

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



KRONİK YAŞLI HASTALARIN BAKIMININ AİLE ROLLERİ
VE İLİŞKİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Aytekin DEMİRKILIÇ

Aile Danışmanlığı Ana Bilim Dalı
Aile Danışmanlığı Programı

MART, 2025

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



**KRONİK YAŞLI HASTALARIN BAKIMININ AİLE ROLLERİ
VE İLİŞKİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Aytekin DEMİRKILIÇ
(Y2216.010007)**

**Aile Danışmanlığı Ana Bilim Dalı
Aile Danışmanlığı Programı**

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Hacı DURAN

MART, 2025

TEZ SINAV TUTANAĞI

İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı toplantısında oluşturulan jüri üyeleri önünde, ... tarihinde tez savunma sınavı yapılan'nın tezi* ile** kararı verilmiştir.

JÜRİ

1. Üye (Tez Danışmanı) : Prof. Dr. Hacı DURAN.
2. Üye : Prof. Dr. Veysel BOZKURT.
3. Üye : Dr. Öğr. Üyesi Burcu GÜDÜCÜ

ONAY

İstanbul Aydın Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun
..... tarih ve sayılı kararı

(*) Oybirliği/Oyçokluğu hâli yazı ile yazılacaktır.

(**) Kabul kararı hâli yazı ile yazılacaktır.

ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Kronik Yaşlı Hastaların Bakımının Aile Roller ve İlişkileri Üzerine Etkisi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (24/03/2025)

Aytekin DEMİRKILIÇ

ÖNSÖZ

Bu tez, kronik yaşlı hastaların bakımının aile rolleri ve ilişkileri üzerindeki etkilerini incelemek amacıyla hazırlanmıştır. Günümüzde yaşlanan nüfus ve artan kronik hastalık oranları, aile içi bakım süreçlerini daha da önemli hale getirmektedir. Bakım sürecinin aile bireyleri üzerindeki psikolojik, sosyal ve ekonomik etkileri göz önüne alındığında, bu alandaki araştırmaların önemi giderek artmaktadır.

Bu çalışmanın hazırlanmasında desteklerini esirgemeyen danışmanım Prof. Dr. Hacı DURAN'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Kıymetli eleştiri ve yardımlarını esirgemeyen tez jürisinde bulunarak çalışmama katkı sunan ve rehberlik eden birbirinden değerli hocalarım Prof. Dr. Veysel BOZKURT'a, Dr. Öğr. üyesi Burcu Güdücü'ye teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca, araştırmamın her aşamasında beni motive eden ve teşvik eden aileme, sabırları ve sevgileri için minnettarım.

Veri toplama sürecinde katkıda bulunan katılımcılara, bana zaman ayırarak değerli deneyimlerini paylaşan bakım veren bireylere ve bu çalışmanın gerçekleşmesine katkı sağlayan tüm akademik ve idari personele teşekkür ederim.

Bu çalışmanın, aile içinde bakım veren bireylerin yaşadığı zorluklara yönelik farkındalığı artıracağına ve gelecekteki araştırmalara katkı sunacağına inanıyorum.

Canım Anneme...

Mart, 2025

Aytekin DEMİRKILIÇ

KRONİK YAŞLI HASTALARIN BAKIMININ AİLE ROLLERİ VE İLİŞKİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ

ÖZET

Toplumda yaşanan nüfus oranının artması ve kronik hastalıkların yaygınlaşması, aile içi bakım süreçlerinin önemini artırmış ve bu süreçlerin aile dinamikleri üzerindeki etkilerini daha belirgin hale getirmiştir. Bu araştırma, kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerin bakım sürecinin aile içi roller ve ilişkiler üzerindeki etkilerini incelemeyi amaçlamaktadır. Kronik hasta bakımının bireyler üzerindeki psikolojik, ekonomik ve sosyal yükleri giderek artmakta, bu durum aile içinde rol değişimleri, ilişkisel gerilimler ve destek mekanizmalarının işleyişi üzerinde belirleyici olmaktadır.

Araştırma, Bakırköy ilçesinde, kronik hasta bakımını üstlenen 200 kişilik bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir. Nicel yöntem kullanılarak yapılandırılmış anketler uygulanmış, veriler SPSS ile analiz edilmiştir. Spearman korelasyon analizi ile değişkenler arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir.

Bulgular, kronik hasta bakımının aile içi ilişkiler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bakım süreci, özellikle kadın bireylerin daha fazla sorumluluk üstlenmesine neden olmakta, bu durum ekonomik yük, zaman yönetimi sorunları ve psikolojik stres düzeylerinde artışla sonuçlanmaktadır. Bakım süresi arttıkça aile içi ilişkilerde gerilimlerin yükseldiği, ancak manevi destek mekanizmalarının bu sürecin olumsuz etkilerini hafiflettiği belirlenmiştir. Spearman korelasyon analizi sonuçlarına göre, pozitif aile ilişkileri ile manevi olumlu duygular arasında güçlü bir pozitif korelasyon bulunmuştur ($r_{\text{spearman}} = 0,877, p < .001$).

Araştırma sonuçları, kronik hasta bakımının aile içi dinamikleri çok boyutlu bir biçimde etkilediğini ve bu sürecin sağlıklı yönetilebilmesi için sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Ekonomik teşvikler, bakım sigortası ve psikososyal destek programlarının geliştirilmesi,

bakım sürecinin sürdürülebilirliği açısından kritik bir gereklilik olarak değeriendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kronik hastalık, yaşı bakım, aile rolleri, aile ilişkileri



THE IMPACT OF CARING FOR ELDERLY INDIVIDUALS WITH CHRONIC ILLNESSES ON FAMILY ROLES AND RELATIONSHIPS

ABSTRACT

The increasing proportion of the aging population and the prevalence of chronic diseases have heightened the significance of family-based caregiving processes, making their impact on family dynamics more pronounced. This study aims to examine the effects of the caregiving process for elderly individuals with chronic illnesses on family roles and relationships. The psychological, economic, and social burdens on caregivers have been escalating, significantly influencing role transitions within the family, relational tensions, and the functioning of support mechanisms.

The research was conducted in Bakırköy district with a sample of 200 caregivers responsible for chronically ill elderly individuals. A quantitative research design was employed, utilizing structured questionnaires for data collection. The collected data were analyzed using SPSS, and relationships between variables were examined through Spearman's correlation analysis.

The findings indicate that chronic patient care has a statistically significant impact on family relationships. The caregiving process places a disproportionate burden on women, leading to increased economic strain, time management difficulties, and heightened psychological stress levels. As the duration of caregiving increases, family tensions rise, whereas strong spiritual support mechanisms mitigate these negative effects. Spearman's correlation analysis results reveal a strong positive correlation between positive family relationships and spiritual well-being ($r_{\text{spearman}} = 0,877, p < .001$).

The study's findings suggest that chronic patient caregiving profoundly influences family dynamics and that the effective management of this process necessitates the strengthening of social support mechanisms. The development of economic incentives, long-term care insurance, and psychosocial support

programs is deemed essential for ensuring the sustainability of caregiving processes.

Keywords: Chronic disease, elderly care, family roles, family relationships



İÇİNDEKİLER

Sayfa

ONUR SÖZÜ	i
ÖNSÖZ.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xviii
I. GİRİŞ	1
A. Araştırma Konusu.....	1
B. Problem.....	1
1. Araştırmanın Alt Problemleri	1
C. Araştırmanın Önemi	2
D. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	2
II. TEMEL KAVRAMLAR	3
A. Kronik Hastalık.....	3
B. Yaşlılık Kavramı.....	5
C. Kronik Yaşlı Hastalıklarda Bakım Verme Yüğü.....	7
D. Türkiye ve Uluslararası Literatürde Kronik Yaşlı Hasta Bakımı Üzerine Çalışmalar	9
E. Aile Kavramı, Aile Roller ve Aile İlişkileri	11
1. Aile Kavramı.....	11

2. Aile Roller.....	12
3. Aile İlişkileri	14
F. Kronik Yaşlı Hasta Bakımında Aile Dinamikleri.....	16
G. Kronik Yaşlı Hasta Bakımında Aile Üyelerinin Stres Kaynakları	17
1. Fiziksel Stres	17
2. Duygusal Stres	17
3. Sosyal İzolasyon	18
4. Ekonomik Stres	18
H. Kronik Yaşlı Hasta Bakımında Ailenin Baş Etme Stratejileri.....	18
1. Problem Odaklı Baş Etme.....	19
2. Duygu Odaklı Baş Etme	19
İ. Kronik Yaşlı Hasta Bakımında Ailenin Uyum Süreçleri	19
J. Kronik Yaşlı Hasta Bakımındaki Kültürel Değişkenlerin Türkiye Bağlamında Değerlendirilmesi.....	20
K. Avrupa Ülkelerinde Kronik Yaşlı Hasta Bakımı.....	21
L. Asya Ülkelerinde Kronik Yaşlı Hasta Bakımı.....	22
M. Ülkeler Arası Yaşlı Bakım Politikalarının Değerlendirilmesi.....	23
1. Kültürel Farklılıklar	23
2. Kadınların Rolü.....	23
3. Kurumsal Bakım Algısı	23
4. Ekonomik Faktörler	23
III. YÖNTEM.....	25
A. Araştırma Yöntemi	25
B. Araştırma Deseni	25
C. Evren ve Örneklem	25
D. Ölçek Geliştirme Süreci.....	26

E. Aile Etkileşim Ölçeği	32
1. Temel Bileşenler Analizi (PCA).....	33
2. Doğrudan Eğik Döndürme (Direct Oblimin).....	33
F. Aile Etkileşim Ölçeği Alt Boyutları	34
1. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci	34
2. Pozitif Aile İlişkileri	35
3. Manevi Olumlu Duygular	36
4. Manevi Olumsuz Duygular.....	36
G. Verilerin Analizi ve Çözümlemesi	37
1. Çarpıklık (Skewness) ve Basıklık (Kurtosis) Değerleri.....	37
2. Standartlaştırılmış Çarpıklık ve Standartlaştırılmış Basıklık Değerleri.....	38
3. Histogram Grafikleri.....	39
4. Kolmogorov- Smirnov ve Shapiro -Wilk testleri.....	40
IV. BULGULAR.....	42
A. Örneklemin Özelliklerine İlişkin Bulgular	42
B. Aile Etkileşim Ölçeği Cevaplarının Frekans Dağılımı	44
C. Aile Etkileşim Ölçeği Cevaplarının Alt Boyutlarda Değerlendirilmesi	45
1. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci	45
2. Manevi Olumsuz Duygular.....	47
3. Pozitif Aile İlişkileri	48
4. Manevi Olumlu Duygular	50
D. Örneklemin Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Konusundaki Tutumları	51
1. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Cinsiyet.....	51
2. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Yaş.....	52
3. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Eğitim Durumu.....	52
4. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Çalışma Durumu	53

5. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Meslek	54
6. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Gelir Düzeyi	54
7. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Medeni Durum	55
8. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Çocuk Sayısı.....	55
9. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Bakım Verme Süresi	56
10. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Maddi Yardım Alma Durumu	56
11. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Yakınlık Derecesi	57
E. Örneklemin Pozitif Aile İlişkileri Konusundaki Tutumları.....	58
1. Pozitif Aile İlişkileri ile Cinsiyet	58
2. Pozitif Aile İlişkileri ile Yaş	58
3. Pozitif Aile İlişkileri ile Eğitim Durumu	59
4. Pozitif Aile İlişkileri ile Çalışma Durumu	60
5. Pozitif Aile İlişkileri ile Meslek.....	60
6. Pozitif Aile İlişkileri ile Gelir Düzeyi.....	61
7. Pozitif Aile İlişkileri ile Medeni Durum.....	61
8. Pozitif Aile İlişkileri ile Çocuk Sayısı	62
9. Pozitif Aile İlişkileri ile Bakım Verme Süresi	62
10. Pozitif Aile İlişkileri ile Maddi Yardım Alma Durumu	63
11. Pozitif Aile İlişkileri ile Yakınlık Derecesi.....	63
F. Örneklemin Manevi Olumlu Duygular Konusundaki Tutumları	64
1. Manevi Olumlu Duygular ile Cinsiyet.....	64
2. Manevi Olumlu Duygular ile Yaş.....	64
3. Manevi Olumlu Duygular ile Eğitim Durumu	65
4. Manevi Olumlu Duygular ile Çalışma Durumu.....	66
5. Manevi Olumlu Duygular ile Meslek	66
6. Manevi Olumlu Duygular ile Gelir Düzeyi	67

7. Manevi Olumlu Duygular ile Medeni Durum	67
8. Manevi Olumlu Duygular ile Çocuk Sayısı.....	68
9. Manevi Olumlu Duygular ile Bakım Verme Süresi	68
10. Manevi Olumlu Duygular ile Maddi Yardım Alma Durumu	69
11. Manevi Olumlu Duygular ile Yakınlık Derecesi	69
G. Örneklemin Manevi Olumsuz Duygular Konusundaki Tutumları	70
1. Manevi Olumsuz Duygular ile Cinsiyet	70
2. Manevi Olumsuz Duygular ile Yaş.....	70
3. Manevi Olumsuz Duygular ile Eğitim Durumu.....	71
4. Manevi Olumsuz Duygular ile Çalışma Durumu	71
5. Manevi Olumsuz Duygular ile Meslek.....	71
6. Manevi Olumsuz Duygular ile Gelir Düzeyi	72
7. Manevi Olumsuz Duygular ile Medeni Durum	72
8. Manevi Olumsuz Duygular ile Çocuk Sayısı.....	73
9. Manevi Olumsuz Duygular ile Bakım Verme Süresi	73
10. Manevi Olumsuz Duygular ile Maddi Yardım Alma Durumu	74
11. Manevi Olumsuz Duygular ile Yakınlık Derecesi	74
H. Değişkenler Arasındaki İlişkiler: Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları	75
V. TARTIŞMA	76
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	84
VII.KAYNAKÇA	86
EKLER.....	95
ÖZGEÇMİŞ.....	98

KISALTMALAR LİSTESİ

AFA	: Açımlayıcı Faktör Analizi
BBDB	: Birlikte Bakım ve Destek Bilinci
DFA	: Doğrulamalı Faktör Analizi
KMO	: Kaiser-Meyer-Olkin Bartlett's Testi
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
MOD	: Manevi Olumlu Duygular
MOZD	: Manevi Olumsuz Duygular
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
PAİ	: Pozitif Aile İlişkileri
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TDK	:Türk Dil Kurumu
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
UN	:United Nations (Birleşmiş Milletler)
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 1. Yaşlılarda En Sık Görülen Kronik Hastalıklar.....	3
Çizelge 2. Dünya ve Türkiye’de Yaşlı Nüfusa İlişkin Güncel Veriler.....	6
Çizelge 3. Yaşlılarda Kronik Hastalık Bakımını Aile Üzerindeki Yükleri	8
Çizelge 4. Kronik Hastalıkların Aile İçi Roller Üzerindeki Etkileri	13
Çizelge 5. Kültürel Değişkenlerin Kronik Hasta Bakımına Etkisi (Türkiye ve Diğer Ülkeler).....	21
Çizelge 6. Türkiye ve Seçilmiş Ülkelerde Yaşlı Bakım Politikalarının Karşılaştırması.....	24
Çizelge 7. Aile Etkileşim Ölçeği’nin Alt Boyut Yapısı ve AFA Sonuçları	27
Çizelge 8. Aile Etkileşim Ölçeği’nin Cronbach Alpha Güvenirlilik Bulguları.....	28
Çizelge 9. Aile Etkileşim Ölçeği’nin Madde-Toplam Puan Korelasyon Bulguları .	29
Çizelge 10. Aile Etkileşim Ölçeği’nin Alt%27-Üst%27 Ayırt Edicilik Testi Bulguları	30
Çizelge 11. Aile Etkileşim Ölçeği’nin Uyum İyiliği İndekslerine Ait Bulguları.....	30
Çizelge 12. Aile Etkileşim Ölçeği Kmo ve Bartlett’s Testi.....	33
Çizelge 13. KMO ve Eşik Değerleri.....	34
Çizelge 14. Aile Etkileşim Ölçeği Güvenirlilik Testi	34
Çizelge 15. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Güvenirlilik Testi.....	34
Çizelge 16. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Kmo ve Bartlett’s Testi.....	35
Çizelge 17. Pozitif Aile İlişkileri Güvenirlilik Testi	35
Çizelge 18. Pozitif Aile İlişkileri Kmo ve Bartlett’s Testi.....	35
Çizelge 19. Manevi Olumlu Duygular Güvenirlilik Testi.....	36

Çizelge 20. Manevi Olumlu Duygular Kmo ve Bartleşt's Testi	36
Çizelge 21. Manevi Olumsuz Duygular Güvenirlilik Testi	37
Çizelge 22. Manevi Olumsuz Duygular Kmo ve Bartleşt's Testi	37
Çizelge 23. Aile Etkileşim Ölçeği'nin 4 Alt Boyutuna (Birlikte Bakım Ve Destek Bilinci, Manevi Olumsuz Duygular, Pozitif Aile İlişkileri, Manevi Olumlu Duygular) Ait Çarpıklık (Skewness) ve Basıklık (Kurtosis) Değerleri.....	38
Çizelge 24. Aile Etkileşim Ölçeğinin 4 Alt Boyutuna (Birlikte Bakım ve Destek Bilinci, Manevi Olumsuz Duygular, Pozitif Aile İlişkileri, Manevi Olumlu Duygular) Ait Standartlaştırılmış Çarpıklık ve Standartlaştırılmış Basıklık Değerleri	38
Çizelge 25. Aile Etkileşim Ölçeğinde 4 Alt Boyutuna (Birlikte Bakım ve Destek Bilinci, Manevi Olumsuz Duygular, Pozitif Aile İlişkileri, Manevi Olumlu Duygular) Ait Kolmogorov- Smirnov ve Shapiro -Wilk Test Sonuçları.....	41
Çizelge 26. Katılımcıların Demografik ve Sosyoekonomik Özellikleri	42
Çizelge 27. Katılımcıların Aile Etkileşim Ölçeğinde Yer Alan Görüşlerine Ait Frekans Dağılımı	44
Çizelge 28. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Alt Boyutuna Verilen Cevaplar	46
Çizelge 29. Manevi Olumsuz Duygular Alt Boyutuna Verilen Cevaplar	47
Çizelge 30. Pozitif Aile İlişkileri Alt Boyutuna Verilen Cevaplar.....	49
Çizelge 31. Manevi Olumlu Duygular Alt Boyutuna Verilen Cevaplar	50
Çizelge 32. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	51
Çizelge 33. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Yaş Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	52
Çizelge 34. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Eğitim Durumlarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	53

Çizelge 35. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Çalışma Durumuna Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları	53
Çizelge 36. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Meslek Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	54
Çizelge 37. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Gelir Düzeylerine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	54
Çizelge 38. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Medeni Duruma Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları	55
Çizelge 39. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Çocuk Sayısına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	55
Çizelge 40. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Bakım Verme Süresine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	56
Çizelge 41. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Maddi Yardım Alma Durumuna Göre Mann- Whitney U Testi Sonuçları	57
Çizelge 42. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Bakım Verilen Kişinin Yakınlık Derecesine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	57
Çizelge 43. Pozitif Aile İlişkilerinin Gelişmesinde Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	58
Çizelge 44. Pozitif Aile İlişkilerinin Gelişmesinde Yaş Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları	58
Çizelge 45. Pozitif Aile İlişkileri Gelişmesinde Eğitim Durumlarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları	59
Çizelge 46. Pozitif Aile İlişkileri Gelişmesinde Çalışma Durumuna Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	60
Çizelge 47. Pozitif Aile İlişkilerinin Gelişmesinde Meslek Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları	60
Çizelge 48. Pozitif Aile İlişkilerinin Gelişmesinde Gelir Düzeylerine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları	61
Çizelge 49. Pozitif Aile İlişkilerinin Gelişmesinde Medeni Duruma Göre Mann-Whitney Testi Sonuçları.....	61

Çizelge 50. Pozitif Aile İlişkilerinin Gelişmesinde Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	62
Çizelge 51. Pozitif Aile İlişkilerinin Gelişmesinde Bakım Verme Süresine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	62
Çizelge 52. Pozitif Aile İlişkilerinin Gelişmesinde Maddi Yardım Alma Durumuna Göre Mann- Whitney U Testi Sonuçları	63
Çizelge 53. Pozitif Aile İlişkilerinin Gelişmesinde Bakım Verilen Kişinin Yakınlık Derecesine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	63
Çizelge 54. Manevi Olumlu Duyguların Oluşmasının Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	64
Çizelge 55. Manevi Olumlu Duyguların Oluşmasının Yaş Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları	64
Çizelge 56. Manevi Olumlu Duygular Oluşmasının Eğitim Durumlarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	65
Çizelge 57. Manevi Olumlu Duyguların Oluşmasının Çalışma Durumuna Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları	66
Çizelge 58. Manevi Olumlu Duyguların Oluşmasının Meslek Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	66
Çizelge 59. Manevi Olumlu Duyguların Oluşmasının Gelir Düzeylerine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	67
Çizelge 60. Manevi Olumlu Duyguların Oluşmasının Medeni Duruma Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	67
Çizelge 61. Manevi Olumlu Duyguların Oluşmasının Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	68
Çizelge 62. Manevi Olumlu Duyguların Oluşmasının Bakım Verme Süresine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	68
Çizelge 63. Manevi Olumlu Duyguların Oluşmasının Maddi Yardım Alma Durumuna Göre Mann- Whitney U Testi Sonuçları	69
Çizelge 64. Manevi Olumlu Duygular Oluşmasının Bakım Verilen Kişinin Yakınlık Derecesine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	69

Çizelge 65. Manevi Olumsuz Duyguların Oluşmasının Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	70
Çizelge 66. Manevi Olumsuz Duyguların Oluşmasının Yaş Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları	70
Çizelge 67. Manevi Olumsuz Duyguların Oluşmasının Eğitim Durumlarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	71
Çizelge 68. Manevi Olumsuz Duyguların Oluşmasının Çalışma Durumuna Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları	71
Çizelge 69. Manevi Olumsuz Duyguların Oluşmasının Meslek Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	71
Çizelge 70. Manevi Olumsuz Duyguların Oluşmasının Gelir Düzeylerine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	72
Çizelge 71. Manevi Olumsuz Duygular Oluşmasının Medeni Duruma Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	72
Çizelge 72. Manevi Olumsuz Duygular Oluşmasının Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	73
Çizelge 73. Manevi Olumsuz Duygular Oluşmasının Bakım Verme Süresine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	73
Çizelge 74. Manevi Olumsuz Duygular Oluşmasının Maddi Yardım Alma Durumuna Göre Mann- Whitney U Testi Sonuçları	74
Çizelge 75. Manevi Olumsuz Duyguların Oluşmasının Bakım Verilen Kişinin Yakınlık Derecesine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları.....	74
Çizelge 76. Çalışmadaki Değişkenlerin Spearman Korelasyon Katsayıları	75

ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1. Aile Etkileşim Ölçeğinin DFA sonucu.....	31
Şekil 2. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Histogramı	39
Şekil 3. Manevi Olumsuz Duygular Histogramı	39
Şekil 4. Pozitif Aile İlişkileri Histogramı.....	40
Şekil 5. Manevi Olumlu Duygular Histogramı	40

I. GİRİŞ

A. Araştırma Konusu

Yaşlılıkta kronik hastalıklar bireyin yalnız başına üstesinden gelemeyeceği sağlık, sosyal ve ekonomik sorunlara yol açmaktadır. Bu sorunların bir araya gelmesiyle hem bireyin yaşam kalitesini etkileyen uzun süreli bakım ihtiyacı, hem de bakımın sürekliliği sebebiyle bakım yönetiminde bakım problemleri oluşmaktadır. Çoğunlukla hastanın ailesi tarafından bakım gereksinimlerinin karşılanması beklenilmektedir. Özellikle bakım sürecinde aile içindeki rollerde önemli değişiklikler ve dönüşümler yaşanırken ve aile ilişkilerinde de gerginlikler ve kırılmalar oluşabilmektedir. Aile içindeki bu değişimlerin olumlu ve olumsuz boyutlarını, bakım veren aile bireylerinin karşılaştığı zorlukları, aile üyeleri arasındaki iş bölümü ve dayanışmayı, destek mekanizmalarını, maneviyat ile ilgili dinamikleri değerlendirmek ve incelemek bu araştırmanın konusudur.

