya Psikiyatrik Yaklaşım, Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi, 2014
- Beykent Üniversitesi Psikoloji Günleri 2014
- İlginç İntiharlar, Işık Üniversitesi, 2014
- Etkili İletişim Teknikleri Cem Öğretir Beykent Üniversitesi,2014

#### TEST BİLGİSİ VE BECERİLERİ KLİNİK ÖLÇEKLER

- PARI (Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği)
- İlişki Değerlendirme Testleri
- Bağımlılık Ölçekleri
- Beden İmaj Ölçeği
- Psikoterapi Ölçekleri
- Ve diğer Psikiyatride kullanılan ölçekler

#### KLİNİKTE KULLANILAN KİŞİLİK TESTLERİ

- TAT
- MMPI (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri)

#### ZEKA ve DİKKAT TESTLERİ

- Porteus Labirenti

- Alexander Pratik Zekâ Testi
- Wais
- Moxo d-cpt (Dikkat Eksikliği Testi)
- Wisc R Zekâ Testi

#### NÖROPSİKOLOJİK TESTLER

- Wechler Bellek Testi
- Stroop Test
- Wisconsin Kart Eşleme Testi
- Oktem Sözel Bellek Süreçleri Testi
- Moxo d-cpt (Dikkat Eksikliği Testi)
- AGTE (Ankara Gelişim Envanteri)

#### MESLEKİ İLGİ ALANLARI

- Duygu Durum Bozuklukları
- Psikosomatik Hastalıklar
- Anksiyete Bozuklukları
- Obsesif Kompulsif Bozukluk
- Kronik Hastalıkların Psikolojik yönü
- Psiko-Onkoloji (Kanser Psikolojisi)
- Somatizasyon
- Ağrı Psikolojisi

#### DİL BİLGİSİ

İngilizce

Okuma: İyi

Yazma: İyi

Konuşma: İyi

#### BİLGİSAYAR BİLGİSİ

- Microsoft Office
- Mac OS X
- Windows 7, 8, 10
- SPSS

## HOBİLER

Müzik, Film, Su Sporları, Seyahat, Kitap Okumak

## BİLİMSEL KURULUŞLARA ÜYELİKLER

- Psikososyal Onkoloji Derneği- Yönetim Kurulu üyesi
- Türk Psikologlar Derneği
- Kancersiz Yaşam Derneği
- Türkiye Eğitim Gönüllüleri Vakfı Üyesi

## REFERANSLAR

- **Ömer Akgül**

Psikoloji Kariyer İstihdam Merkezi (Kurucu)  
Ruh Sağlığı Derneği (Başkan)

[omer.akgul@kimpsikoloji.com](mailto:omer.akgul@kimpsikoloji.com)

0533 246 61 34

- **Canan Karadeniz**

5.Çocuk Mahkemesi Psikoloğu

0507 701 9659

- **Uzm. Psk. Dr Cengiz Demirsoy**

Nöropsikiyatri Polikliniği Feneryolu

Bilişsel Ve Davranışçı Tedavi Uzmanı

[cengizdemirsoy@gmail.com](mailto:cengizdemirsoy@gmail.com)

0532 214 5429