B. Problem

Bu araştırmanın temel problemi, “Kronik yaşlı hastaların bakımının aile rolleri ve ilişkileri üzerindeki etkileri nelerdir?” sorusuna yanıt aramaktır. Bu bağlamda, kronik yaşlı hastaların bakım sürecinde aile içi rol değişikliklerine, ilişkilerde yaşanan gerilimlere ve bakım verenlerin destek ve iş birliği bilincine odaklanacaktır.

1. Araştırmanın Alt Problemleri

- a. Kronik yaşlı hastaların bakımının ailenin manevi olumlu duygular oluşmasında anlamlı bir etkisi var mıdır?
- b. Kronik yaşlı hastaların bakımının ailenin manevi olumsuz duyguların gelişmesine yol açmakta mıdır?
- c. Kronik yaşlı hastaların bakımının ailenin birlikte bakım bilincinin oluşması üzerinde anlamlı bir etkisi var mıdır?

d. Kronik yaşı hastaların bakımının aile ilişkilerinin olumlu hale gelmesi üzerinde anlamlı bir etkisi var mıdır?

C. Araştırmanın Önemi

Kronik yaşlıya hastaya bakmak sadece bakım vereni etkileyen bir durum değil tüm aileyi etkileyen bir olgudur. Bu araştırmanın önemi kronik yaşı hastaların bakım döneminde ailede meydana gelen rol değişimleri, ailenin zorluklar karşısında gösterdiği iş bölümü becerisi, bakım veren aile üyesinin/üyelerinin aldığı destek, ailenin maneviyatı ile ilgili değişimler değerlendirilecektir. Yapılan çalışma ile hasta bakım sürecinde manevi duyguların negatif veya pozitif yönde nasıl etkilendiğinin keşfedilmesi de amaçlanmaktadır.

D. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, yalnızca belirli kronik hastalıklara sahip yaşı bireylerin bakımını üstlenen ailelerle sınırlıdır ve veri toplama sürecinde anket yöntemi kullanıldığı için katılımcıların öznel algılarına dayalıdır. Ayrıca, araştırmanın sonuçları Türkiye'nin sosyo-kültürel yapısıyla sınırlı olup, farklı kültürlere doğrudan genellenemeyebilir.

II. TEMEL KAVRAMLAR

A. Kronik Hastalık

Dünya Sağlık Örgütüne göre kronik hastalık, zamanla yavaş bir şekilde ortaya çıkan uzun seyirli, bulaşıcı olmayan ve çoğunlukla 65 yaş üstü bireylerde görülen sağlık sorunları olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization [WHO], 2018). WHO (2018) tarafından yayımlanan raporda, bulaşıcı olmayan hastalıklar diğer adıyla kronik hastalıklar dört temel unsurda sınıflandırılmıştır.

Birinci unsurda, kronik hastalığı tetikleyen fakirlik, kötü yaşam biçimleri, sosyal hayattan dışlanma, kent ve kasabaların yaşam için uygun tasarlanmaması ve bireyin yeterli gıdaya ulaşamaması yer alırken, ikinci unsurda bireye ait davranışsal risk faktörleri (ör. sağlıksız beslenme, fiziksel hareket yetersizliği, tütün kullanımı, zararlı alkol tüketimi) tanımlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017; WHO, 2014). Üçüncü unsurda tansiyon, aşırı yağlanma ve yüksek kan şekeri gibi metabolik risk faktörleri öne çıkmakta, son olarak bu risk faktörlerine bağlı olarak kalp hastalığı, diyabet, kanser ve solunum yolu hastalıkları gelişmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019).

Tütün kullanımı, fiziksel hareket eksikliği, aşırı alkol tüketimi ve sağlıksız-dengesiz beslenme, kronik hastalık riskini artırmakta; bu hastalıklar, dünya genelinde en önemli ölüm sebepleri arasında yer alarak önemli sosyoekonomik sonuçlara yol açmaktadır (WHO, 2018). Çizelge 1’de yaşlılarda en çok görülen kronik hastalıklar gösterilmiştir.

Çizelge 1. Yaşlılarda En Sık Görülen Kronik Hastalıklar

Kronik Hastalık	Görülme Oranı (%)
Diyabet (Şeker Hastalığı)	20-30
Osteoartrit (Kireçlenme)	40-60
Kardiyovasküler Hastalıklar	30-50
KOAH (Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı)	10-20
Demans (Alzheimer dahil)	5-15
Kanser	10-15
Osteoporoz	20-30(özellikle kadınlarda)

Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kronik hastalıklar, bireylerde ilk olarak fiziksel değişimlerle ortaya çıkar; sağlıklı durumun bozulması yavaş ve geri dönülmez şekilde ilerler (WHO, 2018). Sırasıyla bireyin ruh halini etkiler ve sosyal işlevlerde azalmaya, konfor alanında bozulmalara yol açar (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019).

Kronik hastalık, psikolojik olarak bireyi yavaş yavaş etkisi altına almaya başlamaktadır (Rolland, 1999). İlk aşama çoğu zaman görmezden gelinen ve “neden ben?” sorusunun sıkça sorulduğu kriz aşaması olup, hasta bu dönemde hem hastalığa uyum sağlamaya hem de baş etmek adına bilgi edinmeye çalışır (Rolland, 1999).

Aile yardımını ve birlikteliği, hastalığı karşılamada büyük öneme sahiptir. Bireyin günlük yaşamını ailesiyle birlikte kronik hastalıkla uyumlu hale getirmeyi başardığı dönem ise “kronik dilim” olarak kabul edilir (Midence, 1994). Hasta, tedavi planlarını kabul eder ve iş-ev-sosyal rutinini hastalığa göre düzenler. Aile üyelerinin de bu sürece katılması, birey için güçlü bir dayanışma sağlar; ancak ailede kronik hastaya bakımın fiziksel, psikolojik ve ekonomik etkileri de hissedilmeye başlanır (Midence, 1994).

Tedavi planlarının yetersiz kaldığı ve hastanın ölüm sürecinin belirginleştiği terminal aşamada ise hastalık tedaviye direnç kazanır; palyatif bakım öncelik taşır (Rolland, 1999). Bu dönemde ağrıların azaltılması ve hastanın rahat ettirilmesi kadar ailenin de psikososyal destek alması gerekir (WHO, 2018). Hem hasta hem de aile, ölüm gerçeğiyle yüzleşmek zorunda kalır. Bu dönem, aile için büyük bir stres kaynağı olduğu gibi bakım verme yükünü de artırarak ailenin yas sürecini güçleştirir (Midence, 1994).

Amerikan Kronik Hastalık Ulusal Komisyonu’na göre kronik hastalıklar, ilerleyici olmaları, kalıcı kısıtlamalara neden olmaları, geri dönüşümsüz bir patolojik hale girmeleri ve uzun süreli bakım ile rehabilitasyon gerektirmeleri nedeniyle önem arz etmektedir (Amerikan Kronik Hastalık Ulusal Komisyonu, n.d.).

Kronik hastalığın yapısı itibarıyla doğrudan maliyetler olarak sağlık hizmetlerini etkilemesi hükümet harcamalarına ağır yük bindirmektedir (WHO, 2018). Hastalığa sahip birey, iş hayatında yeterince verimli olamamakta ve iş

devamlılığı sekteye uğramaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Bu durum bireyin mensup olduğu ailesi üzerinde de kendini göstermekte; aileyi hem ekonomik hem de psikolojik yönden baskı altında tutmaktadır (WHO, 2018). Kronik hastalıklar uzun dönemli bir hastalık grubu olması nedeniyle sağlık harcamalarının büyük bir kısmını oluşturmakta, tek başına bakımı çoğu zaman yapılamadığı için toplumsal ve bireysel etkileri aileler üzerinde psikosoyal ve ekonomik bir yük oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019).

Kronik hasta bakımı, aile sağlık harcamalarının büyük çoğunluğunu oluşturmakta; kronik hastalığın yükü büyük ölçüde ilaç ve tedavi masrafları, hastanın özellikli beslenmesi ve bazı durumlarda aile üyelerinin hastanın bakımını özel bir bakıcıya yüklemesi nedeniyle hane harcamalarını etkilemektedir (WHO, 2018). Kronik yaşlı hastaya bakım için yapılan her türlü tıbbi harcama, ailenin tasarruflarını, yatırımlarını ve hatta çocukların eğitimine aktarılacak kaynakları kısıtlamakta veya tüketmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Kronik hastalık bakımının sadece hane üzerinde değil aynı zamanda sosyal ve ekonomik açılardan da önemli etkilerinin olduğu anlaşılmaktadır (WHO, 2014). Uzun süre devam eden kronik hastalık bakımının tıbbi maliyetleri, aile üzerinde en önemli yüklerden bir tanesidir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019).

Yaşlılarda görülen kronik hastalıklar, ailelerin iş yaşam dengesini, aile dinamiklerini ve çevreyi önemli düzeyde etkilemektedir (WHO, 2018). Yaşlı bireyin kronik hastalık bakımının, ailenin var olan görev anlayışında yavaşça ihmallere sebep olması; aile rolleri ve ilişkileri üzerinde stresli durumlara yol açmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

B. Yaşlılık Kavramı

Yaşlı nüfus genellikle 65 yaş ve üstü bireyleri kapsar; ancak bu tanım ülkeler arasında değişiklik gösterebilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017). Dünyada 65 yaş ve üstü nüfusun en fazla olduğu kıta Avrupa'dır ve bu oranın 2050 yılında nüfusun yaklaşık %27'sine kadar yükseleceği tahmin edilmektedir (United Nations [UN], 2019). Avrupa dışında ise 65 yaş ve üstü nüfusun oranının %16'ya kadar ulaşması beklenmektedir (UN, 2019). Çizelge 2'de, dünya ve Türkiye'de

yaşlı nüfusun demografik özellikleri ile yaşlılık dönemine ilişkin temel göstergeleri karşılaştırmaktadır.

Çizelge 2. Dünya ve Türkiye’de Yaşlı Nüfusa İlişkin Güncel Veriler

Kategori	Dünya Verileri	Türkiye Verileri
Yaşlı Nüfus Oranı (%), 65 Yaş ve Üzeri	%9,1 (2023) (UN, 2019)	%9,5 (2023) (TÜİK, 2023)
2050 Yılı Tahmini Yaşlı Nüfus Oranı	%16 (UN, 2019)	%20’nin üzerinde (TÜİK, 2023)
Yaşam Beklentisi (Yıl)	73 yıl (WHO, 2023)	78 yıl (TÜİK, 2023)
Kadın-Erkek Yaşam Beklentisi (Yıl)	Kadın: 75, Erkek: 71 (WHO, 2023)	Kadın: 81, Erkek: 75 (TÜİK, 2023)
Hızla Yaşlanan Bölgeler	Asya, Avrupa (UN, 2019)	Güneydoğu ve Doğu Anadolu Bölgeleri (TÜİK, 2023)
Yaşlı Nüfusa Bağımlılık Oranı	%13 (OECD, 2022)	%14 (OECD, 2022)
Yaşlılıkta Yaygın Kronik Hastalıklar	Kardiyovasküler hastalıklar, diyabet (WHO, 2018)	Kardiyovasküler hastalıklar, osteoartrit (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020)

Dünya genelinde yaşlı nüfus oranının hızla artarken, Türkiye’nin de yaşlanan bir toplum haline geldiği görülmektedir. Türkiye’de yaşam beklentisi, dünya ortalamasının üzerinde olup; ülkemizde yaşlı nüfusa bağımlılık oranı dünya ortalamasından daha yüksek değerlerde bulunmuştur. Ayrıca dünyada ve ülkemizde en yaygın kronik hastalık olarak Kardiyovasküler hastalıkların yer aldığı görülmektedir.

Yaşlı bireyler, yaşlılık sürecinde bazı karakteristik özelliklere sahiptir; bunlar arasında fiziksel zayıflık ve çeşitli sağlık sorunları yer alır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019). Yaşlılık, sadece fiziksel değil aynı zamanda ruhsal bir değişim sürecidir (TÜİK, 2023). Bu dönemde bireylerin sosyal rolleri değişir; emeklilik, sağlık sorunları ve yakınların kaybı gibi zorluklarla karşı karşıya kalabilirler (WHO, 2018). Yaşlılık, genel olarak bireyin kendi kendini yönetebilme; fiziksel, psikolojik ve ekonomik kararlarını sahip olduğu imtiyazlar ve özgürlükler çerçevesinde uygulayabilme kapasitesinin zamanla azalması, bozulması ve sınırlandırılması şeklinde tarif edilir (WHO, 2018).

Yaşlılıkla ilgili en önemli hususlardan biri, bireyin hiyerarşisinin hem aile içinde hem de sosyal çevrede azalmasıdır. Yaşlı birey çoğu zaman kararlarını ailesine veya sağlık profesyonellerine danışarak almakta; bu durum da onu

bakıma ihtiyaç duyan bir konuma getirmektedir (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2020). Böylelikle, yaşlılık sürecinde fiziksel, psikolojik ve ekonomik anlamda destek gereksinimi artarak, aile ve toplum açısından farklı sorumluluklar ortaya çıkmaktadır (WHO, 2018). Yaşlı bireylerin psikolojik iyi oluşunu etkileyen önemli bir faktör, çocukları ve torunlarıyla olan ilişkilerinin kalitesidir (UN, 2019). Olumlu aile ilişkileri, yaşlıların hayata bağlanmalarını ve yaşamdan tatmin duygusu elde etmelerini destekler (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

C. Kronik Yaşlı Hastalıklarda Bakım Verme Yüğü

Bakım verme yüğü, bir bireyin hasta, yaşlı ve bakıma muhtaç bir kişiye sürekli ya da kısmen bakım sağlaması ve onunla ilgilenmesi sonucu ortaya çıkan fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik etkilerin tümünü ifade eder (Zarit, Reever, and Bach-Peterson, 1980). Bakım verme yüğü, iş ve yaşam kalitesini, aile dinamiklerini ve bireyin mensup olduğu tüm sosyal alanları etkilemesi nedeniyle literatürde önemli bir yer bulmuştur (Öz ve Güldemir, 2018). Özellikle kronik hastalığa sahip bireylerin bakımı, aile içinde değişimlere, ilişkilerin yeniden şekillenmesine ve çoğu zaman sosyal kısıtlanmalara neden olmaktadır (Pinquart and Sörensen, 2003).

Ailede bakım vermek, özveri ve sabır gerektiren zorlu bir süreçtir. Bakım veren aile üyesi, bakım verilen kişinin ihtiyaçlarını karşılamak için büyük bir çaba sarf ederken, aynı zamanda kendi fiziksel, duygusal ve sosyal yaşamlarında da zorluklarla karşılaşabilir (Karahana ve İnanıcı, 2011). Özellikle bakım verme sürecinde stresin artması ve destek mekanizmalarının sınırlı olması, bakım veren bireylerde tükenmişlik ve sosyal izolasyon gibi sorunlara yol açabilmektedir (Schulz and Sherwood, 2008). Çizelge 3'te yaşlılarda kronik hastalık bakımının aile üzerindeki yükleri gösterilmiştir.

Çizelge 3. Yaşlılarda Kronik Hastalık Bakımını Aile Üzerindeki Yükleri

Yük Türü	Açıklama
Fiziksel Yük	Bakıcıların uzun süreli fiziksel efor gerektiren işler yapması (taşıma, hijyen desteği vb.).
Duygusal Yük	Sürekli stres, kaygı, tükenmişlik ve depresyon riskinde artış.
Maddi Yük	Tedavi, ilaç, ulaşım ve bakım ihtiyaçlarına yönelik harcamalar nedeniyle finansal zorluklar.
Zaman Yükü	Aile bireylerinin bakım için diğer sosyal ve iş yaşamından fedakârlık yapması.
Sosyal Yük	Sosyal ilişkilerin azalması, izole bir yaşam tarzına geçiş.
Rol Değişikliği ve Çatışmalar	Ailede bireylerin geleneksel rollerinin değişmesi ve yeni rollerin benimsenmesinde yaşanan zorluklar.
Psikososyal Yük	Aile içi ilişkilerde gerginlik, çatışma ve dayanışma kaybı.

Kronik yaşlı bir hastaya bakım sağlamak, aile yapısında önemli değişikliklere yol açabilir. Bu süreç, her aile için oldukça zorlu bir görev olabilir ve muazzam bir çaba, duygusal dayanıklılık ile finansal kaynaklar gerektirir. Kronik hastaya bakım verme sorumluluğu genellikle eş ya da çocuk üzerine düşmektedir. Okanlı'ya (2009) göre, bu durum, bakım veren bireyin yoğun stres, anksiyete ve diğer psikolojik sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir.

Bakım sürecinde kronik hastalığın türü, süresi, hastanın ve bakım verenin cinsiyeti, bakım verenin çalışma durumu ve ailedeki çocuk sayısı gibi faktörler, aile dinamiklerini ve günlük yaşam aktivitelerini etkileyen önemli unsurlardır (Schulz and Martire, 2004). Aile yapısının sağlıklı olması, aile üyeleri arasındaki iletişimin açık olması ve rollerin herkes tarafından yerine getirilmesi, bakım sürecini kolaylaştıran kritik değişkenlerdir (Pinquart and Sörensen, 2007).

Kronik hastalığın türü ve yaşlı bireyin fiziksel ve psikolojik durumuna bağlı olarak bakım yükünün niteliği de değişmektedir. Bakım yükü, bakım veren bireyin bilgi düzeyi, aile içinde gördüğü destek, sevgi ve şefkatin yanı sıra günlük yaşam aktivitelerinin eşit bir şekilde düzenlenmesiyle azaltılabilir (Montgomery, Gonyea, and Hooyman, 1985). Montgomery ve arkadaşları (1985), bakım verme yükünü iki boyutta ele almıştır: Nesnel yük; aile rutinlerinin bozulması, sosyal aktivitelerin kaybı ve ekonomik zorluklar gibi dışsal unsurları ifade ederken, öznel yük; bakım veren bireyin bakım sırasında yaşadığı duygusal ve ruhsal durumları içermektedir.

Kronik yaşı bir hastaya bakım verme süreci, sağlıklı bir denge içerisinde sürdürülebilse bile hem bakım veren hem de diğer aile üyelerinin rutinlerinin aksaması, aile kurallarının hastanın ihtiyaçlarına göre yeniden düzenlenmesi gerekebilir. Bu süreç, fiziksel, psikolojik ve ekonomik nedenlerden dolayı bakım yükünü artırmaktadır (Zarit, Reever, and Bach-Peterson, 1980). Yaşlı bakımında özellikle profesyonel evde bakım ya da kurumsal bakım hizmetlerinin tercih edilmesi durumunda, önemli mali yüklerle karşılaşılabilir (Karahana ve İnancı, 2011).

D. Türkiye ve Uluslararası Literatürde Kronik Yaşlı Hasta Bakımı Üzerine Çalışmalar

Türkiye’de yaşlı bakımını etkileyen kültürel değişkenler, geleneksel ve modern yapıların bir arada var olduğu karmaşık bir sistemi ortaya çıkartmaktadır. Geleneksel değerler ve toplumsal cinsiyet rollerinin baskınlığı devam ederken, modernleşme sürecinin etkisiyle yaşlı bakım hizmetleri dönüşmektedir. Bu durum, aile destek programlarının geliştirilmesi, kadınlara yönelik ekonomik ve sosyal destekler ile toplumsal farkındalık çalışmalarının artırılmasını gerekli kılmaktadır.

Kronik hastalığı olan yaşlı bireylere bakım verenlerin karşılaştığı zorluklar ve bu durumun aile içi ilişkiler üzerindeki etkileri, Türkiye’de yapılan çeşitli akademik çalışmalarda detaylı olarak incelenmiştir. Örneğin, Candan ve İnci (2024), hastaların öz bakım becerilerindeki artışın aile üyelerinin bakım yükünü azalttığını ve aile içi ilişkileri olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir. Buna karşılık, Özüdürker ve Özüdürker’in (2023) çalışması, yaşlı bakımını üstlenen kadın aile bireylerinin fiziksel ve duygusal tükenmişlik yaşadığını ve sosyal destek eksikliğinin aile içi ilişkilerde olumsuzluklara neden olduğunu vurgulamıştır.

Kronik hastalıklarda bakım yükünü ele alan Atagün ve arkadaşları (2011), fiziksel, psikososyal ve maddi yüklerin hem bireylerin yaşam kalitesini hem de aile içi ilişkileri olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur. Benzer şekilde, Soydan ve arkadaşları (2017), geleneksel rollerin sürdürülmesine rağmen, uzun süreli bakım hizmetinin aile üyeleri üzerinde fiziksel ve psikolojik yük oluşturduğunu tespit etmiştir.

Ayşe Ezgi Acar'ın (2011) yaptığı bir araştırma, kronik hastalıkların aile işlevleri ve yaşam doyumları üzerindeki etkisini değerlendirmiştir. Çalışma, cinsiyet, hastalık türü ve süresi gibi faktörlerin belirli alt ölçeklerde farklılıklara yol açtığını ortaya koymuştur. Çiğdem Candan ve Fadime Hatice İnci'nin (2024) araştırması ise, hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık düzeyinin artmasının, bakım verenin yükünü azalttığını ve sosyal destek mekanizmalarının önemini vurgulamaktadır.

Kevser Tarı Selçuk ve Dilek Avcı'nın (2016) çalışması ise, sosyal destek düzeyinin düşük olmasının bakım yükünü artırdığını göstermiştir. Bu bulgular, aile içi ilişkilerin ve rollerin yeniden düzenlenmesinin, bakım sürecinin daha etkin ve sürebilir olmasına katkı sağlayabileceğini işaret etmektedir.

Uluslararası literatürde, kronik hastalığı olan yaşlı bireylere bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları zorluklar da çok sayıda çalışmada ele alınmıştır. Örneğin, Zarit, Reeve ve Bach-Peterson (1980) tarafından geliştirilen Bakım Verme Yüğü Ölçeği, bu sürecin duygusal, fiziksel ve ekonomik boyutlarını ölçmekte sıkça kullanılmaktadır. Pinquart ve Sörensen (2007) tarafından yapılan bir meta-analiz, bakım verenlerde stres ve tükenmişliğin temel nedenlerini ortaya koymuş, sosyal destek mekanizmalarının önemine vurgu yapmıştır. Benzer şekilde, Schulz ve Sherwood (2008), aile bakımının fiziksel ve mental sağlık üzerindeki olumsuz etkilerini incelemiş ve destek hizmetlerinin bu yükü azaltmadaki kritik rolünü vurgulamıştır.

Choi, Lee ve Yu (2024), kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlerin yaşadıkları stresi ve sosyal destek mekanizmalarını incelemiş, bu mekanizmaların depresyon ve anksiyete üzerindeki azaltıcı etkilerini vurgulamıştır. Benzer şekilde, Ohs (2017), aile içi iletişimin ve duygusal desteğin bakım sürecindeki kritik rolünü ortaya koymuştur.

Bu bulgular, kronik hastalığı olan bireylerin bakımında sosyal destek mekanizmalarının ve aile içi düzenlemelerin önemli rol oynadığını göstermektedir. Aile bireylerinin iletişim ve dayanışma içinde olması, bakım yükünü azaltmakta ve sürecin daha sürdürülebilir hale gelmesini sağlamaktadır.

E. Aile Kavramı, Aile Roller ve Aile İlişkileri

1. Aile Kavramı

Amerikan Nüfus Bürosu (U.S. Census Bureau), aileyi; doğum, evlilik ve daha sonrasındaki katılımlarla bir araya gelmiş, iki veya daha fazla bireyden oluşan, sorumlulukların eşit şekilde dağıtıldığı ve rollerin anlaşıldığı bir grup olarak tanımlar (U.S. Census Bureau, 2023). Tarihsel olarak sürekli gelişim içerisinde olan aile, çocukları yetiştirme, sosyalleştirme ve ebeveyn olma gibi temel görevleri yerine getirmektedir.

Ünlü sosyolog Parsons'a (1951) göre aile, bireylerin biyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel ihtiyaçlarını karşılayan; kan bağı, evlilik veya evlat edinme gibi bağlarla bir araya gelmiş bir toplumsal kurumdur. Ayrıca aile, bireylerin temel ihtiyaçlarını karşılayan öncelikli yapılardan biridir ve bireyin toplum içinde sağlıklı bir şekilde var olmasını sağlar.

Ailenin tanımı kültürden kültüre ve kıtadan kıtaya değişiklik gösterse de insan için gerekli olan hava, su ve atmosfer neyse, ailenin varlığı da o denli gereklidir. Gladding (2022), aileyi aynı ev ortamında geçmiş birlikteliği olan, duygusal ve ekonomik bağlarla birbirine bağlı bireylerden oluşan bir grup olarak tanımlar. Ekonomik bir tanım olarak aile, kaynakların (gelir, zaman, mal ve hizmet) birlikte yönetildiği bir ekonomik birimdir. Bu tanımda, ailenin ekonomik iş birliği ve tüketim gibi temel işlevleri vurgulanır (Becker, 2019).

Türk Dil Kurumu (TDK), aileyi evlilik ve kan bağına dayanan, karı-koca, çocuklar ve kardeşler arasında ilişkilerden oluşan toplumsal bir birlik olarak tanımlamaktadır. Aile, bireylerin biyolojik, psikolojik, ekonomik ve kültürel gereksinimlerini birey farkına varmadan karşılayan bir sistem olarak ele alınmaktadır. Türk aile yapısı, kültürel değerlerin ve toplumsal dayanışmanın bir arada sürdürüldüğü bir sistem olarak tanımlanmaktadır (Aile ve Toplum, 2020).

Ailenin toplumsal hayatın akışı içerisinde bazı fonksiyonları vardır. Bunların başında ekonomik işlevler gelir. Toplumsal hayata başlayacak bireyin ekonomik güvenliğini sağlayan yegâne birim ailedir. Ayrıca bireyin psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanması ile sevgi, güven ve aidiyet duyguları aile içinde gelişir. Aile, sosyalleşme ortamının sağlandığı ilk yer olarak eğitim ve

rehberlik işlevlerini üstlenir. Bu süreç, bireyin bilişsel ve duygusal gelişimine destek sağlar (Gladding, 2022; Parsons, 1951).

Ailenin tanımı ve işlevleri üzerine yapılan çalışmalar hem Türkiye'de hem de uluslararası düzeyde, ailenin bireysel ve toplumsal önemini ortaya koymaktadır. Modern toplumlarda aile yapılarındaki değişimler, ekonomik ve sosyal işlevlerde dönüşümlere yol açmaktadır. Kültürlerarası farklılıklar ise aile tanımlarının ve rollerinin çeşitliliğini gözler önüne sermektedir. Aile bireylerinin dayanışma içinde olması hem bireyin hem de toplumsal düzenin sağlıklı bir şekilde işlemesine olanak tanır (Becker, 2019; Bengtson and Allen, 1993).

2. Aile Roller

Aile rolleri, bireylerin aile içinde üstlendikleri sorumlulukları ve görevleri tanımlar. Bu roller, kültürel normlar ve değerler doğrultusunda şekillenir ve aile sistemine entegre olur. Ancak zamanla sosyoekonomik, kültürel ve demografik değişimlere bağlı olarak dönüşüme uğrayabilir. Türkiye’de yapılan araştırmalara göre, aile içindeki roller, kronik hastalıklar ve yaşlı bakımı gibi durumlarda özellikle belirgin şekilde değişmektedir (Karahan ve İnanıcı, 2011; Öz ve Güldemir, 2018).

Aile Sistem Kuramı, aileyi, birbiriyle ilişkili bireylerden oluşan ve bu bireylerin etkileşimleri sonucunda işleyen bir sistem olarak tanımlar (Bowen, 2019). Kuram, aile bireyleri arasındaki iletişim örüntülerine, rollerin nasıl dağıtıldığına ve sistemdeki değişikliklerin bu yapıyı nasıl etkilediğine odaklanır. Aile sistemi, içindeki bireylerin ihtiyaçlarına göre denge (homeostasis) sağlamaya çalışır ve bu süreçte sınırlar, kurallar ve iletişim tarzları önemli rol oynar. Minuchin (2018), aile sistemini bireylerin sosyal, duygusal ve davranışsal gelişimlerine destek veren bir yapı olarak tanımlamıştır.

Bowen’in Aile Sistemleri Teorisi, aile sisteminin dengesi üzerinde rollerin kritik bir etkisi olduğunu vurgular. Sağlıklı ailelerde roller net bir şekilde tanımlanmış ve esnek bir yapıya sahiptir. Bu esneklik, bireylerin değişen koşullara kolaylıkla uyum sağlamasını mümkün kılar. Ancak rollerin net olmadığı veya katı olduğu ailelerde çatışmaların ve iletişim sorunlarının arttığı gözlemlenmiştir (Bowen, 1978; Goldenberg, 2012). Kronik Hastalıkların Aile İçi Roller Üzerindeki Etkileri Çizelge 4’ de gösterilmiştir.

Çizelge 4. Kronik Hastalıkların Aile İçi Roller Üzerindeki Etkileri

Rol Türü	Önceki Durum	Sonraki Durum	Değişim Türü	Sonuçlar
Bakıcı Rolü	Ailede bakım sorumluluğu eşit şekilde paylaşılır veya profesyonel destek alınır.	Bakım sorumluluğu genellikle bir bireyde (çoğunlukla kadın) yoğunlaşır.	İş yükü adaletsizliği: Eşit olmayan iş dağılımı.	Bakıcı bireyde tükenmişlik, stres ve fiziksel yorgunluk artar. Aile içi çatışmalar görülebilir.
Gelir Sağlayıcı	Çalışma çağındaki aile bireyleri ekonomik katkıda bulunur.	Bakıcı birey iş gücünden çekilir veya çalışma saatlerini azaltır.	Gelir kaybı: Aile gelirinde azalma, ekonomik bağımlılık artışı.	Aile bütçesi üzerinde maddi baskı artar. Eğitim ve diğer harcamalarda kısıtlamalar yapılabilir.
Anne/Baba Rolü	Çocukların bakımı düzenli bir şekilde sağlanır, çocuklarla kaliteli zaman geçirilir.	Bakıcı birey çocuk bakımını ihmal edebilir, duygusal bağlar zayıflayabilir.	Kuşaklar arası kopma: Çocuklarla ilişkilerde zayıflama.	Çocuklarda davranışsal sorunlar ve akademik performans düşüşü görülebilir.
Destekleyici Rol	Aile üyeleri karşılıklı destek sağlar, dayanışma kültürü güçlüdür.	Diğer bireyler bakım sürecine yeterince katkı sağlamayabilir; destek azalır.	Destek eksikliği: Bakıcı birey yalnızlık ve yetersizlik hissi yaşayabilir.	Aile içi bağlar zayıflar, dayanışma kültürü azalır.
Karar Verici Rol	Ailede kararlar ortak alınır, tüm bireylerin katılımı sağlanır.	Kronik hasta ile ilgili kararlar tek bir birey tarafından alınır, diğer bireylerin katılımı sınırlanır.	İletişim bozukluğu: Karar süreçlerinde kopukluk ve gerginlikler.	Aile içinde iletişim problemleri ve çatışmalar yaşanabilir.
Sosyal Rol	Aile bireyleri sosyal etkinliklere katılır, arkadaşlık ilişkilerini sürdürür.	Bakıcı birey sosyal yaşamdan izole olur, diğer aile bireylerinin sosyal çevresi de etkilenir.	Sosyal izolasyon: Aile bireylerinin toplumla bağları zayıflar.	Bakıcı bireyde yalnızlık, depresyon ve tükenmişlik riski artar.

Aile, üstlendiği destekleyici rol ile hasta bireyler için önemli bir duygusal destek kaynağıdır. Bu duygusal destek, hastanın tedaviye uyumunu artırabilir ve iyileşme sürecine olumlu katkıda bulunabilir. Ancak bu durum, destek sağlayan bireyler üzerinde psikolojik ve duygusal bir yük oluşturabilir. Sürekli duygusal destek sağlama sorumluluğu, aile bireylerinde stres, kaygı ve tükenmişlik sendromuna yol açabilir (Carter and McGoldrick, 1989; Tarı Selçuk ve Avcı, 2016).

Kronik yaşlı hastalara bakım verme sürecinde, aile içindeki roller sıklıkla yeniden şekillenir. Özellikle ekonomik yetersizlikler nedeniyle ailedeki bireylerin çalışma hayatı değişmekte ve yeni roller üstlenilmektedir. Örneğin, bir aile üyesinin hasta bakımını üstlenmesi, daha önce sahip olduğu rollerin (örneğin, aile

geçimini sağlama veya çocuk bakımı) değişmesine neden olabilir. Bu değişim, bireyler üzerinde hem duygusal hem de fiziksel yüklerin artmasına yol açar (McCubbin and Patterson, 1983; Okanlı, 2009).

Türkiye’de yapılan çalışmalara göre, yaşlı bireylere bakım veren aile üyelerinde özellikle bakım sağlayıcı rolü ön plana çıkmaktadır. Bakım sağlayan bireylerin üstlendiği başlıca sorumluluklar şunlardır (Karahana ve İnancıcı, 2011; Soydan ve Ark, 2017):

1. Günlük yaşam aktivitelerinde destek sağlama (örneğin, beslenme, temizlik, hareket).
2. Tıbbi bakım ve ilaç takibini yönetme.
3. Hastanın duygusal ihtiyaçlarını karşılama.

Ekonomik yükler, aile rollerini ve dinamiklerini derinden etkileyen diğer bir faktördür. Kronik hastalıklar nedeniyle iş gücü kaybı yaşayan bireylerin aile üyeleri, genellikle ekonomik destek sağlayıcı rolünü üstlenmek zorunda kalır. Bu durum, aile bütçesinin hastalık masraflarına (örneğin, ilaç, tedavi, ulaşım) yönlendirilmesine ve diğer harcamaların kısıtlanmasına yol açar. Ekonomik stresteki bu artış, yalnızca maddi sıkıntılarla değil, aynı zamanda aile içi çatışmalarla da sonuçlanabilir (McCubbin and Patterson, 1983; TÜİK, 2023).

Bakıcı rolü, aile üyelerinde fiziksel, duygusal ve sosyal yüklerin artmasına neden olur. Bu süreçte stres, tükenmişlik sendromu ve depresyon gibi sorunlar yaygın olarak görülmektedir (Nichols, 2013; Tarı Selçuk ve Avcı, 2016). Ayrıca, bu durum aile ilişkilerinde karmaşık hale gelmelere yol açarak sevgi, saygı ve güven ortamını zedeleyebilir. Çocukların bakımını üstlenmek, aile geçimini sağlamak ve yaşlı nesille ilişkileri devam ettirmek gibi sorumluluklar da aile rollerinin temel yapı taşları arasında yer alır (Öz ve Güldemir, 2018; Okanlı, 2009).

3. Aile İlişkileri

Aile ilişkileri, bireylerin günlük yaşamda birbirleriyle kurduğu duygusal bağları, tutum ve davranış kalıplarını içerir. Sağlıklı aile ilişkileri, güven, destek ve açık iletişim temelinde şekillenir. Türkiye’de yapılan araştırmalar, aile bireyleri arasındaki sağlıklı ilişkilerin, bireylerin psikolojik dayanıklılığını

artırarak stresli durumlarla başa çıkma becerilerini geliştirdiğini ortaya koymaktadır (Karahana ve İnanıcı, 2011). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin bakım sürecinde ise aile üyeleri arasındaki rollerin ve ilişki dinamiklerinin dengeli bir şekilde sürdürülmesi kritik önem taşır. Ancak bu süreçte sevgi, saygı ve şefkat ihtiyaçlarının karşılanması zorluklar ortaya çıkabilmekte, bu da çatışmalara ve rollerde belirsizliklere yol açabilmektedir (Kağıtçıbaşı, 2007).

Aile dinamikleri, üyelerin birbirleriyle olan etkileşim kalıplarını, rollerini ve hastalık gibi stres faktörlerine verdikleri tepkileri kapsar. Özellikle kronik hasta bakımında sağlıklı iletişim, duygu ve kaygıların paylaşılması, ortak karar alma süreçleri ve aile içi dayanışmanın güçlenmesi açısından hayati rol oynar. Etkili iletişim sayesinde tedavi seçenekleri, bakım gereksinimleri ve günlük yaşam düzenlemeleri konusunda aile üyeleri arasında uyum sağlanabilir (Friedman et al., 2003).

Aile içi etkili iletişimin faydaları genel olarak 3 başlıkta değerlendirilebilir;

1. Duygusal Destek: Duyguların ve endişelerin paylaşılması, aile üyelerinin yalnızlık hissini azaltır ve stresle başa çıkma becerilerini geliştirir (Karahana ve İnanıcı, 2011).
2. Karar Alma Süreçleri: İş birliğine dayalı iletişim, tedavi ve bakımla ilgili kararlarda katılımı artırarak çatışma riskini minimize eder (Charles et al., 1997).
3. Sürece Uyum: Bakım sürecinin tüm aşamalarına dair bilgi paylaşımı, ailenin değişen koşullara uyum sağlamasını kolaylaştırır (McCubbin and Patterson, 1983).

Ancak kronik hastalığın uzun ve yıpratıcı süreci, sağlıklı iletişim becerilerine rağmen zamanla gerginliklere neden olabilir. Bu durumda aktif dinleme ve empati gibi iletişim teknikleri kullanılarak çatışmaların önlenmesi ve aile içi bağların korunması sağlanabilir (Gottman, 1999). Sağlıklı iletişim, yalnızca bireylerin duygusal ihtiyaçlarını karşılamakla kalmaz, aynı zamanda aile sisteminin bütünlüğünü ve uyumunu güçlendirir.

F. Kronik Yaşlı Hasta Bakımında Aile Dinamikleri

Kronik hastalıklar, genellikle yavaş ilerleyen ve uzun süreli bir süreç olması nedeniyle daha çok yaşlılık döneminde karşılaşılan bir sağlık sorunudur. Kronik yaşlı hasta bakımı, giderek artan yaşlı nüfusla birlikte daha fazla önem kazanmakta ve karmaşık bir konu haline gelmektedir. Yaşlı bireylerin fiziksel, duygusal, sosyal ve tıbbi ihtiyaçlarının karşılanması, yaşam kalitelerinin korunması ve onurlu bir şekilde yaşlanmalarının sağlanması, yaşlı bakımının temel hedefleridir (Rolland, 1999).

Aileler, kronik hastalık sürecinde genellikle sosyoekonomik güçleri ve toplumsal ilişki ağlarını kullanarak bu zorluklarla başa çıkmaya çalışır. Ancak bakım sürecinde iş birliğinin aksamaması, aile düzeninde uyum zorluklarına, yeterince destek alınmamasına ve sosyal hayatın aksamamasına neden olabilir. Bu durum, ailenin rutin fikir birliğinin bozulmasına yol açabilir (McCubbin and Patterson, 1983).

Kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerin bakımında aile, çoğu zaman dini ve kültürel sorumlulukların da etkisiyle bu yükü üstlenir. Uzmanlara göre, kronik hasta bakımı ailede sevgi ve şefkat duygularını yeniden düzenleyebilir. Ancak, eşit görev dağılımının olmaması ve bakım sürecinin uzun ve yıpratıcı olması, aile üyeleri arasında çatışmalara ve negatif duyguların artmasına neden olabilir (Küçükgüçlü et al., 2009).

Yaşlılık dönemi öncesinde bireyin kendi başına yönetebildiği sağlık sorunları, yaşlılığın getirdiği fiziksel ve zihinsel kısıtlamalar nedeniyle kronik bir bakım ihtiyacına dönüşebilir. Aile, bu süreçte birincil destek kaynağıdır. Örneğin, bir aile üyesi "bakıcı" rolünü üstlenirken, diğer bireyler destekleyici ya da pasif rollere geçebilir. Rollerin bu şekilde yeniden tanımlanması, aile içi ilişkilerde dengesizliklere ve çatışmalara neden olabilir (Rolland, 1999). Kadınların genellikle bu rolü daha sık üstlendiği ve fiziksel ile duygusal yük altında kaldığı bilinmektedir (Küçükgüçlü et al., 2009).

Kronik hastalıklar, aile sistemini iki temel yönde etkileyebilir:

1. Pozitif Etkiler: Aile üyeleri arasında dayanışma, empati ve iş birliği artabilir. Özellikle hastalığın başlangıç dönemlerinde, hasta bireye sağlanan destek, ailenin bağlarını güçlendirebilir (Bowen, 1978).

2. Negatif Etkiler: Uzun süreli bakım, aile üyelerinde tükenmişlik, stres ve çatışmaya yol açabilir. Bakım veren bireyler genellikle sosyal izolasyon, ekonomik yük ve fiziksel yorgunluk gibi sorunlarla karşı karşıya kalır (Schulz and Beach, 1999).

Kronik yaşlı hastaya bakım, aile üyelerinin birbirine karşı özverili ve anlayışlı davranmasını gerektirir. Bakımı üstlenecek aile üyesine destek verilmesi kadar, hastanın yaşam kalitesini koruyarak aile birliğinin sürdürülebilmesi de önemlidir. Ayrıca, bakım sürecinde ekonomik yükün yalnızca bir bireye yüklenmemesi, giderlere katılımın tüm aile tarafından paylaşılması gerekmektedir.

Sonuç olarak, kronik hastalıklar aile sistemini derinden etkileyen bir süreçtir. Aile dinamikleri, iletişim biçimleri ve sosyal destek ağlarının gücü, bu sürecin nasıl deneyimleneceğini belirler. Demokratik yapıya sahip ailelerde karar süreçleri daha iş birliğine dayalı ilerlerken, hiyerarşik yapılarda çatışma riski daha yüksek olabilir. Kültürel değerler ve inançlar ise hem bakım sürecinde hem de kayıp durumlarında yaşanan acı ve kederin yönetiminde önemli bir destek kaynağıdır (McCubbin and Patterson, 1983).

G. Kronik Yaşlı Hasta Bakımında Aile Üyelerinin Stres Kaynakları

Kronik hastalık bakımı sırasında aile üyelerinin karşılaştığı başlıca stres kaynakları şunlardır:

1. Fiziksel Stres

Kronik hasta bakımını üstlenen birincil aile üyeleri, yoğun fiziksel çaba gerektiren görevler nedeniyle tükenmişlik ve yorgunluk yaşayabilir. Hastanın günlük yaşam aktivitelerine yardım etmek (örneğin, banyo yaptıрма, beslenme ve hareket etmesine destek olma), bakım veren bireyin fiziksel sağlığını olumsuz etkileyebilir (Pinquart and Sörensen, 2003).

2. Duygusal Stres

Kronik hastalık süreci, aile üyelerinde depresyon, anksiyete ve tükenmişlik gibi duygusal yükleri artırabilir. Özellikle hastanın durumunun kötüleşmesi ya da ölüm olasılığı, bakım veren bireyler üzerinde ciddi bir psikolojik baskı

oluşturabilir (Schulz and Sherwood, 2008). Ayrıca, sürekli bakım verme sorumluluğu, bireyin duygusal dayanıklılığını zorlayabilir (Vitaliano et al., 2004).

3. Sosyal İzolasyon

Kronik hasta bakımı, aile üyelerinin sosyal yaşamını kısıtlayarak izolasyona yol açabilir. Bu durum, bireylerin sosyal destekten mahrum kalmasına neden olur ve stresle başa çıkma stratejilerini zayıflatabilir (Acton and Kang, 2001).

Bakım sürecinde, aile üyelerinin sosyal destek ağlarından kopması ve sosyal aktivitelere katılımının azalması yaygın bir durumdur. Schulz ve Beach (1999), sosyal izolasyonun yalnızlık ve depresyon hissini artırdığını ortaya koymuştur.

Papastavrou ve arkadaşlarının (2012) çalışması, sosyal destek ağlarının bakım yükünü hafıflettiğini ve izolasyonu azalttığını göstermiştir. Vitaliano ve arkadaşları (2003), sosyal katılımın sınırlanmasının bakım veren bireylerde tükenmişlik sendromuna yol açtığını vurgulamıştır. Ayrıca, sosyal izolasyonun yalnızca bireyleri değil, aynı zamanda aile sisteminin genel dinamiklerini de etkilediği belirtilmiştir.

4. Ekonomik Stres

Kronik hastalık bakımı, aile bütçesi üzerinde ciddi bir finansal yük oluşturabilir. Tedavi masrafları, ilaç giderleri ve bakım için harcanan zaman, aile gelirini kısıtlayarak ekonomik zorluklara yol açabilir (Kenny et al., 2010).

Feinberg ve Houser (2012), kronik hasta bakımının yıllık ekonomik yükünün ABD’de 450 milyar doları aştığını belirtmiştir. Van Houtven ve Norton (2004), bakım verenlerin %20’sinin işgücüne katılımının azaldığını ve bunun hane gelirlerinde %15’e varan kayıplara neden olduğunu vurgulamıştır. Türkiye’de yapılan çalışmalar, düşük gelirli ailelerde ekonomik stresin, çocukların eğitim masraflarını ve ailenin diğer temel ihtiyaçlarını olumsuz etkilediğini göstermektedir (TÜİK, 2023).

H. Kronik Yaşlı Hasta Bakımında Ailenin Baş Etme Stratejileri

Lazarus ve Folkman'ın (1984) Stres-Baş Etme Modeli’ne göre, bireyler stresle başa çıkmak için iki temel strateji kullanır:

1. Problem Odaklı Baş Etme

Problem odaklı baş etme, sorunun kaynağını çözmeye yönelik eylemleri içerir. Kronik hasta bakımı sürecinde, aile üyelerinin sorumlulukları paylaşması, profesyonel bakım hizmetlerinden yararlanması ve etkili zaman yönetimi stratejileri geliştirmesi bu kategoriye örnek olarak verilebilir (Haley et al., 2010). Profesyonel destek arayışı, bakım sürecinin yükünü hafifletmek için önemli bir adımdır.

2. Duygu Odaklı Baş Etme

Duygu odaklı stratejiler, bireyin stresle başa çıkarken duygularını düzenlemesini sağlar. Bu stratejiler arasında dini inançlardan destek alma, gevşeme teknikleri, pozitif yeniden çerçeveleme ve duygusal destek arayışı yer alır (Papastavrou et al., 2011). Özellikle dini ve manevi bağlılık, geleneksel toplumlarda bakım veren bireyler için önemli bir destek kaynağıdır (Koenig et al., 2012).

İ. Kronik Yaşlı Hasta Bakımında Ailenin Uyum Süreçleri

Aile üyelerinin stresle başa çıkma ve adaptasyon süreçleri, bireysel ve çevresel faktörlere bağlı olarak değişir. McCubbin ve Patterson'un (1983) Çift ABCX Modeli, ailelerin stresli durumlara nasıl uyum sağladığını açıklayan etkili bir teorik çerçeve sunar:

- **A (Stres Kaynağı):** Kronik hastalık bakımı.
- **B (Aile Kaynakları):** Sosyal destek, finansal kaynaklar, profesyonel hizmetler ve aile içi dayanışma.
- **C (Algı):** Ailenin bu durumu nasıl yorumladığı ve ona yüklediği anlam.
- **X (Kriz veya Uyum):** Ailenin kaynaklarını kullanarak stresle başa çıkma düzeyi ve yeni bir denge kurma becerisi.

Bu model, ailelerin bakım sürecinde karşılaştıkları krizleri yönetirken dayanıklılıklarını artırmalarına yardımcı olur. Örneğin, güçlü bir sosyal destek ağı ve aile içi dayanışma, bakım yükünün paylaşılmasını ve krizlerin daha etkili yönetilmesini sağlar (McCubbin and Patterson, 1983).

J. Kronik Yaşlı Hasta Bakımındaki Kültürel Değişkenlerin Türkiye Bağlamında Değerlendirilmesi

Türkiye’de yaşlı bakımı, hem geleneksel aile yapısının getirdiği toplumsal sorumluluklar hem de modernleşmenin etkisiyle yeniden şekillenmektedir. Doğan (2004), Türk aile yapısının toplumsal değişim sürecinde gelenekselden moderne dönüşümünü kapsamlı bir şekilde ele alır. Geleneksel toplumlarda yaşlı bakımı ahlaki bir sorumluluk olarak görülürken, modernleşme bu dinamikleri yeniden tanımlamaktadır (Kalaycı, 2015; Ergin ve Şentürk, 2019).

Türk toplumunda kolektivist değerler ve geniş aile yapısı tarihsel olarak önemli bir yere sahiptir. Geleneksel yapıda yaşlı bireyler, ailenin ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmekte ve bakım sorumluluğu genellikle çocuklara devredilmektedir (Kalaycı, 2015).

Toplumsal cinsiyet rolleri, yaşlı bakımında kadınların ön planda olmasına neden olmaktadır. Geleneksel aile yapısında kadınlar, yaşlı bakımının birincil sorumluları olarak kabul edilmekte ve bu sorumluluk genellikle gelinler veya kız çocuklar tarafından üstlenilmektedir (Kılıç ve Şahin, 2018). Erkeklerden ise daha çok ekonomik destek sağlamaları beklenmektedir. Modernleşme ve kentleşme ile geniş aile modelinden çekirdek aile modeline geçiş hızlanmış, toplumsal roller karmaşık bir hale gelmiştir (Mutlu, 2020). Kadınların iş gücüne katılımının artması, yaşlı bakımında “çifte yüklenme” olarak adlandırılan sorunu ortaya çıkarmıştır. Kadınlar hem profesyonel hayatta çalışmakta hem de aile içi bakım sorumluluklarını sürdürmektedir (Gökçe-Kızılkaya ve Memiş, 2019).

Kırsaldan kente göç, kuşaklar arası dayanışmayı zayıflatmış ve yaşlı bireylerin bakım sorumluluğu konusunda çatışmalara neden olmuştur. Kırsalda yaşayan ailelerde komşuluk ilişkileri ve geniş aile desteği önemli bir rol oynarken, kentte bireyselleşen yaşam tarzı bu desteği azaltmıştır. Mekânsal uzaklık ve kentleşme ile huzurevi gibi alternatif çözümler gündeme gelmiştir. Ancak toplumsal algılar bu merkezleri hâlâ “ailevi sorumluluktan kaçınma” olarak nitelendirmektedir (Kalaycı, 2015).

Dini ve kültürel normlar, yaşlı bakımında belirleyici bir rol oynamaktadır. İslam dini, ebeveyne hizmeti bir ibadet ve toplumsal bir sorumluluk olarak

görmektedir. Bu durum, bakım sorumluluğunun aile içinde tutulmasını teşvik etmektedir (Erdoğan, 2017; Yılmaz ve Bulut, 2019).

Sosyal politikalar, modernleşme ve yaşlanan nüfus yapısı ile yaşlı bakımının daha kurumsal hale gelmesi ihtiyacını doğurmuştur. Örneğin, TÜİK'in 2023 verilerine göre, Türkiye'de 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı %9,5'e ulaşmıştır. Bu artış, evde bakım hizmetleri ve huzurevi kapasitesinin artırılmasını gerektiren önemli bir sosyal ihtiyaç doğurmuştur. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından sağlanan evde bakım maaşı, ailelerin ekonomik yükünü hafifletmeyi hedeflemektedir (Ergin ve Şentürk, 2019).

Kuşaklar arası ilişkiler, yaşlı bakımını şekillendiren önemli bir unsurdur. Geleneksel geniş aile yapısında kuşaklar arası dayanışma yaşlı bakımını desteklerken, çekirdek aile modeline geçişle bu dayanışma zayıflamıştır (Mutlu, 2020). Özellikle torun bakımında yaşlı bireylerin rolü bu dayanışmanın en belirgin örneklerinden biridir (Gündüz, 2018). Ancak genç kuşakların bireyselleşme eğilimleri ile yaşlı kuşakların geleneksel değerlere bağlılığı arasında çatışmalar yaşanmaktadır (Kalaycı, 2015). Çizelge 5'te Türkiye, Batı Avrupa ve Asya kültürlerinin kronik hasta bakımına yönelik farklı yaklaşımları karşılaştırılmaktadır.

Çizelge 5. Kültürel Değişkenlerin Kronik Hasta Bakımına Etkisi (Türkiye ve Diğer Ülkeler)

Kültür/Kavram	Türkiye	Batı Avrupa	Asya
Aile Dayanışması	Güçlü; geniş aile kültürü devam ediyor.	Daha bireysel, profesyonel bakım ön planda.	Güçlü; Konfüçyüsçülük'ün etkisiyle ebeveyne bağlılık.
Kadının Rolü	Bakım yükünün çoğu kadına ait.	Kadın-erkek arasında daha dengeli.	Kadınların geleneksel bakım rolü devam ediyor.
Kurumsal Hizmet Algısı	Huzurevlerine yönelik olumsuz algılar mevcut.	Huzurevleri yaygın ve kabul ediliyor.	Kurumsal bakım giderek yaygınlaşıyor.

K. Avrupa Ülkelerinde Kronik Yaşlı Hasta Bakımı

Avrupa ülkelerinde, yaşlı bireylere bakım genellikle kurumsal hizmetler üzerinden sağlanmaktadır. Kuzey Avrupa ülkeleri (örneğin, İsveç, Norveç,

Finlandiya) güçlü sosyal refah sistemlerine sahiptir ve yaşlı bireylerin bakımında devlet destekli profesyonel hizmetler yaygındır. Bu ülkelerde bakım hizmetleri ücretsiz veya düşük maliyetlidir, böylece ailelerin bakım yükü önemli ölçüde azaltılmaktadır (OECD, 2022).

Batı Avrupa'da ise (örneğin, Almanya, Hollanda, Fransa) "aile ve profesyonel bakımın bir arada yürütüldüğü" bir model benimsenmiştir. Almanya'da bakım sigortası (Pflegeversicherung) sistemi, bireylerin profesyonel bakım hizmetlerine erişimini kolaylaştırır. Hollanda'da ise hasta ve ailelerin ihtiyaçlarına göre şekillenen kişiselleştirilmiş bakım planları ön plandadır (Knapp et al., 2019).

Ancak, Avrupa ülkelerinde de aile bireylerinin bakımda yer alması önemli bir unsurdur. Özellikle Güney Avrupa'da (örneğin, İtalya, İspanya, Yunanistan), Türkiye'ye benzer şekilde bakım yükü genellikle aile bireyleri, özellikle kadınlar tarafından üstlenilmektedir (Triantafillou et al., 2010). Bununla birlikte, bu ülkelerde de modernleşme ve yaşlanan nüfus nedeniyle kurumsal bakım hizmetlerine olan talep artmıştır.

L. Asya Ülkelerinde Kronik Yaşlı Hasta Bakımı

Asya kültürleri, yaşlı bakımında geleneksel ve dini değerlerin ön planda olduğu toplumlar arasında yer almaktadır. Özellikle Çin, Japonya ve Güney Kore gibi Doğu Asya ülkelerinde, yaşlı bireylere bakma sorumluluğu büyük ölçüde ailelere aittir. Konfüçyüsçülük'ün etkisiyle ebeveyne bağlılık (filial piety) kavramı, bu bölgelerdeki bakım sistemlerini şekillendiren temel unsurdur (Wu et al., 2021).

Japonya'da ise yaşlı nüfus oranının artması ve aile yapılarına geleneksel rollerin azalması nedeniyle kurumsal bakım hizmetleri yaygınlaşmıştır. Japonya, "Uzun Süreli Bakım Sigortası" (Long-Term Care Insurance- LTCI) sistemi sayesinde yaşlı bireylere kişiselleştirilmiş bakım hizmetleri sunmaktadır. Ancak, bu sistemin sürdürülebilirliği konusunda maliyetlerle ilgili zorluklar yaşanmaktadır (Tamiya et al., 2011).

Hindistan gibi Güney Asya ülkelerinde ise ekonomik kısıtlamalar ve sosyal güvenlik eksikliği nedeniyle bakım yükü tamamen aile bireylerine düşmektedir.

Bununla birlikte, şehirleşme ve bireyselleşme gibi süreçler, bu geleneksel bakım modellerini giderek zorlamaktadır (Kalavar and Jamuna, 2011).

M. Ülkeler Arası Yaşlı Bakım Politikalarının Değerlendirilmesi

1. Kültürel Farklılıklar

Türkiye, Güney Avrupa ve Asya ülkeleri gibi aile temelli bakım modellerine daha yakındır. Ancak, Kuzey Avrupa ülkelerindeki gibi devlet destekli profesyonel hizmetlerin yaygınlaşması için daha fazla sosyal politika geliştirilmesine ihtiyaç vardır (Knapp et al., 2019; Tamiya et al., 2011).

2. Kadınların Rolü

Türkiye ve Asya ülkelerinde bakım sorumluluğu genellikle kadınlara yüklenirken, Kuzey Avrupa ülkelerinde bu sorumluluk daha dengeli bir şekilde paylaşılmaktadır. Özellikle Almanya ve İsveç gibi ülkelerde sosyal destek politikaları sayesinde kadınların bakım yükü önemli ölçüde azaltılmıştır (OECD, 2022; Triantafillou et al., 2010).

3. Kurumsal Bakım Algısı

Türkiye ve Güney Avrupa ülkelerinde huzurevleri gibi kurumsal bakım hizmetleri hâlâ olumsuz algılanmaktadır. Bu algının temelinde kültürel normlar ve toplumsal değerler yer almaktadır. Buna karşın, Kuzey Avrupa ülkelerinde bu tür hizmetler toplumda daha yaygın kabul görmektedir (Ergin ve Şentürk, 2019; Kalaycı, 2015).

4. Ekonomik Faktörler

Türkiye ve Hindistan gibi ülkelerde ekonomik faktörler nedeniyle bakım genellikle aile üyeleri tarafından karşılanmaktadır. Buna karşın, Almanya ve Japonya gibi ülkelerde sosyal sigorta sistemleri sayesinde bu yük büyük ölçüde azaltılmıştır. Almanya'nın Pflegeversicherung sistemi ve Japonya'nın uzun süreli bakım sigortası (LTCI) bu konuda örnek teşkil etmektedir (Tamiya et al., 2011; Knapp et al., 2019).

Çizelge 6. Türkiye ve Seçilmiş Ülkelerde Yaşlı Bakım Politikalarının Karşılaştırması

Ülke	Bakım Modeli	Devlet Destekli Hizmetler	Kültürel Algı	Kadınların Rolü	Ekonomik Destekler
Türkiye	Aile temelli bakım modeli.	Evde bakım maaşı, sınırlı huzurevi kapasitesi.	Aile içinde bakım, kültürel bir zorunluluk olarak görülür.	Kadınlar bakım yükünün çoğunu üstlenir.	Evde bakım maaşı ekonomik destek sağlar, ancak yetersiz.
Almanya	Karma model: Profesyonel ve aile bakımı.	"Pflegeversicherung" (Bakım Sigortası).	Kurumsal bakım yaygın ve kabul görmektedir.	Kadın ve erkek arasında daha dengeli bir iş bölümü vardır.	Bakım sigortası kapsamında ekonomik destek sağlanır.
İsveç	Devlet destekli profesyonel bakım modeli.	Evde bakım hizmetleri, ücretsiz veya düşük maliyetli huzurevleri.	Kurumsal bakım normal kabul edilir.	Bakım sorumluluğu devlet tarafından üstlenilir.	Devlet hizmetleri ücretsiz veya düşük maliyetlidir.
İtalya	Aile temelli bakım modeli.	Sınırlı devlet desteği, az sayıda huzurevi.	Aile içinde bakım, kültürel bir değer olarak korunur.	Kadınlar bakım sorumluluğunu genelde üstlenir.	Ekonomik destekler sınırlıdır.
Japonya	Karma model: Aile ve profesyonel bakım.	Uzun Süreli Bakım Sigortası (LTCI).	Profesyonel bakım giderek daha fazla tercih edilmektedir.	Geleneksel olarak kadınlar ön planda olsa da modernleşme etkili olmuştur.	Bakım sigortası kapsamlı ekonomik destek sağlar.

Çizelge 6’ da görüldüğü üzere; Türkiye ve seçilmiş ülkelerde yaşlı bakım politikalarını bakım modeli, devlet destekli hizmetler, kültürel algı, kadınların rolü ve ekonomik destekler açısından karşılaştırmaktadır. Almanya ve Japonya gibi ülkeler karma bir model uygularken, İsveç devlet destekli profesyonel bakım modeline öncelik vermektedir. Türkiye, İtalya gibi aile temelli bir bakım modeline dayanırken, ekonomik destekler ve profesyonel hizmetlerin yetersizliği sorun oluşturmaktadır.

III. YÖNTEM

A. Araştırma Yöntemi

Bu araştırmada, İstanbul ili Bakırköy ilçesinde kronik hastalığı bulunan yaşlı bireylere bakım veren kişilerin aile rolleri ve ilişkileri üzerindeki etkiler incelenmiştir. Araştırmanın temel amacı, hasta bakım sürecinin aile içi dinamiklere yansıyan yönlerini ayrıntılı şekilde ortaya koymaktır.

B. Araştırma Deseni

Araştırma, nicel yöntem yaklaşımına dayalı betimsel bir desende kurgulanmıştır. Veriler, yeni oluşturulan bir ölçek yardımıyla toplanmış ve istatistiksel analizler sonucunda ölçeğin geçerliği ve güvenilirliği değerlendirilmiştir. Elde edilen bulgular doğrultusunda, bakım verme eyleminin aile rolleri ve ilişkileri üzerindeki etkileri irdelenmiştir.

C. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, İstanbul ili Bakırköy ilçesinde ikamet eden ve kronik hastalığa sahip yaşlı bir bireye düzenli bakım veren aile üyeleri oluşturmaktadır. Ölçek geliştirme süreci kapsamında gerçekleştirilen ilk pilot çalışma, konuyla ilgili ön veriler elde edebilmek amacıyla 45 kişilik bir örneklem üzerinde yürütülmüştür. Bu pilot çalışma sonrasında madde analizi ve uzman görüşleri çerçevesinde ölçeğin madde sayısı 25'ten 18'e düşürülmüştür.

Geliştirilen 18 maddelik nihai ölçeğin geniş katılımlı uygulaması ise literatürdeki öneriler (Tabachnick and Fidell, 2013) doğrultusunda, “madde başına en az 10 katılımcı” kuralına dayanarak 200 kişilik bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir. Böylece ölçeğin yapı geçerliği ve güvenirlik analizleri için yeterli veriye ulaşılmıştır.

D. Ölçek Geliştirme Süreci

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından geliştirilen Aile Etkileşim Ölçeği ile toplanmıştır. Aile Etkileşim Ölçeğinin geliştirilmesi için öncelikle konu ile ilgili literatür kapsamlı olarak taranmıştır. Kronik hastalığa sahip yaşlı bireylere bakımın aile rolleri ve ilişkileri üzerindeki etkilerini ölçen kapsamlı bir ölçeğin Türkçe literatürde sınırlı olması nedeniyle öncelikle kapsamlı bir literatür taraması yapılmıştır. Yabancı kaynaklı ölçeklerin kültürel olarak yeterince uygun olmadığı ve aile kültürünü yansıtmakta eksiklikleri olduğu tespit edilmiştir. Bu nedenle, bakım verme davranışı ve aile etkileşimlerine ilişkin konuları kapsayacak yeni bir ölçek oluşturulmasına karar verilmiştir. Bu tarama sonucunda elde edilen bilgilere dayalı olarak, ilk aşamada toplam 35 maddeden oluşan bir madde havuzu oluşturulmuştur. Ardından madde havuzu içerisinde yapılan seçimler sonucunda madde sayısı 30'a düşürülmüştür. Bu aşamadan sonra ise bu maddeler, biri alan uzmanı ve biri ölçeğe değerlendirme uzmanı olmak üzere iki farklı uzmana gösterilerek kendilerinin görüş ve önerileri alınmıştır. Alınan görüş ve öneriler sonucunda maddeler üzerinde düzeltme ve birleştirmeler yapılmış, bazı maddeler ise ölçekten çıkarılmıştır. Bu işlemler sonucunda ölçekte toplam 25 madde kalmıştır. Sonraki aşamada ise 25 maddeden oluşan ölçek ile toplam 45 katılımcı üzerinde pilot uygulama yapılmış ve pilot uygulamanın sonuçlarının toplanmasından sonra geçerlik ve güvenirlik analizlerine geçilmiştir.

Geçerlik ve güvenirlik analizleri kapsamında öncelikle açıklayıcı faktör analizi (AFA) yapılmıştır. Bunun için, temel bileşenler (principal components) ve faktörlerin birbiri ile ilişkili olması halinde önerilmesinden dolayı direct oblimin yöntemleri kullanılmıştır (Büyüköztürk, 2011). Yapılan analiz sonucunda, toplam 3 maddenin (1, 8 ve 10. maddeler) binişik maddeler olmaları, faktör yüklerinin düşük olması gibi nedenlerle ölçekten çıkarılması halinde ölçeğin geçerlik şartlarını sağladığı tespit edilmiştir. Kalan 22 maddede, ölçeğin öncelikle Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterlik değeri incelenmiştir. Bunun nedeni, AFA yapılmadan önce veri setinin faktör analizi için uygun olup olmadığının kontrol edilmesidir. KMO değerinin en az 0,50; Bartlett Testi sonucunun ise anlamlı olması beklenmektedir (Büyüköztürk, 2011). Araştırmamızda $KMO = 0,716$ ve Bartlett Küresellik Testi ($\chi^2_{(120)}=1164,52$ anlamlı ($p < 0,05$) olarak tespit edilmiş

ve bu gereklilikler sağlanmıştır. Ayrıca, Field (2009), KMO'nun 0,70 ile 0,80'in arasında olması örneklem yeterliği için orta olarak değerlendirmektedir.

Yapılan analizler sonucunda ölçeğin üç alt boyuttan oluştuğu tespit edilmiş ve bu alt boyutlara şu isimler verilmiştir: **Pozitif Aile İlişkileri, Manevi Olumsuz Duygular, Birlikte Bakım ve Destek Bilinci**. Üç alt boyuttan oluşan bu yapı ile Aile Etkileşim Ölçeği'nin geçerliği %75,994 olarak tespit edilmiştir. Ölçeğin alt boyut yapısı ve AFA sonuçları Çizelge 7'de gösterilmiştir.

Çizelge 7. Aile Etkileşim Ölçeği'nin Alt Boyut Yapısı ve AFA Sonuçları

Maddeler	Alt Boyutlar ve Faktör Yükleri			Özdeğer	Açıklanan Varyans
	Pozitif Aile İlişkileri	Manevi Olumsuz Duygular	Birlikte Bakım ve Destek Bilinci		
Madde 9	0,695			10,968	49,854
Madde 11	0,781				
Madde 12	0,876				
Madde 13	0,578				
Madde 14	0,915				
Madde 15	0,893				
Madde 16	0,891				
Madde 17	0,766				
Madde 18	0,900				
Madde 19	0,968				
Madde 20	0,627				
Madde 21		0,872		3,983	18,103
Madde 22		0,748			
Madde 23		0,829			
Madde 24		0,937			
Madde 25		0,884			
Madde 2			0,685	1,768	8,037
Madde 3			0,879		
Madde 4			0,907		
Madde 5			0,918		
Madde 6			0,782		
Madde 7			0,741		
Açıklanan Toplam Varyans					75,994

Çizelge 7'de görüldüğü üzere ölçeğin geçerliği %50'den fazla ve maddelere ait faktör yükleri 0,45'ten büyük olduğu için Aile Etkileşim Ölçeği AFA şartlarını sağlamıştır (Büyüköztürk, 2011). Ayrıca AFA sonuçları içerisinde, maddeler

arası korelasyon değerlerinin çok düşük ($r < 0,10$) veya çok yüksek ($0,90 < r$) olmadığı, maddeler arası ilişkilerin büyük çoğunlukla anlamlı olduğu, her bir boyut arasında pozitif ve anlamlı ($p < 0,05$) ilişkiler bulunduğu ve her bir maddenin ortak varyans katkısının (communalities) yeterli düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

AFA'dan sonra güvenilirlik analizlerine geçilmiş ve bunun için öncelikle Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı incelenmiştir (Çizelge 8).

Çizelge 8. Aile Etkileşim Ölçeği'nin Cronbach Alpha Güvenirlik Bulguları

Alt Boyut Adı	Madde Sayısı	Cronbach Alpha
Pozitif Aile İlişkileri Alt Boyutu	11	0,961
Manevi Olumsuz Duygular Alt Boyutu	5	0,912
Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Alt Boyutu	6	0,944
Toplam	22	0,928

Çizelge 8'de görüldüğü üzere ölçeğin genel olarak güvenilirliği $\alpha = 0,928$ olarak bulunmuştur. Alt boyutlarda ise Pozitif Aile İlişkileri alt boyutunun güvenilirliği $\alpha = 0,961$; Manevi Olumsuz Duygular alt boyutunun güvenilirliği $\alpha = 0,912$; Birlikte Bakım ve Destek Bilinci alt boyutunun güvenilirliği $\alpha = 0,944$ olarak tespit edilmiştir. Buna göre ölçek genel olarak yüksek düzeyde güvenilir (Özdamar, 2002).

Ayrıca Cronbach Alpha güvenilirlik analizinden sonra ölçek maddelerinin ölçek toplam puanı ile uyumunu görebilmek amacıyla madde-toplam puan korelasyonu yapılmıştır. Çünkü madde- toplam puan korelasyonunun yüksek düzeyde ve pozitif yönlü olması ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu ifade etmektedir (Büyüköztürk, 2011).

Çizelge 9. Aile Etkileşim Ölçeği'nin Madde-Toplam Puan Korelasyon Bulguları

Madde-Toplam Puan Korelasyonları	
Madde 2	0.510
Madde 3	0.719
Madde 4	0.708
Madde 5	0.578
Madde 6	0.915
Madde 7	0.893
Madde 9	0.548
Madde 11	0.775
Madde 12	0.854
Madde 13	0.703
Madde 14	0.751
Madde 15	0.871
Madde 16	0.861
Madde 17	0.803
Madde 18	0.736
Madde 19	0.739
Madde 20	0.686
Madde 21	0.157
Madde 22	0.006
Madde 23	0.144
Madde 24	0.159
Madde 25	0.189

Çizelge 9'da görüldüğü üzere 5 madde dışındaki 17 maddenin korelasyon değerleri önerilen 0,30'un üzerinde (Büyüköztürk, 2011; Tavşancıl 2014) yer almıştır. Beş maddeye (Madde 21, Madde 22, Madde 23, Madde 24, Madde 25) ait korelasyon değeri ise 0,30 un altında bulunmuştur. Ancak 0,30'un altında değere sahip olan maddelerin hemen çıkarılmaması, bunun yerine ölçüm amacına uygun olup olmadığının analiz edilmesi gerektiği (Tavşancıl 2014), Tabachnick ve Fidell (2019) e göre, düşük korelasyona sahip bir maddenin Doğrulayıcı Faktör Analizi sonucunda teorik bir alt boyuta yüksek bir katkı sağlayabileceği göz önünde bulundurulduğunda maddelerin ölçek içinde kalmasının faydalı olacağının düşürülmesinden dolayı ölçekten çıkarılmamıştır.

Sonraki aşamada ayrıca ölçeğin ayırt edicilik gücü üzerinden güvenilirliği test edilmiştir. Bunun için yüksek ve düşük puan alan ilk ve son %27'lik gruplar içindeki 12'şer katılımcının puanları bağımsız gruplar T-testi yapılarak karşılaştırılmıştır.

Çizelge 10. Aile Etkileşim Ölçeği'nin Alt%27-Üst%27 Ayırt Edicilik Testi Bulguları

Gruplar	n	Ort.	s	Ort. Arası fark	Farkın std hatası	t	Sd	p
Alt%27	12	94,83	6,20	45	3,6	12,498	17,531	0,001
Üst%27	12	49,83	10,81					

Çizelge 10'da görüldüğü üzere yüksek ve düşük puan gruplarında yer alan katılımcıların puan ortalamaları birbirinden anlamlı farklılık göstermiştir ($t_{(12,498)}=17,531$); ($p<0,05$). Bu sonuca göre, geliştirilen ölçeğin ayırt edicilik gücünün yüksek olduğuna karar verilmiştir.

Ayrıca bu aşamaya kadar tespit edilen yapının doğrulanması amacıyla son aşamada Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmıştır. 22 madde ile başlanan analizde 2, 9,13 ve 22'inci maddeler olmak üzere toplam 4 madde faktörler ile aralarındaki standardize yol kat sayılarının 0,70 oldukça düşük olması ve uyum iyiliği indekslerini bozmaları gibi nedenlerle ölçekten çıkarılmıştır. Kalan 18 maddede yol kat sayılarının tamamı 0,70 ten yüksek bulunmuştur. Ayrıca tespit edilen uyum iyiliği değerleri Çizelge 11'de verilmiştir.

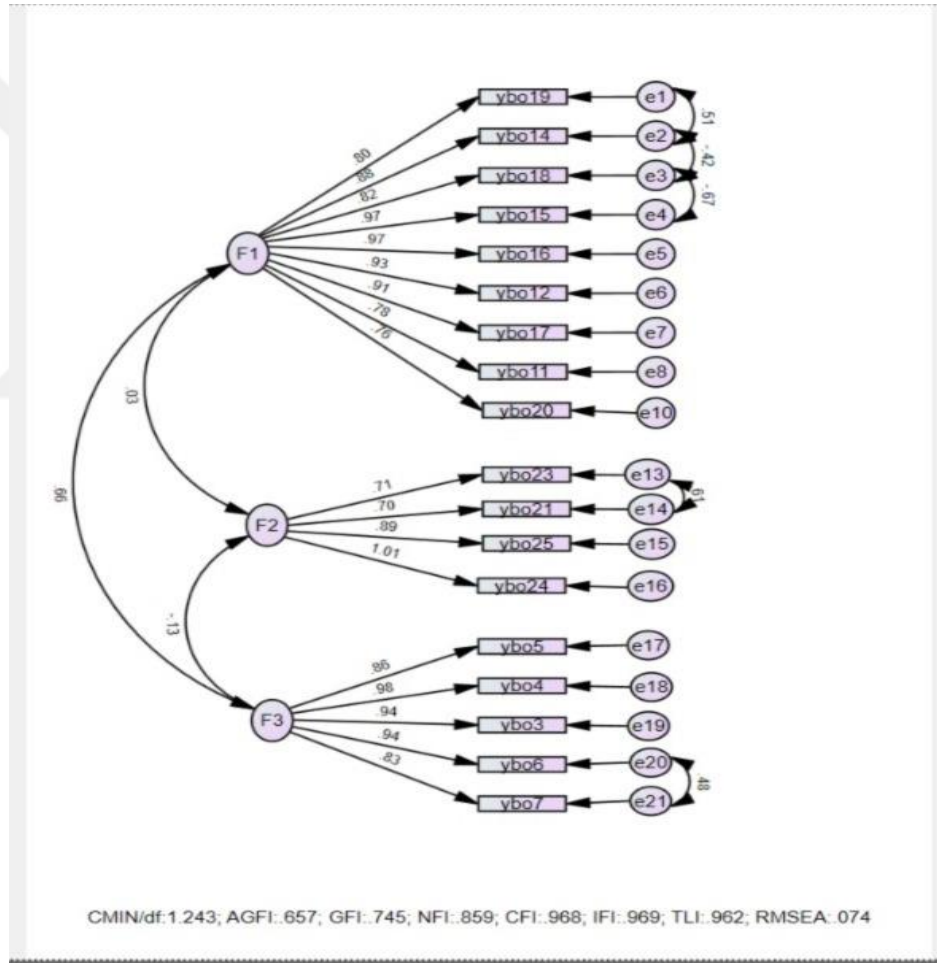
Çizelge 11. Aile Etkileşim Ölçeği'nin Uyum İyiliği İndekslerine Ait Bulguları

	Kabul Edilen Değerler	Tespit Edilen Değerler	Sonuç
CMIN/Sd	<5,000	1,243	İyi uyum
AGFI	0,85<	0,657	Orta Yaklaşık
GFI	0,90<	0,745	Orta Yaklaşık
NFI	0,90<	0,859	Çok Yaklaşık
CFI	0,90<	0,968	İyi uyum
IFI	0,90<	0,969	İyi uyum
TLI	0,90<	0,962	İyi uyum
RMSEA	<0,10	0,074	İyi uyum

Çizelge 11'de görüldüğü üzere CMIN/Sd=1,243; AGFI=0,657; GFI=0,745;NFI=0,859; CFI=0,968; IFI=0,969; TLI=0,962; RMSEA=0,074 olarak bulunmuştur. Literatür incelendiğinde CMIN/Sd'nin 2 veya 3'ün altında olması iyi uyumu (Kline, 2016); CFI, IFI ve TLI değerlerinin 0,95'in üzerinde olması ise yüksek uyumu (Hu & Bentler, 1999) göstermektedir. RMSEA'nın 0,08'in altında kalması (Hair et al., 2010) da kabul edilebilir bir uyumu işaret ederken, NFI=0,859 değeri 0,90'a yakın olmakla birlikte, bazı çalışmaların (Marsh et al.,

1988) 0,80–0,90 aralığını da kabul edilebilir bulması nedeniyle sınırda kabul edilebilir düzeyde değerlendirilebilir.

GFI=0,745 ve AGFI=0,657 değerleri, klasik olarak önerilen 0,90 üstü eşiğin altında kalmasına karşın, bu indekslerin özellikle örneklem büyüklüğü ve model karmaşıklığına oldukça duyarlı olması (Hair ve ark., 2010) ve güncel araştırmalarda daha “robust” kabul edilen CFI, TLI ve IFI gibi indekslere öncelik verilmesi (Hu and Bentler, 1999) göz önüne alındığında, elde edilen sonuçların bütüncül olarak değerlendirildiğinde yeterli düzeyde model uyumu sunduğu değerlendirilmiştir. Şekil 1’de Aile Etkileşim Ölçeğinin DFA sonucunda ulaşılan modeli verilmiştir.



Şekil 1. Aile Etkileşim Ölçeğinin DFA sonucu

Sonuç olarak, bu araştırmanın amacına yönelik verilerin toplanması amacıyla hazırlanan Aile Etkileşim Ölçeği, bu amacın gerçekleştirilmesi için kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Ölçek 3 alt boyuta ayrılmış olan 18 maddeden oluşmaktadır. Pozitif Aile İlişkileri alt boyutunda 9, Manevi

Olumsuz Duygular alt boyutunda 4, Birlikte Bakım ve Destek Bilinci alt boyutunda 5 madde bulunmaktadır. Ölçeğin geçerliği %75,994 ve Cronbach Alpha katsayısı $\alpha=0,928$ 'dir. Ayrıca Pozitif Aile İlişkileri alt boyutunun güvenilirliği $\alpha=0,961$; Manevi Olumsuz Duygular alt boyutunun güvenilirliği $\alpha=0,912$; Birlikte Bakım ve Destek Bilinci alt boyutunun güvenilirliği $\alpha=0,944$ olarak tespit edilmiştir.

Ölçek 5'li Likert tipte hazırlanmıştır ve katılımcıların cevapları 1-kesinlikle katılmıyorum, 2-katılmıyorum, 3-fikrim yok, 4- katılıyorum, 5-kesinlikle katılıyorum seçenekleriyle alınmaktadır. Dolayısıyla ölçekten alınabilecek toplam puan 18-90 arasında değişmektedir.

Bununla birlikte, teorik ve istatistiksel değerlendirmeler sonucunda Pozitif Aile İlişkileri alt boyutuna ait maddelerin Pozitif Aile İlişkileri ve Manevi Olumlu Duygular alt boyutları olarak ikiye ayrılmasının daha uygun olduğu değerlendirilmiş ve ölçek toplamda dört alt boyut olacak şekilde yeniden yapılandırılmıştır. Bu alt boyutlardan Birlikte Bakım ve Destek Bilinci 5 madde, Pozitif Aile İlişkileri 4 madde, Manevi Olumlu Duygular 5 madde, Manevi Olumsuz Duygular 4 madde olacak şekilde ölçek havuzu oluşturulmuştur.

E. Aile Etkileşim Ölçeği

Aile Etkileşim Ölçeği, aile üyeleri arasındaki etkileşim ve ilişki dinamiklerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, aile içinde ortaya çıkan birlikte bakım ve destek bilinci, pozitif aile ilişkileri, manevi olumlu duygular ve manevi olumsuz duygular gibi faktörleri değerlendirmeyi hedefler. Ölçek 5'li Likert tipi yanıt formatına sahiptir ve her bir maddeye katılım düzeyi, “Kesinlikle Katılmıyorum” (1) ile “Kesinlikle Katılıyorum” (5) arasında derecelendirilir. Aile Etkileşim Ölçeği'nde, aile üyelerinin bakım verme, manevi duygu durumları, olumlu iletişim ve manevi güçlenme gibi çeşitli boyutları ölçmek için toplamda 4 alt boyut “Birlikte Bakım ve Destek Bilinci”, “Manevi Olumsuz Duygular”, “Pozitif Aile İlişkileri” ve “Manevi Olumlu Duygular” tanımlanmıştır.

Her bir alt boyut, ilgili konudaki birkaç maddenin puanlarının aritmetik ortalaması üzerinden değerlendirilir. Böylece aile içi etkileşimin hangi boyutlarda ne düzeyde yoğunlaştığı veya zayıf kaldığı saptanabilmektedir.

Aile Etkileşim Ölçeği'nin faktör yapısını ve yapı geçerliliğini ortaya koymak amacıyla Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) yapılmıştır. Faktör analizi kapsamında, Temel Bileşenler Analizi (Principal Component Analysis – PCA) uygulanmıştır. Ayrıca, faktörlerin teorik açıdan birbiriyle ilişkili olabileceği öngörüldüğü için, dönüştürme yöntemi olarak doğrudan eğik döndürme (Direct Oblimin) tercih edilmiştir. Bu yaklaşım, ilgili faktörler arasında belirli bir korelasyon bulunması durumunda daha anlamlı sonuçlar vermektedir.

1. Temel Bileşenler Analizi (PCA)

Ölçek maddelerinin hangi faktörlerde (alt boyutlarda) en yüksek yük değerine sahip olduğu belirlenmiş, faktör sayısını ve madde kümelenmelerini anlamlandırmak amacıyla kullanılmıştır.

2. Doğrudan Eğik Döndürme (Direct Oblimin)

Faktörler arasındaki ilişki düzeyini dikkate alan bir rotasyon yöntemidir. Aile içi etkileşimdeki alt boyutların (örneğin manevi olumlu/olumsuz duygular, iş birliği vb.) birbirleriyle ilişkili olabileceği varsayıldığından bu yöntem uygulanmıştır.

Faktör analizi sonuçları, ölçeğin 4 alt boyutlu yapısını doğrular nitelikte bulgular sunmuştur. Her bir alt boyutun Cronbach Alfa değerleri (veya benzeri güvenilirlik katsayıları) incelenerek, ölçeğin iç tutarlılığı ve güvenilirliği de değerlendirilmiştir. Böylece, Aile Etkileşim Ölçeği'nin hem faktör yapısı hem de güvenilirlik analizleriyle aile içerisindeki rol ve ilişki dinamiklerini ölçme açısından geçerli bir araç olduğu saptanmıştır.

Çizelge 12. Aile Etkileşim Ölçeği Kmo ve Bartlett's Testi

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Örneklem Yeterliliği Ölçümü		0,884
Barlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare	2644,756
	Serbestlik Derecesi	153
	Anlamlılık(p)	<,001

Çizelge 12'de görüldüğü üzere Kaiser- Meyer Olkin (KMO) örneklem yeterliliği değeri 0.884 olarak bulunmuştur. Örneklem büyüklüğünün Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) için yeterli olduğu görülmektedir. Aşağıda Tablo 13 de de görüldüğü üzere Harika/ çok iyi kategorisinde değerlendirilmektedir. Her madde için hesaplanan Kaiser- Meyer Olkin (KMO) değerlerinde en düşük 0,739

bulunmuştur. Barlett Küresellik Testi incelendiğinde $X^2_{(153)}=2644,756$ ve $p < 0,001$ olduğu tespit edilmiş ve anlamlılık sağladığı görülmüştür.

Çizelge 13. KMO ve Eşik Değerleri

KMO /MSA DEĞERİ	Korelasyon Yeterliliği
0,50'nin altı	Kabul edilmez
0,50 - 0,59	Zayıf
0,60 -0,69	Orta
0,70 -0,79	İyi
0,80- 0,89	Çok İyi
0,90 ve üstü	Mükemmel

AFA sonucunda toplam varyansı %60,25 bulunmuştur. Aile Etkileşim Ölçeği'nin güvenilirliğini tespit etmek için Cronbach Alpha güvenirlik analizi yapılmış Aile Etkileşim Ölçeği'nin güvenirliği $\alpha=0,860$ olarak bulunmuştur. Çizelge 14 'de gösterilmiştir.

Çizelge 14. Aile Etkileşim Ölçeği Güvenirlilik Testi

Güvenirlik Değeri	Standardize Cronbach Alpha Değeri	N
0,860	0,873	18

F. Aile Etkileşim Ölçeği Alt Boyutları

1. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci

Birlikte Bakım ve Destek Bilinci alt boyutu, bireylerin hasta bakımı sürecinde aile desteği ve iş birliği algısını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu boyut için toplamda 5 madde yer almaktadır (örneğin, “Hastamıza bakmam ailemiz tarafından desteklenir”, “Hastamıza bakmam sırasında ailemiz bana yardım eder”). Ölçek, 1-5 Likert tipi bir değerlendirme ile uygulanmıştır.

Açımlayıcı Faktör Analizi sonucunda toplam varyansı %62,34 bulunmuştur. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci alt boyutu güvenilirliğini tespit etmek için Cronbach Alpha güvenirlik analizi yapılmış alt boyut güvenirliği $\alpha=0,857$ olarak bulunmuş ve Çizelge 15'te gösterilmiştir.

Çizelge 15. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Güvenirlilik Testi

Güvenirlik Değeri	Standardize Cronbach Alpha Değeri	N
0,857	0,858	5

Çizelge 16. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Kmo ve Bartlett's Testi

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Örneklem Yeterliliği Ölçümü	0,824
Barlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare
	Serbestlik Derecesi
	Anlamlılık(p)

Çizelge 16'da görüldüğü üzere Kaiser- Meyer Olkin (KMO) örneklem yeterliliği değeri 0.824 olarak bulunmuştur. Barlett' in Küresellik testi incelendiğinde $X^2=485,145$ ve $P<0,001$ olduğu tespit edilmiştir ve anlamlılık sağladığı da görülmektedir.

2. Pozitif Aile İlişkileri

Pozitif Aile İlişkileri alt boyutu, hasta bakım sürecinin aile içindeki sevgi, hoşgörü, anlayış ve bağların güçlenmesine olan etkisini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu boyut, toplam 4 maddeden oluşmakta ve her madde, aile bireylerinin birbirleriyle olumlu ilişkiler kurma düzeylerini değerlendirmektedir (örneğin; "Hastamıza bakmak bağımızı pekiştirdi.", "Hastamıza bakım vermek aile sevgimizi artırdı.").

AFA (Açımlayıcı Faktör Analizi) sonucunda toplam varyansı %63,28 bulunmuştur. Pozitif aile ilişkileri güvenilirliğini tespit etmek için Cronbach Alpha güvenirlik analizi yapılmış pozitif aile ilişkileri güvenirliği $\alpha=0,878$ olarak bulunmuştur. Çizelge 17'de gösterilmiştir.

Çizelge 17. Pozitif Aile İlişkileri Güvenirlilik Testi

Güvenilirlik Değeri	Standardize Cronbach Alpha Değeri	N
0,878	0,879	4

Çizelge 18. Pozitif Aile İlişkileri Kmo ve Bartlett's Testi

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Örneklem Yeterliliği Ölçümü	0,818
Barlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare
	Serbestlik Derecesi
	Anlamlılık(p)

Çizelge 18'de görüldüğü üzere Kaiser- Meyer Olkin (KMO) örneklem yeterliliği değeri 0.818 olarak bulunmuştur. Barlett' in Küresellik testi incelendiğinde $X^2=435,920$, $P<0,001$ olduğu tespit edilmiştir ve anlamlılık sağladığı da görülmektedir.

3. Manevi Olumlu Duygular

Manevi Olumlu Duygular alt boyutu, hasta bakım sürecinin aile bireyleri üzerinde oluşturduğu olumlu manevi duyguları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu alt boyut toplamda 4 maddeden oluşmaktadır (örneğin, “Hastamıza bakmak şükran duygumuzu artırdı.”, “Hastamıza bakmak maneviyatımızı artırdı.”). Maddeler, 1-5 Likert tipi ölçek kullanılarak katılımcılara uygulanmıştır.

AFA (Açımlayıcı Faktör Analizi) sonucunda toplam varyansı %61,72 bulunmuştur. Manevi olumlu duygular ölçeğinin güvenilirliğini tespit etmek için Cronbach Alpha güvenirlik analizi yapılmış Manevi Olumlu Duygular ölçeğinin güvenirliği $\alpha=0,868$ olarak bulunmuştur. Çizelge 19’da gösterilmiştir.

Çizelge 19. Manevi Olumlu Duygular Güvenirlik Testi

Güvenirlik Değeri	Standardize Cronbach Alpha Değeri	N
0,868	0,873	5

Çizelge 20. Manevi Olumlu Duygular Kmo ve Bartlett’s Testi

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Örneklem Yeterliliği Ölçümü		0.777
Barlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare	541,828
	Serbestlik Derecesi	10
	Anlamlılık(p)	<,001

Çizelge 20’ de görüldüğü üzere Kaiser- Meyer Olkin (KMO) örneklem yeterliliği değeri 0.777 olarak bulunmuştur. Barlett’ in Küresellik testi incelendiğinde $X^2= 541,828$, $P<0,001$ olduğu tespit edilmiştir ve anlamlılık sağladığı da görülmektedir.

4. Manevi Olumsuz Duygular

Manevi Olumsuz Duygular alt boyutu, hasta bakımı sürecinde bireylerin yaşadığı kaygı, öfke ve endişe gibi olumsuz duyguları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu alt boyut toplamda 4 maddeden oluşmaktadır (örneğin, “Hastamıza bakmak ailemizi endişeli hale getirdi.”, “Hastamıza bakmak öfkemizi artırdı.”). Maddeler, 1-5 Likert tipi ölçek kullanılarak değerlendirilmiştir.

AFA (Açımlayıcı Faktör Analizi) sonucunda toplam varyansı %64,12 bulunmuştur. Manevi olumlu duygular ölçeğinin güvenilirliğini tespit etmek için Cronbach Alpha güvenirlik analizi yapılmış Manevi olumlu duygular ölçeğinin güvenirliği $\alpha=0,890$ olarak bulunmuştur. Çizelge 21’de gösterilmiştir.

Çizelge 21. Manevi Olumsuz Duygular Güvenirlik Testi

Güvenilirlik Değeri	Standardize Cronbach Alpha Değeri	N
0,890	0,890	4

Çizelge 22. Manevi Olumsuz Duygular Kmo ve Bartlett’s Testi

Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Örneklem Yeterliliği Ölçümü	0.716
Barlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare
	Serbestlik Derecesi
	Anlamlılık(p)
	577,816
	6
	<,001

Çizelge 22’de görüldüğü üzere Kaiser- Meyer Olkin (KMO) örneklem yeterliliği değeri 0.716 olarak bulunmuştur. Barlett’ in Küresellik testi incelendiğinde $X^2= 577.816$, $P<0,001$ olduğu tespit edilmiştir ve anlamlılık sağladığı da görülmektedir.

G. Verilerin Analizi ve Çözümlemesi

Verilerin analizi için SPSS-30.0 paket programı kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler analiz edilmeden önce 4 alt grubun (birlikte bakım ve destek bilinci, manevi olumsuz duygular, pozitif aile ilişkileri, manevi olumlu duygular) normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemek için;

1. Çarpıklık (Skewness) ve Basıklık (Kurtosis) Değerleri

Aile Etkileşim Ölçeğinin 4 alt boyutuna (birlikte bakım ve destek bilinci, manevi olumsuz duygular, pozitif aile ilişkileri, manevi olumlu duygular) ait Çarpıklık (Skewness) ve Basıklık (Kurtosis) değerleri Çizelge 23’te gösterilmiştir.

Çizelge 23. Aile Etkileşim Ölçeği'nin 4 Alt Boyutuna (Birlikte Bakım Ve Destek Bilinci, Manevi Olumsuz Duygular, Pozitif Aile İlişkileri, Manevi Olumlu Duygular) Ait Çarpıklık (Skewness) ve Basıklık (Kurtosis) Değerleri

		İstatistik	Standart hata
Birlikte bakım ve destek bilinci	Skewness(Çarpıklık)	-1,060	0,172
	Kurtosis (Basıklık)	1,263	0,342
Manevi olumsuz duygular	Skewness(Çarpıklık)	-0,174	0,172
	Kurtosis (Basıklık)	-0,532	0,342
Pozitif aile ilişkileri	Skewness(Çarpıklık)	-0,667	0,172
	Kurtosis (Basıklık)	0,215	0,342
Manevi olumlu duygular	Skewness(Çarpıklık)	-0,526	0,172
	Kurtosis (Basıklık)	0,033	0,342

Çizelge 23'te görüldüğü üzere 4 alt boyutta da Çarpıklık (Skewness) ve Basıklık (Kurtosis) değerleri değerlendirilmiştir. Birlikte bakım ve destek bilinci alt boyutunda değerler -1 ile 1 arasında bulunmazken geri kalan 3 alt boyutta (manevi olumsuz duygular, pozitif aile ilişkileri, manevi olumlu duygular) Çarpıklık ve Basıklık değerleri -1 ile 1 arasında yer almaktadır.

2. Standartlaştırılmış Çarpıklık ve Standartlaştırılmış Basıklık Değerleri

Aile Etkileşim Ölçeğinin 4 alt boyutuna (birlikte bakım ve destek bilinci, manevi olumsuz duygular, pozitif aile ilişkileri, manevi olumlu duygular) ait Çarpıklık (Skewness) ve Basıklık (Kurtosis) değerleri standart hataya bölünerek Standartlaştırılmış Çarpıklık ve Standartlaştırılmış Basıklık değerleri bulunmuş ve normallik dağılımı değerlendirilmiştir. Çizelge 24'te gösterilmiştir.

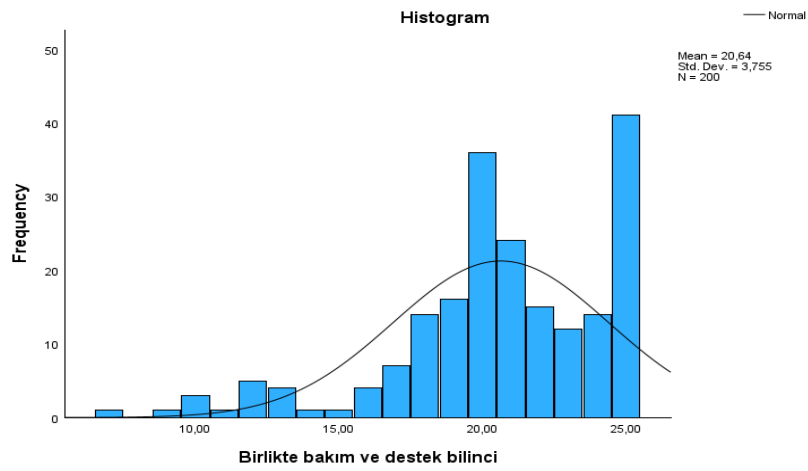
Çizelge 24. Aile Etkileşim Ölçeğinin 4 Alt Boyutuna (Birlikte Bakım ve Destek Bilinci, Manevi Olumsuz Duygular, Pozitif Aile İlişkileri, Manevi Olumlu Duygular) Ait Standartlaştırılmış Çarpıklık ve Standartlaştırılmış Basıklık Değerleri

		İstatistik
Birlikte bakım ve destek bilinci	Standartlaştırılmış Çarpıklık	-6,163
	Standartlaştırılmış Basıklık	3,692
Manevi olumsuz duygular	Standartlaştırılmış Çarpıklık	-1,012
	Standartlaştırılmış Basıklık	-1,556
Pozitif aile ilişkileri	Standartlaştırılmış Çarpıklık	-3,876
	Standartlaştırılmış Basıklık	0,629
Manevi olumlu duygular	Standartlaştırılmış Çarpıklık	-3,058
	Standartlaştırılmış Basıklık	0,097

Çizelge 24’te gösterildiği üzere manevi olumsuz duygular alt boyutunda Standartlaştırılmış Çarpıklık ve Standartlaştırılmış Basıklık değerleri -1,96 ile 1,96 arasında olup diğer 3 alt boyut (birlikte bakım ve destek bilinci, pozitif aile ilişkileri, manevi olumlu duygular) bu değer arasında bulunmamaktadır.

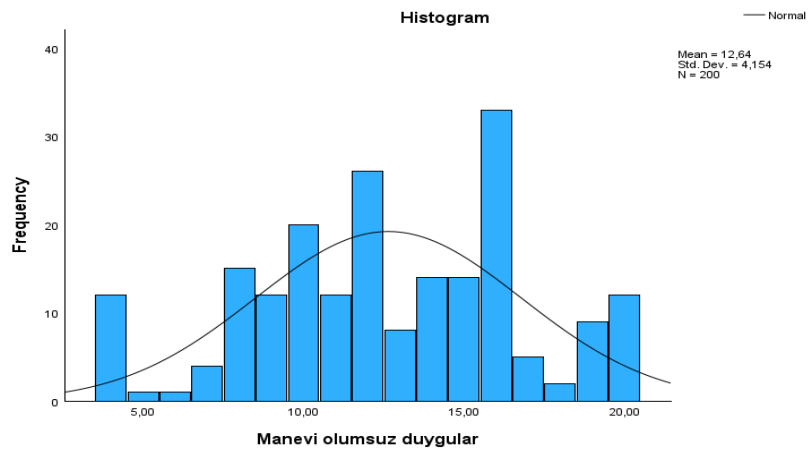
3. Histogram Grafikleri.

Aile Etkileşim Ölçeğinin 4 alt boyutuna (birlikte bakım ve destek bilinci, manevi olumsuz duygular, pozitif aile ilişkileri, manevi olumlu duygular) ait normallik testi sonuçlarının histogram grafikleri aşağıda gösterilmiştir.



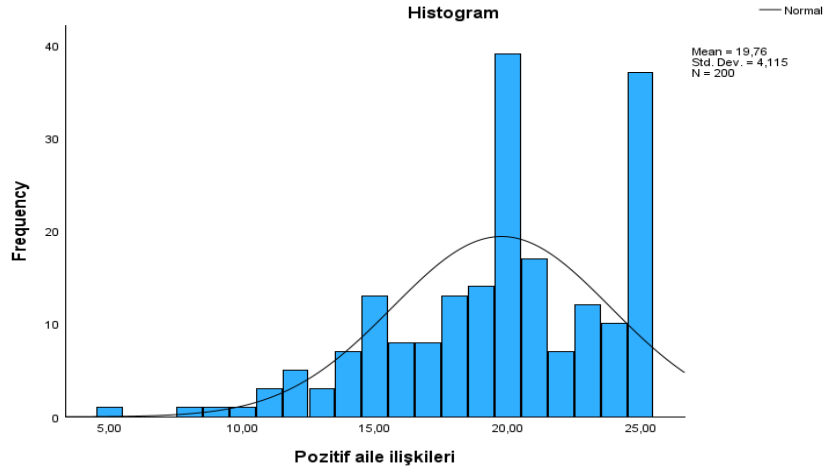
Şekil 2. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Histogramı

Şekil 2’deki Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Histogramı değerlendirildiğinde normal dağılım göstermediği sağa doğru yoğunlaşma olduğu görülmektedir.



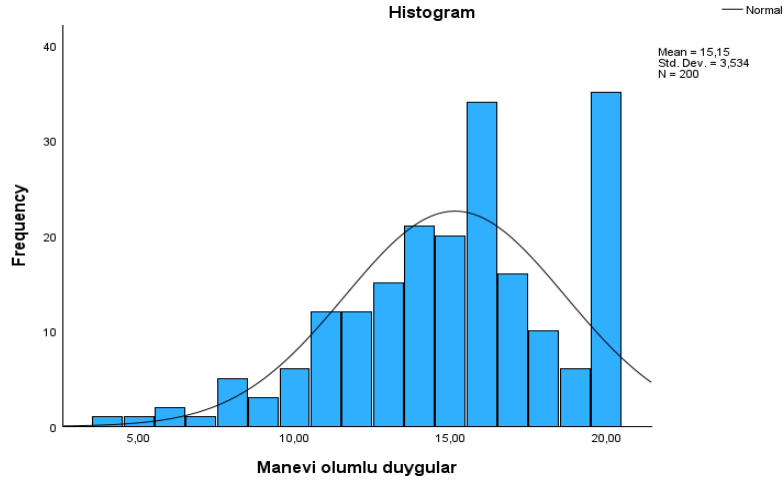
Şekil 3. Manevi Olumsuz Duygular Histogramı

Şekil 3'deki Manevi Olumsuz Duygular Histogramı değerlendirildiğinde normal dağılım göstermediği uç değerlerde sapmalar olduğu görülmektedir.



Şekil 4. Pozitif Aile İlişkileri Histogramı

Şekil 4'teki Pozitif Aile İlişkileri Histogramı değerlendirildiğinde normal dağılım göstermediği sağa çarpık bir yapıya sahip olduğu görülmektedir.



Şekil 5. Manevi Olumlu Duygular Histogramı

Şekil 5'teki Manevi Olumlu Duygular Histogramı değerlendirildiğinde dağılımın simetrik olmaktan uzak olduğunu ve sağa doğru çarpıklık gösterdiği görülmektedir.

4. Kolmogorov- Smirnov ve Shapiro -Wilk testleri.

Aile Etkileşim Ölçeğinin 4 alt boyutuna (birlikte bakım ve destek bilinci, manevi olumsuz duygular, pozitif aile ilişkileri, manevi olumlu duygular) ait

Kolmogorov- Smirnov ve Shapiro -Wilk test sonuçları Çizelge 25'te gösterilmiştir.

Çizelge 25. Aile Etkileşim Ölçeğinde 4 Alt Boyutuna (Birlikte Bakım ve Destek Bilinci, Manevi Olumsuz Duygular, Pozitif Aile İlişkileri, Manevi Olumlu Duygular) Ait Kolmogorov- Smirnov ve Shapiro -Wilk Test Sonuçları

	Kolmogorov- Smirnov ^a			Shapiro -Wilk		
	İstatistik	Sd	P	İstatistik	Sd	P
Birlikte Bakım ve Destek Bilinci	0,142	200	<,001	0,895	200	<,001
Manevi olumsuz duygular	0,095	200	<,001	0,966	200	<,001
Pozitif aile ilişkileri	0,133	200	<,001	0,934	200	<,001
Manevi olumlu duygular	0,100	200	<,001	0,947	200	<,001

P<.05

Çizelge 25'te görüldüğü gibi, yapılan analizler sonucunda 4 alt boyutta anket toplam puanlarının normal dağılım göstermediği görülmüştür (p<.05).

Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirilmiştir. Her iki testte de p<0,001 bulunmuş ve bu durum normal dağılım varsayımının reddedildiğini göstermektedir [Field, 2013; Ghasemi and Zahediasl, 2012].

Histogram dağılımı incelendiğinde, verilerin genel yapısının normal dağılıma yakın olduğu gözlemlenmiştir. Ancak normallik testlerinin sonuçları ve uç değerlerin varlığı, verilerin tam anlamıyla normal dağılıma uymadığını göstermektedir.

Skewness ve Kurtosis (-0,532) değerleri kabul edilebilir sınırlar içinde olmakla birlikte (Tabachnick and Fidell, 2019), test sonuçları dikkate alınarak normallik varsayımı tam olarak sağlanmamıştır.

Bu nedenle, normallik varsayımını gerektiren parametrik testler yerine, dağılıma duyarlı olmayan non-parametrik testlerin (Kruskal Wallis H-Testi ve Mann Whitney U-Testi) kullanılması tercih edilmiştir.

IV. BULGULAR

A. Örneklemin Özelliklerine İlişkin Bulgular

Ankete katılan bireylere ait demografik özellikleri değerlendirilerek yüzde, frekans olarak Çizelge 26’da verilmiştir.

Çizelge 26. Katılımcıların Demografik ve Sosyoekonomik Özellikleri

Bağımsız Değişkenler	Kategoriler	n	%
Bireylerin cinsiyetleri	Kadın	137	68,5
	Erkek	63	31,5
Bireylerin yaşlarının kategorize edilmesi	25 yaş ve altı	15	7,5
	26-35 yaş aralığı	61	30,5
	36-45 yaş aralığı	62	31,0
	46-55 yaş aralığı	54	27,0
	56 yaş ve üzeri	8	4,0
Bireylerin eğitim düzeyinin kategorize edilmesi	İlköğretim	15	7,5
	Lise	33	16,5
	Lisans	120	60,0
	Yüksek Lisans	32	16,0
Bireylerin çalışma durumu	Evet	152	76,0
	Hayır	48	24,0
Bireylerin mesleklerinin kategorize edilmesi	İşçi	27	13,5
	Memur	95	47,5
	Serbest Meslek	12	6,0
	Diğer	66	33,0
Bireylerin gelirleri	Düşük gelir	24	12,0
	Orta gelir	168	84,0
	Yüksek gelir	8	4,0
Bireylerin medeni durumları	Evli	58	29,0
	Bekâr	142	71,0
Bireylerin sahip oldukları çocuk sayıları	0	70	35,0
	1-3 çocuk	127	63,5
	4 ve üzeri çocuk	3	1,5
Bireylerin hastasına bakım verme süresinin kategorize edilmesi	1 yıldan az	97	48,5
	1-3 yıl	57	28,5
	4-6 yıl	13	6,5
	7 yıldan fazla	33	16,5
Bireylerin maddi yardım alma durumu	Evet	15	7,5
	Hayır	185	92,5
Bireylerin hastalarına olan yakınlık derecesinin kategorize edilmesi	Annem	54	27,0
	Babam	35	17,5
	Kayınvalidem	22	11,0
	Kayınpederim	10	5,0
	Diğer	79	39,5
Toplam		200	100,0

Çizelge 26’da görüldüğü gibi, örneklem grubu 200 kişiden oluşmaktadır. Bu kişilerin, %31,5’i erkektir, %68,5’i kadındır. Bilimsel bir karşılaştırma yapmak için 200 kişi dikkate alınacaktır.

Araştırmada örneklem grubunun bakım verdiği kişiler açısından değerlendirildiğinde anneye bakım verme oranı %27, babaya bakım verme oranı 17,5, kayınvalideye bakım verme oranı %11, kayınpedere bakım verme oranı %5, anneanne, babaanne, dede gibi ailenin diğer üyelerine bakım verme oranı ise %39,5’tir.

Medeni durum açısından bakıldığında örneklem grubunda evli olanların oranı %29 iken bekârların oranı %71’dir.

Örneklem grubunda sahip olunan çocuk sayısı bakıldığında çocuğu olmayanların oranı %35, 1-3 arasında çocuk sahibi olanların oranı %63,5, 4 ve üzerinde çocuk sahibi olanların oranı %1,5’tir.

Örneklem grubunda beş farklı yaş grubu vardır. Araştırmaya katılan, en fazla yaş grubunun oranı %31’ini oluşturan 36-45 yaş grubundaki bireyler, en az yaş grubunun oranı %4’ünü oluşturan 56 yaş ve üzeri bireylerdir.

Çalışma durumu incelendiğinde, örneklem grubunda çalışanların oranı %76 olup çalışanlar arasında memur oranı %47,5 ile en fazladır. İkinci sırada diğer meslek grubunda çalışanların oranı %33, işçi sınıfında olanların oranı %13,5 iken kendini serbest meslek sınıfında tanımlayanların oranı %6’dır.

Örneklem grubunda kendini orta gelir düzeyinde tanımlayanların oranı %84 ile birinci sırada yer alırken ardından %12 ile düşük gelirli oranı ve %4 ile yüksek gelirli oranı ortaya çıkmaktadır.

Bireylerin bakım sundukları yakınları için yardım alma durumu sorgulandığında katılımcıların %92,5’i maddi yardım almadığını belirtirken, yalnızca %7,5’lik bir kesim maddi yardım aldığını ifade etmiştir. Bu bulgu, bakım sürecinde katılımcıların çoğunluğunun dış kaynaklı bir maddi destekten faydalanmadığını ve bakım yükünü kendi imkanlarıyla karşılamak durumunda olduklarını göstermektedir.

Eğitim durumu incelendiğinde örneklem grubunda ilköğretim mezunu %7,5, lise mezunu %16,5 ve lisans mezunu %60 lisans üstü %16’dır.

B. Aile Etkileşim Ölçeği Cevaplarının Frekans Dağılımı

Katılımcıların Aile Etkileşim Ölçeğine verdiği yanıtların frekans dağılımı Çizelge 27’de verilmiştir.

Çizelge 27. Katılımcıların Aile Etkileşim Ölçeğinde Yer Alan Görüşlerine Ait Frekans Dağılımı

Maddeler	Kesinlikle Katılmıyorum (%)	Katılmıyorum (%)	Fikrim yok (%)	Katılıyorum (%)	Kesinlikle Katılıyorum (%)
Hastamıza bakmam ailemiz tarafından desteklenir.	3,0	4,0	5,5	44,0	43,5
Hastamıza bakmam sırasında ailemiz bana yardım eder.	1,5	8,0	7,0	45,0	38,5
Hastamıza bakma sürecinde ailemiz bana dua eder.	1,0	3,5	10,0	37,5	48,0
Hastamıza bakmayı ailemizle iş birliği içerisinde yaparız.	1,0	9,0	6,5	47,5	36,0
Hastamıza bakmak bağımsızımı pekiştirdi.	1,0	13,5	15,5	39,5	30,5
Hastamıza bakmak anlayışımızı artırdı.	1,0	12,0	16,5	38,0	32,5
Hastamıza bakım vermek aile sevgimizi artırdı.	1,5	10,5	12,0	43,0	33,0
Hastamıza bakmak hoşgörümüzü artırdı.	3,5	7,5	13,0	42,5	33,5
Hastamıza bakmak şükran duygumuzu artırdı.	0,5	8,5	9,5	47,5	34,0
Hastamıza bakmayı ailemizle iş bölümü içerisinde yaparız.	2,5	10,0	9,0	46,5	32,0
Hastamıza bakmak maneviyatımızı artırdı.	2,5	6,0	9,5	40,5	41,5
Hastamıza bakmak yaşamımızı keyifli hale getirdi.	7,0	29,0	19,5	23,5	21,0
Hastamıza bakmak ailemizin samimiyetini artırdı.	3,5	12,5	15,0	44,5	24,5
Hastamıza bakmak sabrımızı güçlendirdi.	2,0	7,0	7,0	42,0	40,5
Hastamıza bakmak öfkemizi artırdı.	8,0	18,5	18,5	41,0	12,0
Hastamıza bakmak ailemiz için katlanılmaz oldu.	7,0	10,5	13,0	47,0	22,5
Hastamıza bakmak ailemizi endişeli hale getirdi.	12,5	39,0	10,0	28,0	11,5
Hastamıza bakmak kaygımızı artırdı.	12,5	39,0	10,0	27,0	11,5

Çizelge 27’ de görüldüğü üzere; "Hastamıza bakmam ailemiz tarafından desteklenir" ifadesine katılanlar (%44) ve kesinlikle katılanlar (%43,5) yüksek oranda destekleyici bir tutumun olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde "Hastamıza bakmam sırasında ailemiz bana yardım eder" ifadesine de %45 katılırken, %38,5 kesinlikle katıldığını belirtmiştir. Bu sonuçlar, aile içindeki dayanışmanın önemli olduğunu ve bakım sürecinde yalnız kalınmadığını işaret eder.

Ayrıca "Hastamıza bakmak maneviyatımızı artırdı" (%40,5 katılıyorum, %41,5 kesinlikle katılıyorum) ve "Hastamıza bakmak şükran duygumuzu artırdı" (%47,5 katılıyorum, %34 kesinlikle katılıyorum) ifadeleri, bakım sürecinin psikolojik olarak pozitif etkileri olduğunu göstermektedir. Bunun yanı sıra

"Hastamıza bakmak öfkemizi artırdı" ifadesinde %41 katılım ve %12 kesin katılım ile bakımın duygusal yük oluşturabileceği de gözlemlenmektedir.

Bakım sürecinin aile içi ilişkileri güçlendirdiğine dair bulgular dikkat çekicidir. "Hastamıza bakmayı ailemizle iş birliği içerisinde yaparız" ifadesine %47,5 katılırken, %36 kesinlikle katılmıştır. Aynı şekilde, "Hastamıza bakım vermek aile sevgimizi artırdı" ifadesinde de %43 katılım ve %33 kesin katılım oranı görülmektedir. Bu veriler, bakımın aile bağlarını güçlendirme potansiyeli taşıdığını göstermektedir.

"Hastamıza bakmak ailemiz için katlanılmaz oldu" ifadesine %47 katılım ve %22,5 kesin katılım gözlenmiştir. "Hastamıza bakmak kaygımızı artırdı" ifadesine %27 katılım ve %11,5 kesin katılım görülmüştür. Bu durum, bakım sürecinin bazı aile bireyleri için zorlayıcı ve stresli olabileceğini göstermektedir. Her ne kadar olumlu etkiler gözlemlense de, bazı ifadelerde bakımın olumsuz yönleri de ortaya çıkmaktadır.

Genel olarak, katılımcıların cevapları bakım sürecinin aile içinde desteklendiğini, manevi ve duygusal katkılar sunduğunu, ancak bazı stres ve kaygı faktörlerini de beraberinde getirdiğini göstermektedir. Aile bağlarını güçlendiren bir süreç olmasına rağmen, özellikle psikolojik baskı ve bakım yükü ile ilgili bazı olumsuz etkiler de göz ardı edilmemelidir.

C. Aile Etkileşim Ölçeği Cevaplarının Alt Boyutlarda Değerlendirilmesi

1. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci

Bu bölümde, hasta bakımına yönelik aile desteği ve birlikte bakım sorumluluğuna ilişkin katılımcı görüşleri incelenmiştir. Elde edilen bulgular; aile bireylerinin hastaya bakım verme sürecinde destek bilincine sahip olup olmadığı, iş birliği ve iş bölümü yapıp yapmadığı, manevi destek (dua) gibi unsurların varlığı ve genel tutumların düzeyi üzerine odaklanmaktadır.

Böylelikle hem ailenin hasta bakımına katılım derecesi hem de bakım sürecinde paylaşılan rollerin katılımcı algıları doğrultusunda nasıl şekillendiği ortaya konulmaktadır.

Çizelge 28. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Alt Boyutuna Verilen Cevaplar

Değişken	Ortalama	Medyan	Mod	Maks.	Min.	SS	%25	%75
Hastamıza bakmam ailemiz tarafından desteklenir	4,21	4,00	4,00	5,00	1,00	0,94	4,00	5,00
Hastamıza bakmam sırasında ailemiz bana yardım eder	4,11	4,00	4,00	5,00	1,00	0,95	4,00	5,00
Hastamıza bakma sürecinde ailemiz bana dua eder	4,28	4,00	5,00	5,00	1,00	0,86	4,00	5,00
Hastamıza bakmayı ailemizle iş birliği içerisinde yaparız	4,08	4,00	4,00	5,00	1,00	0,93	4,00	5,00
Hastamıza bakmayı ailemizle iş bölümü içerisinde yaparız	3,95	4,00	4,00	5,00	1,00	1,02	4,00	5,00
Birlikte bakım ve destek bilinci	20,64	21,00	25,00	25,00	7,00	3,76	19,00	24,00

Çizelge 28’de kronik yaşlı hastasına bakım verenlerin birlikte bakım ve destek bilinç düzeyi ile alakalı olarak, katılımcılara sorulan sorulara katılımcıların hepsi cevap vermiş olup verilen bakımın aile tarafından desteklendiği sorusuna verilen cevapların ortalama değeri (4,21) ve medyan değerlerinin (4,00) yüksekliği, aile desteğinin genellikle olumlu algılandığını göstermektedir. Standart sapma (0,94) düşük seviyededir ve bu da katılımcılar arasında büyük bir görüş farklılığı olmadığını ifade etmektedir ($Ortanca = 4$, $IQR = 1$).

Hasta bakımı sırasında diğer aile üyelerinin yardım etmesi konusunda verilen cevaplara bakıldığında ortalama değerin (4,11) ve medyan değer (4,00), katılımcıların çoğunluğunun bu konuda olumlu görüşe sahip olduğunu işaret etmektedir. Standart sapmanın (0,95) düşük olması, yanıtların genel olarak tutarlı olduğunu göstermektedir ($Ortanca = 4$, $IQR = 1$).

Hasta bakımı sürecinde aile üyelerinin manevi desteği (dua) konusunda sorulan soruya verilen cevaplarda ortalama değerin (4,28) ve mod değerinin (5,00) yüksekliği, katılımcıların çoğunluğunun bakım sırasında ailelerinden manevi destek aldığını düşündüğünü göstermektedir. Standart sapma (0,86) düşük olduğu için katılımcıların görüşleri arasında büyük farklılık bulunmamaktadır ($Ortanca = 4$, $IQR = 1$).

Hasta bakımının aile ile iş birliği içerisinde yapılma durumuna verilen cevaplarda ortalama değerin (4,08) ve medyan değerin (4,00) yüksekliği, aile üyeleri arasında iş birliğinin genelde olumlu bir düzeyde algılandığını

göstermektedir. Standart sapma (0,93), yanıtların birbirine yakın olduğunu ortaya koymaktadır (*Ortanca* = 4, *IQR* = 1).

Hasta bakımını iş bölümü içerisinde yapma durumu ile ilgili soruya ise verilen cevapların ortalamasının (3,95) ve medyan değer (4,00) pozitif olması, iş bölümünün genellikle olumlu bir şekilde gerçekleştirildiğini düşündürmektedir. Ancak, bu maddenin standart sapmasının (1,02) diğer maddelere göre biraz daha yüksek olması, bu konuda katılımcılar arasında görece daha fazla farklılık olduğunu işaret etmektedir (*Ortanca* = 4, *IQR* = 1).

Bakım verenlerin birlikte bakım ve destek bilinci ile alakalı olarak sorulan sorulara verilen tüm cevaplar bütün olarak değerlendirildiğinde ortalama değer (20,64) yüksek olması, katılımcıların genel olarak birlikte bakım ve destek konusundaki farkındalıklarının yüksek olduğunu göstermektedir. Medyan değer (21,00) ve mod değerinin (25,00) birbirine yakın olması, bu farkındalığın geniş bir katılımcı grubunda benzer düzeyde olduğunu işaret etmektedir (*Ortanca* = 21, *IQR* = 5).

2. Manevi Olumsuz Duygular

Bu bölümde, hasta bakım sürecinde yaşanan manevi olumsuz duygulara ilişkin katılımcı görüşleri incelenmiştir. Elde edilen bulgular; hasta bakımının kaygı, endişe, katlanılmazlık ve öfke gibi olumsuz duygu durumlarına nasıl yansıdığı ve bu durumların aile etkileşimine nasıl etki ettiği üzerine odaklanmaktadır. Böylelikle hem bakımın aile içi duygusal dinamikleri hem de bu süreçte ortaya çıkan manevi sorunların katılımcı algıları doğrultusunda nasıl şekillendiği ortaya konulmaktadır.

Çizelge 29. Manevi Olumsuz Duygular Alt Boyutuna Verilen Cevaplar

Değişken	Ortalama	Medyan	Mod	Maks.	Min.	SS	%25	%75
Hastamıza bakmak kaygımızı arttırdı	3,14	4,00	4,00	5,00	1,00	1,27	2,00	4,00
Hastamıza bakmak ailemizi endişeli hale getirdi	3,10	3,00	4,00	5,00	1,00	1,26	2,00	4,00
Hastamıza bakmak ailemiz için katlanılmaz oldu	2,42	2,00	2,00	5,00	1,00	1,11	2,00	3,00
Hastamıza bakmak öfkemizi arttırdı	2,69	2,00	2,00	5,00	1,00	1,14	2,00	4,00
Manevi olumsuz duygular	11,36	12,00	8,00	20,00	4,00	4,15	8,00	14,00

Hastaya bakımın kaygıyı artırıp artırmadığı ile ilgili soruya verilen cevaplarda ortalama değerin (3,14) ve medyan değerin (4,00) yüksekliği, katılımcıların bakım sürecinde genellikle kaygı yaşadıklarını göstermektedir. Ancak standart sapmanın (1,27) orta düzeyde olması, bu konuda katılımcılar arasında bir miktar farklılık olduğunu işaret etmektedir ($Ortanca = 4, IQR = 2$).

Hastaya bakımın ailede endişe yaratıp yaratmadığına dair verilen cevaplarda ortalama değer (3,10) ve medyan değer (3,00) bakımın ailede bir ölçüde endişe yarattığını göstermektedir. Standart sapma (1,26), katılımcıların bu konuda benzer görüşlere sahip olduğunu ancak kısmen farklılıklar bulunduğunu ifade etmektedir ($Ortanca = 3, IQR = 2$).

Hastaya bakımın aile için katlanılmaz bir durum olup olmadığı sorusuna verilen cevaplarda ortalama değerin (2,42) ve medyan değerin (2,00) düşük olması, katılımcıların çoğunun bu görüşe katılmadığını göstermektedir. Bununla birlikte standart sapma (1,11), katılımcılar arasında bu konuda küçük düzeyde farklılıklar olduğunu göstermektedir ($Ortanca = 2, IQR = 1$).

Aile içerisinde hasta bakımının öfkeyi artırıp artırmadığına yönelik cevaplarda ortalama değer (2,69) ve medyan değer (2,00), bakım sürecinde öfke düzeyinin genel olarak düşük seviyelerde olduğunu işaret etmektedir. Standart sapmanın (1,14) görece düşük olması, katılımcıların bu konuda benzer görüşlere sahip olduğunu göstermektedir ($Ortanca = 2, IQR = 2$).

Manevi olumsuz duygularla ilgili katılımcılara yöneltilen dört soruya verilen cevaplarda, genel ortalama değerin (11,36) yüksek olduğu görülmektedir. Medyan değer (12,00) ve mod değerinin (8,00) farklılık göstermesi, katılımcılar arasında bu duyguların yaşanma düzeyinde kısmi değişkenlik olduğunu işaret etmektedir. Standart sapmanın (4,15) görece yüksek olması da bu farklılığı desteklemektedir ($Ortanca = 12, IQR = 6$).

3. Pozitif Aile İlişkileri

Bu bölümde, hasta bakımının aile içerisindeki olumlu ilişkilere ve olumlu duyguların gelişimine etkisine yönelik katılımcı görüşleri incelenmiştir. Elde edilen bulgular, bakım verme sürecinin aile içerisinde sevgi, hoşgörü, sabır ve anlayış gibi olumlu tutumların ne ölçüde güçlendiğini ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Çizelge 30. Pozitif Aile İlişkileri Alt Boyutuna Verilen Cevaplar

Değişken	Ortalama	Medyan	Mod	Maks.	Min.	SS	%25	%75
Hastamıza bakmak bağımızı pekiştirdi.	3,85	4,00	4,00	5,00	1,00	1,04	3,00	5,00
Hastamıza bakmak anlayışımızı arttırdı.	3,89	4,00	4,00	5,00	1,00	1,03	3,00	5,00
Hastamıza bakım vermek aile sevgimizi arttırdı.	3,96	4,00	4,00	5,00	1,00	1,00	4,00	5,00
Hastamıza bakmak hoşgörümüzü arttırdı.	3,95	4,00	4,00	5,00	1,00	1,04	4,00	5,00
Hastamıza bakmak sabrımızı güçlendirdi.	4,12	4,00	4,00	5,00	1,00	0,97	4,00	5,00
Pozitif aile ilişkileri	19,76	20,00	20,00	25,00	5,00	4,12	17,00	23,00

Hastamıza bakmak bağımızı pekiştirdi maddesine verilen cevaplarda ortalama değer (3,85) ve medyan değer (4,00) yüksekliği, bakım sürecinin aile bağlarını güçlendirme konusunda olumlu bir algıya işaret etmektedir. Standart sapmanın (1,04) görece düşük olması, katılımcıların görüşlerinde büyük farklılık olmadığını göstermektedir (Ortanca = 4, IQR = 2).

Hastamıza bakmak anlayışımızı artırdı maddesinde ortalama değer (3,89) ve medyan değer (4,00) yüksekliği, katılımcıların bakım sürecinin aile içindeki anlayışı artırdığına dair olumlu görüşlere sahip olduğunu göstermektedir. Standart sapma (1,03), bu görüşlerin genel olarak tutarlı olduğunu ifade etmektedir (Ortanca = 4, IQR = 2).

Hastamıza bakım vermek aile sevgimizi artırdı maddesine ilişkin cevaplarda ortalama değer (3,96) ve medyan değer (4,00) yüksek olması, bakımın aile sevgisini artırma konusunda genellikle olumlu bir algıya neden olduğunu göstermektedir. Standart sapmanın (1,00) düşük olması, katılımcıların görüşlerinin benzer olduğunu işaret etmektedir (Ortanca = 4, IQR = 1).

Hastamıza bakmak hoşgörümüzü artırdı maddesine verilen cevaplarda ortalama değer (3,95) ve medyan değer (4,00) yüksekliği, bakım sürecinin aile içinde hoşgörüyü artırdığına yönelik olumlu bir algıyı yansıtmaktadır. Standart sapma (1,04), katılımcılar arasında bu konuda genel bir tutarlılık olduğunu göstermektedir (Ortanca = 4, IQR = 1).

Hastamıza bakmak sabrımızı güçlendirdi maddesinde ortalama değer (4,12) ve medyan değer (4,00) yüksekliği, bakım sürecinin sabrı güçlendirme konusunda güçlü bir olumlu algıya işaret etmektedir. Standart sapma (0,97) düşük

olduğu için katılımcılar arasında bu konuda büyük bir farklılık olmadığı görülmektedir (Ortanca = 4, IQR = 1).

Pozitif aile ilişkileri ile ilgili katılımcılara yöneltilen sorulara verilen cevaplarda, genel ortalama değerin (19,76) yüksek olduğu görülmektedir. Medyan değer (20,00) ve mod değerinin (20,00) birbirine eşit olması, katılımcıların pozitif aile ilişkilerine yönelik algılarında genelde benzer görüşlere sahip olduğunu göstermektedir. Standart sapmanın (4,12) görece düşük olması, bu algının katılımcılar arasında büyük farklılık göstermediğini ifade etmektedir (Ortanca = 20, IQR = 6).

4. Manevi Olumlu Duygular

Bu bölümde, hasta bakım sürecinin aile içinde manevi açıdan olumlu duygular üzerindeki etkisine yönelik katılımcı görüşleri incelenmiştir. Elde edilen bulgular, bakım verme sürecinin şükran, maneviyat, keyif ve samimiyet gibi olumlu hisleri ne ölçüde pekiştirdiğini göstermeyi amaçlamaktadır.

Çizelge 31. Manevi Olumlu Duygular Alt Boyutuna Verilen Cevaplar

Değişken	Ortalama	Medyan	Mod	Maks.	Min.	SS	%25	%75
Hastamıza bakmak şükran duygumuzu arttırdı.	4,06	4,00	4,00	5,00	1,00	0,91	4,00	5,00
Hastamıza bakmak maneviyatımızı arttırdı.	4,12	4,00	5,00	5,00	1,00	0,98	4,00	5,00
Hastamıza bakmak yaşamımızı keyifli hale getirdi.	3,23	3,00	2,00	5,00	1,00	1,27	2,00	4,00
Hastamıza bakmak ailemizin samimiyetini arttırdı.	3,74	4,00	4,00	5,00	1,00	1,07	3,00	4,00
Manevi olumlu duygular	15,15	16,00	20,00	20,00	4,00	3,53	13,00	18,00

Hastamıza bakmak şükran duygumuzu artırdı maddesine verilen cevaplarda ortalama değer (4,06) ve medyan değer (4,00) yüksekliği, bakım sürecinin şükran duygusunu artırdığı yönünde güçlü bir algının var olduğunu göstermektedir. Standart sapmanın (0,91) düşük olması, katılımcıların bu konuda benzer görüşlere sahip olduğunu ifade etmektedir (Ortanca = 4, IQR = 1).

Hastamıza bakmak maneviyatımızı artırdı maddesine ilişkin cevaplarda ortalama değer (4,12) ve medyan değer (4,00) yüksekliği, katılımcıların manevi destek algılarının güçlü olduğunu göstermektedir. Mod değerinin (5,00) en

yüksek seçeneğe denk gelmesi, birçok katılımcının bu konuda tamamen katıldığını ifade etmektedir. Standart sapmanın (0,98) düşük olması, yanıtların tutarlı olduğunu işaret etmektedir (Ortanca = 4, IQR = 1).

Hastamıza bakmak yaşamımızı keyifli hale getirdi maddesinde ortalama değer (3,23) ve medyan değer (3,00) görece daha düşük olup, katılımcıların bu algıda nötr veya sınırlı bir olumlu görüşe sahip olduğunu göstermektedir. Standart sapmanın (1,27) biraz daha yüksek olması, bu konuda katılımcılar arasında farklı görüşlerin bulunduğunu ifade etmektedir (Ortanca = 3, IQR = 2).

Hastamıza bakmak ailemizin samimiyetini artırdı maddesine ilişkin cevaplarda ortalama değer (3,74) ve medyan değer (4,00) yüksekliği, bakım sürecinin ailedeki samimiyet düzeyini artırdığı algısının genel olarak olumlu olduğunu göstermektedir. Standart sapmanın (1,07) görece düşük olması, bu algının katılımcılar arasında tutarlı olduğunu ifade etmektedir (Ortanca = 4, IQR = 1).

Manevi olumlu duygular ile ilgili katılımcılara yöneltilen sorulara verilen cevaplarda, genel ortalama değer (15,15) yüksek olduğu görülmektedir. Medyan değer (16,00) ve mod değerinin (20,00) yüksek olması, katılımcıların manevi olumlu duygulara yönelik genel algısının pozitif olduğunu göstermektedir. Standart sapmanın (3,53) görece düşük olması, bu algının katılımcılar arasında büyük bir farklılık göstermediğini ifade etmektedir (Ortanca = 16, IQR = 5).

D. Örneklemin Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Konusundaki Tutumları

1. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Cinsiyet

Kadınlar ve erkeklerin kronik yaşlı hasta bakımında birlikte bakım ve destek bilincinin oluşmasında farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 32. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Cinsiyet	N	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Kadın	137	102,05	13981,5	4102,5	0,572
Erkek	63	97,12	6118,5		

p> .05

Çizelge 32’de görüldüğü gibi, sıra ortalamaları incelendiğinde, kadınların (102,05) erkeklerden (97,12) biraz daha yüksek olduğu görülmektedir. Ancak birlikte bakım ve destek bilinci oluşmasında kadın erkek olma durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($U=4102,5$; $p>.05$). Diğer bir ifade ile cinsiyetin birlikte bakım ve destek bilinci oluşturma üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığını göstermektedir.

2. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Yaş

Kronik yaşlı hasta bakımında birlikte bakım ve destek bilincinin oluşmasında yaş gruplarına göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 33. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Yaş Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Yaş grubu	N	Sıra ort.	H	sd	p
25 yaş ve altı	15	125,27	7,382	4	0,11
26-35 yaş	61	92,89			
36-45 yaş	62	103,81			
46-55 yaş	54	93,64			
56 yaş ve üzeri	8	132,75			

$p>.05$

Çizelge 33’ de görüldüğü gibi, sıra ortalamaları incelendiğinde, 25 yaş ve altı (125,27) 56 yaş ve üzeri (132,75) grupların biraz daha yüksek olduğu görülmektedir. Yaş arttıkça birlikte bakım ve destek bilincinin düzenli bir şekilde yükseldiği söylenemez, çünkü sıra ortalamaları dalgalanmalar göstermektedir. En genç (25 yaş ve altı) ve en yaşlı (56 yaş ve üzeri) gruplarda bilinç daha yüksekken, orta yaş gruplarında bu bilinç daha düşük seviyelerde kalmaktadır.

Ancak istatistiksel olarak birlikte bakım ve destek bilinci oluşmasında yaş gruplarına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($H= 7,382$; $p>.05$). Diğer bir ifade ile yaş gruplarının birlikte bakım ve destek bilinci oluşturma düzeyleri birbiriyle benzer bulunmuştur.

3. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Eğitim Durumu

Kronik yaşlı hasta bakımında birlikte bakım ve destek bilincinin oluşmasında eğitim durumlarına göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 34. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Eğitim Durumlarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Eğitim durumu	N	Sıra ort.	H	sd	p
İlköğretim	15	106,27	0,951	3	0,813
Lise	33	107,76			
Lisans	120	98,93			
Lisans üstü	32	96,18			

$p > .05$

Çizelge 34' te görüldüğü gibi, birlikte bakım ve destek bilinci oluşmasında eğitim durumlarına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($H = 0,951$; $p > .05$). Diğer bir ifade ile farklı eğitim düzeylerine sahip bireyler birlikte bakım ve destek bilinci oluşturma açısından benzer tutumlar sergilemektedir. İlköğretim ($N=15$), Lise ($N=33$), Lisans ($N=120$) ve Lisansüstü ($N=32$). Sıra ortalamalarına bakıldığında, Lise mezunları en yüksek sıra ortalamasına (107,76) sahipken, Lisansüstü mezunlar en düşük sıra ortalamasına (96,18) sahiptir. İlköğretim (106,27) ve Lisans (98,93) grupları ise bu iki uç arasında yer almaktadır. Bu durum, ilk bakışta eğitim düzeyi arttıkça birlikte bakım ve destek bilinci oluşmasının biraz daha düşük olabileceğine dair bir izlenim yaratabilir.

4. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Çalışma Durumu

Çalışan veya çalışmayan bireylerin kronik yaşlı hasta bakımında birlikte bakım ve destek bilincinin oluşmasında farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 35. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Çalışma Durumuna Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Çalışma durumu	N	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Evet	152	95,33	14490	2862	0,023
Hayır	48	116,88	5610		

$P < .05$

Çizelge 35' de görüldüğü gibi, birlikte bakım ve destek bilinci oluşmasında çalışma durumuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur ($U=2862$; $p < .05$). Diğer bir ifade bu sonuç çalışmayan bireylerin birlikte bakım ve destek bilinci oluşturma düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışan bireyler ($N=152$) ve çalışmayan bireyler ($N=48$). Sıra ortalamalarına bakıldığında, çalışmayan

bireylerin sıra ortalaması (116,88) çalışan bireylerin sıra ortalamasından (95,33) belirgin şekilde daha yüksektir. Bu, çalışmayan bireylerin birlikte bakım ve destek bilinci oluşması konusunda daha olumlu bir tutum sergilediğine dair ön bir işaret sunmaktadır.

5. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Meslek

Kronik yaşlı hasta bakımında birlikte bakım ve destek bilincinin oluşmasında meslek gruplarına göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 36. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Meslek Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Meslek	N	Sıra ort.	H	sd	p
İşçi	27	103,78	6,435	3	0,092
Memur	95	94,58			
Serbest Meslek	12	74,42			
Diğer	66	112,42			

$P > .05$

Çizelge 36' da görüldüğü gibi, birlikte bakım ve destek bilinci oluşmasında meslek gruplarına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($H = 6,435$; $p > .05$). Sıra ortalamalarına baktığımızda, Diğer grubu (112,42) en yüksek sıra ortalamasına sahipken, Serbest Meslek grubu (74,42) en düşük sırada yer alıyor. İşçi (103,78) ve Memur (94,58) grupları ise orta seviyelerde. Bu, pratik anlamda, "Diğer" meslek grubundakilerin birlikte bakım ve destek bilinci konusunda biraz daha yüksek bir eğilim gösterebileceğini, Serbest Meslek grubundakilerin ise daha düşük bir bilinç sergileyebileceğini ima edebilir.

6. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Gelir Düzeyi

Kronik yaşlı hasta bakımında birlikte bakım ve destek bilincinin oluşmasında gelir düzeylerine göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 37. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Gelir Düzeylerine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Gelir Düzeyi	N	Sıra ort.	H	sd	p
Düşük	24	117,54	2,843	2	0,241
Orta	168	97,55			
Yüksek	8	111,25			

$P > .05$

Çizelge 37’ de görüldüğü gibi, birlikte bakım ve destek bilinci oluşmasında gelir düzeylerine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($H= 2,843$; $p>.05$).

7. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Medeni Durum

Evli veya bekar olma durumunun kronik yaşlı hasta bakımında birlikte bakım ve destek bilincinin oluşmasında farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 38. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Medeni Duruma Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Medeni Durum	N	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Bekar	142	97,65	13866,5	3713,5	0,272
Evli	58	117,47	6233		

$P > .05$

Çizelge 38’de görüldüğü gibi, birlikte bakım ve destek bilinci oluşmasında medeni durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($U=3713,5$; $p>.05$). Diğer bir ifade ile bekar veya evli olma durumunun birlikte bakım ve destek bilinci oluşturma üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığını göstermektedir.

8. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Çocuk Sayısı

Kronik yaşlı hasta bakımında birlikte bakım ve destek bilincinin oluşmasında çocuk sayısına göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 39. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Çocuk Sayısına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Çocuk Sayısı	N	Sıra ort.	H	sd	p
0	70	109,76	2,870	2	0,238
1-3	127	95,32			
4 ve üzeri	3	103,83			

$P > .05$

Çizelge 39’ da görüldüğü gibi, birlikte bakım ve destek bilinci oluşmasında sahip olunan çocuk sayısına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($H= 2,870$; $p>.05$).

9. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Bakım Verme Süresi

Kronik yaşlı hasta bakımında birlikte bakım ve destek bilincinin oluşmasında bakım verme süresine göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 40. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Bakım Verme Süresine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Bakım verme süresi	N	Sıra ort.	H	sd	p	Anlamli fark
1 yıldan az	97	113,7	10,645	3	0,014	*1-2
1-3 yıl	57	88,71				*1-3
4-6 yıl	13	76,35				*1-4
7 yıldan fazla	33	91,59				

P <.05

Çizelge 40' da görüldüğü gibi, birlikte bakım ve destek bilinci oluşmasında bakım verme süresine göre anlamlı bir fark bulunmuştur. (H= 10,645; p<.05). En yüksek ortalama sıra değeri 1 yıldan az bakım veren grupta 113,7 , en düşük ise 4-6 yıl bakım veren grupta 76,35 olarak gözlemlenmiştir.

Anlamlı farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre; bakım verme süresi 1 yıldan az olan kişiler ile 1-3 yıl olan kişiler arasında (U= 2095,5; p=0,012); bakım verme süresi 1 yıldan az olanlar ile 4-6 yıl olan kişiler arasında (U= 382; p=0,02); bakım verme süresi 1 yıldan az olanlar ile 7 yıldan fazla olan kişiler arasında (U= 1238; p=0,05) anlamlı fark bulunmuştur. Bu bulgular bakım verme süresi arttıkça bireylerin bakım ve destek bilinci üzerindeki algısında farklılaşma olduğunu göstermekte olup bu fark bakım verme süresi 1 yıldan az olanlar lehine gerçekleşmektedir.

10. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Maddi Yardım Alma Durumu

Maddi yardım alanlar ve almayanlar arasında kronik yaşlı hasta bakımında birlikte bakım ve destek bilincinin oluşmasında farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 41. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Maddi Yardım Alma Durumuna Göre Mann- Whitney U Testi Sonuçları

Maddi yardım alma durumu	N	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Evet	15	118,53	1778	1117	0,205
Hayır	185	99,04	18322		

P> .05

Çizelge 41’ de görüldüğü gibi, birlikte bakım ve destek bilinci oluşmasında maddi yardım alma durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (U=1117; p>.05).

11. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci ile Yakınlık Derecesi

Kronik yaşlı hasta bakımında birlikte bakım ve destek bilincinin oluşmasında bakım verilen kişinin yakınlık derecesine göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 42. Birlikte Bakım ve Destek Bilinci Oluşmasının Bakım Verilen Kişinin Yakınlık Derecesine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Yakınlık derecesi	N	Sıra ort.	H	sd	p
Annem	54	82,69	5,197	4	0,268
Babam	35	111,7			
Kayınpederim	10	110,45			
Kayınvalidem	22	101,86			
Diğer	79	103,61			

P> .05

Çizelge 42’de görüldüğü gibi, birlikte bakım ve destek bilinci oluşmasında bakım verilen kişinin yakınlık derecesine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. (H= 5,197; p>.05). Diğer bir ifade ile yakınlık derecesine göre birlikte bakım ve destek bilinci oluşturma düzeyleri birbiriyle benzer bulunmuştur. Mevcut verilerle, yakınlık derecesi "Birlikte Bakım ve Destek Bilinci"ni anlamlı şekilde etkilemiyor (p = 0,268). Ancak, sıra ortalamalarındaki farklılıklar (Annem 82,69 vs. Babam 111,7), kültürel, duygusal veya psikolojik faktörlerin rol oynayabileceğini düşündürüyor.

E. Örneklemen Pozitif Aile İlişkileri Konusundaki Tutumları

1. Pozitif Aile İlişkileri ile Cinsiyet

Kadınlar ve erkeklerin kronik yaşlı hasta bakımında Pozitif Aile ilişkilerinin gelişmesinde farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 43. Pozitif Aile İlişkilerinin Gelişmesinde Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Cinsiyet	N	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Kadın	137	100,03	13704	4251	0,864
Erkek	63	101,52	6396		

P> .05

Çizelge 43’de görüldüğü gibi, pozitif aile ilişkileri oluşmasında kadın erkek olma durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (U=4251; p>.05). Diğer bir ifade ile cinsiyetin pozitif aile ilişkileri oluşturma üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığını göstermektedir. Sıra ortalamalarına bakıldığında, erkeklerin sıra ortalaması (101,52) kadınların sıra ortalamasından (100,03) çok az daha yüksektir. Bu, ilk bakışta erkeklerin pozitif aile ilişkilerinin gelişmesi konusunda kadınlara kıyasla biraz daha olumlu bir eğilim sergileyebileceğine işaret edebilir. Ancak, bu fark oldukça küçüktür ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkarmak için yeterli değildir.

2. Pozitif Aile İlişkileri ile Yaş

Kronik yaşlı hasta bakımında Pozitif Aile ilişkilerinin gelişmesinde yaş gruplarına göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 44. Pozitif Aile İlişkilerinin Gelişmesinde Yaş Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Yaş grubu	N	Sıra ort.	H	sd	p	Anlamlı fark
25 yaş ve altı	15	143,87	15,813	4	0,003	*1-2
26-35 yaş	61	93,73				
36-45 yaş	62	104,20				
46-55 yaş	54	86,64				
56 yaş ve üzeri	8	135,69				

p<.05

Çizelge 44' de görüldüğü gibi, Pozitif Aile İlişkileri oluşmasında yaş gruplarına göre anlamlı bir fark bulunmuştur. ($H= 15,813$; $p<.05$). En yüksek ortalama sıra değeri 25 yaş ve altı olan grupta 143,87, en düşük ise 46-55 yaş arası grupta 86,64 olarak gözlemlenmiştir.

Anlamlı farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre; 25 yaş ve altı olan grup ile 26-35 yaş arasında olan grup arasında ($U= 226,0$; $p=0,002$); 25 yaş ve altı olan grup ile 36-45 yaş arasında olan grup arasında ($U= 281,5$; $p=0,017$); 25 yaş ve altı olan grup ile 46-55 yaş arasında olan grup arasında ($U= 177,0$; $p<0,001$). Bu bulgular bakım veren kişinin yaşı ilerledikçe pozitif aile ilişkilerine yönelik algının azaldığı gözlemlenmiştir.

3. Pozitif Aile İlişkileri ile Eğitim Durumu

Kronik yaşlı hasta bakımında Pozitif Aile İlişkilerinin gelişmesinde eğitim durumlarına göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 45. Pozitif Aile İlişkileri Gelişmesinde Eğitim Durumlarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Eğitim durumu	N	Sıra ort.	H	sd	p
İlköğretim	15	124,77	3,084	3	0,379
Lise	33	102,45			
Lisans	120	97,66			
Lisans üstü	32	97,77			

$P> .05$

Çizelge 45'te görüldüğü gibi, Pozitif Aile İlişkileri gelişmesinde eğitim durumlarına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($H= 3,084$; $p>.05$). Diğer bir ifade ile farklı eğitim düzeylerine sahip bireyler Pozitif Aile İlişkileri oluşturma açısından benzer tutumlar sergilemektedir. İlköğretim grubu (124,77) en yüksek sıra ortalamasına sahipken, Lisans (97,66) en düşük sırada yer alıyor. Lise (102,45) ve Lisansüstü (97,77) ise orta seviyelerde. Pratik anlamda, ilköğretim mezunlarının pozitif aile ilişkileri geliştirme konusunda daha yüksek bir bilinç veya başarı sergileyebileceği, lisans mezunlarının ise daha düşük olabileceği düşünülebilir.

4. Pozitif Aile İlişkileri ile Çalışma Durumu

Çalışan veya çalışmayan bireylerin kronik yaşlı hasta bakımında Pozitif Aile İlişkilerinin gelişmesinde farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 46. Pozitif Aile İlişkileri Gelişmesinde Çalışma Durumuna Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Çalışma durumu	N	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Evet	152	95,20	14470,5	2842,5	0,02
Hayır	48	117,28	5629,5		

P < .05

Çizelge 46' da görüldüğü gibi, Pozitif Aile İlişkileri oluşmasında çalışma durumuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur (U=2862; p<.05). Diğer bir ifade bu sonuç çalışmayan bireylerin Pozitif Aile İlişkileri geliştirme düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışmayanların daha yüksek sıra ortalaması (117,28), bu bireylerin aileye daha fazla zaman ayırabildiğini veya aile ilişkilerine daha fazla odaklanabildiğini gösterebilir. Çalışan bireyler (95,20), iş yükü veya zaman kısıtlamaları nedeniyle aile ilişkilerine daha az enerji harcayabilir

5. Pozitif Aile İlişkileri ile Meslek

Kronik yaşlı hasta bakımında Pozitif Aile İlişkilerinin gelişmesinde meslek gruplarına göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 47. Pozitif Aile İlişkilerinin Gelişmesinde Meslek Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Meslek	N	Sıra ort.	H	sd	p
İşçi	27	103,04	2,287	3	0,515
Memur	95	95,20			
Serbest Meslek	12	93,42			
Diğer	66	108,38			

P > .05

Çizelge 47'de görüldüğü gibi, Pozitif Aile İlişkileri oluşmasında meslek gruplarına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. (H= 2,287; p>.05). İşçi (N=27), Memur (N=95), Serbest Meslek (N=12) ve Diğer (N=66). Sıra ortalamalarına bakıldığında, "Diğer" meslek grubu en yüksek sıra ortalamasına (108,38)

sahipken, Serbest Meslek grubu en düşük sıra ortalamasına (93,42) sahiptir. İşçi (103,04) ve Memur (95,20) grupları ise bu iki uç arasında yer almaktadır. Bu, ilk bakışta "Diğer" kategorisindeki bireylerin pozitif aile ilişkilerinin gelişmesi konusunda daha olumlu bir tutum sergilediğini, Serbest Meslek sahiplerinin ise daha az olumlu bir eğilim gösterdiğini düşündürülebilir.

6. Pozitif Aile İlişkileri ile Gelir Düzeyi

Kronik yaşlı hasta bakımında Pozitif Aile İlişkilerinin gelişmesinde gelir düzeylerine göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 48. Pozitif Aile İlişkilerinin Gelişmesinde Gelir Düzeylerine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Gelir Düzeyi	N	Sıra ort.	H	sd	p
Düşük	24	105,33	1,331	2	0,514
Orta	168	98,83			
Yüksek	8	121,0			

$P > .05$

Çizelge 48’ de görüldüğü gibi, Pozitif Aile İlişkilerinin gelişmesinde gelir düzeylerine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($H = 1,331$; $p > .05$).

7. Pozitif Aile İlişkileri ile Medeni Durum

Evli veya bekar olma durumunun kronik yaşlı hasta bakımında Pozitif Aile İlişkilerinin gelişmesinde farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 49. Pozitif Aile İlişkilerinin Gelişmesinde Medeni Duruma Göre Mann-Whitneyu Testi Sonuçları

Medeni Durum	N	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Bekar	142	99,91	14187,5	4034,5	0,821
Evli	58	101,94	5912,5		

$P > .05$

Çizelge 49’ da görüldüğü gibi, Pozitif Aile İlişkilerinin gelişmesinde medeni durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($U = 4034,5$; $p > .05$). Diğer bir ifade ile bekar veya evli olma durumunun Pozitif Aile İlişkileri oluşturma üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığını göstermektedir.

8. Pozitif Aile İlişkileri ile Çocuk Sayısı

Kronik yaşlı hasta bakımında Pozitif Aile İlişkilerinin gelişmesinde sahip olunan çocuk sayısına göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 50. Pozitif Aile İlişkilerinin Gelişmesinde Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Çocuk Sayısı	N	Sıra ort.	H	sd	p
0	70	105,35	1,585	2	0,453
1-3	127	97,19			
4 ve üzeri	3	127,50			

$P > .05$

Çizelge 50’de görüldüğü gibi, Pozitif Aile İlişkilerinin gelişmesinde sahip olunan çocuk sayısına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($H= 1,585$; $p>.05$).

9. Pozitif Aile İlişkileri ile Bakım Verme Süresi

Kronik yaşlı hasta bakımında Pozitif Aile İlişkilerinin gelişmesinde bakım verme süresine göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 51. Pozitif Aile İlişkilerinin Gelişmesinde Bakım Verme Süresine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Bakım verme süresi	N	Sıra ort.	H	sd	p	Anlamlı fark
1 yıldan az	97	114,5	13,838	3	0,003	*1-2
1-3 yıl	57	92,61				*1-3
4-6 yıl	13	63,92				*1-4
7 yıldan fazla	33	87,39				

$P < .05$

Çizelge 51’de görüldüğü gibi, Pozitif Aile İlişkilerinin gelişmesinde bakım verme süresine göre anlamlı bir fark bulunmuştur. ($H= 13,838$; $p<.05$). En yüksek ortalama sıra değeri 1 yıldan az bakım veren grupta 114,5, en düşük ise 4-6 yıl bakım veren grupta 63,92 olarak gözlemlenmiştir.

Anlamlı farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre; bakım verme süresi 1 yıldan az olan kişiler ile 1-3 yıl olan kişiler arasında ($U= 2155,5$; $p=0,021$); bakım verme süresi 1 yıldan az olanlar ile 4-6 yıl olan kişiler arasında ($U= 316$; $p=0,003$); bakım verme süresi 1 yıldan az olanlar ile 7 yıldan fazla olan kişiler arasında ($U=$

1166; $p=0,019$) anlamlı fark bulunmuştur. Bu bulgular bakım verme süresi arttıkça pozitif aile ilişkilerinin gelişmesinde azalma eğilimi göstermektedir.

10. Pozitif Aile İlişkileri ile Maddi Yardım Alma Durumu

Maddi yardım alanlar ve almayanlar arasında kronik yaşlı hasta bakımında Pozitif Aile İlişkilerinin gelişmesinde farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 52. Pozitif Aile İlişkilerinin Gelişmesinde Maddi Yardım Alma Durumuna Göre Mann- Whitney U Testi Sonuçları

Maddi yardım alma durumu	N	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Evet	15	111,17	1667,5	1227,5	0,454
Hayır	185	99,64	18432,5		

$P > .05$

Çizelge 52’ de görüldüğü gibi, Pozitif Aile İlişkilerinin gelişmesinde maddi yardım alma durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($U=1227,5$; $p>.05$).

11. Pozitif Aile İlişkileri ile Yakınlık Derecesi

Kronik yaşlı hasta bakımında Pozitif Aile İlişkilerinin gelişmesinde bakım verilen kişinin yakınlık derecesine göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 53. Pozitif Aile İlişkilerinin Gelişmesinde Bakım Verilen Kişinin Yakınlık Derecesine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Yakınlık derecesi	N	Sıra ort.	H	sd	p
Annem	54	98,26	1,168	4	0,883
Babam	35	104,99			
Kayınpederim	10	84,85			
Kayınvalidem	22	98,52			
Diğer	79	102,58			

$P > .05$

Çizelge 53’de görüldüğü gibi, Pozitif Aile İlişkilerinin gelişmesinde bakım verilen kişinin yakınlık derecesine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($H=1,168$; $p>.05$). Diğer bir ifade ile yakınlık derecesine göre Pozitif Aile İlişkileri oluşturma düzeyleri birbiriyle benzer bulunmuştur.

F. Örneklemin Manevi Olumlu Duygular Konusundaki Tutumları

1. Manevi Olumlu Duygular ile Cinsiyet

Kadınlar ve erkeklerin kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumlu Duyguların oluşmasında farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 54. Manevi Olumlu Duyguların Oluşmasının Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Cinsiyet	N	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Kadın	137	98,32	13470	4017	0,429
Erkek	63	105,24	6630		

$$P > .05$$

Çizelge 54'te görüldüğü gibi, Manevi Olumlu Duyguların oluşmasında kadın erkek olma durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($U=4017$; $p>.05$). Diğer bir ifade ile cinsiyetin Manevi Olumlu Duygular oluşturma üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığını göstermektedir. Sıra ortalamalarına bakıldığında, erkeklerin sıra ortalaması (105,24) kadınların sıra ortalamasından (98,32) bir miktar daha yüksektir. Bu, ilk bakışta erkeklerin manevi olumlu duyguların oluşması konusunda kadınlara kıyasla biraz daha olumlu bir eğilim sergileyebileceğine işaret edebilir. Ancak, bu farkın büyüklüğü oldukça sınırlıdır ve istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç çıkarmak için yeterli değildir.

2. Manevi Olumlu Duygular ile Yaş

Kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumlu Duyguların oluşmasında yaş gruplarına göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 55. Manevi Olumlu Duyguların Oluşmasının Yaş Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Yaş grubu	N	Sıra ort.	H	sd	p	Anlamlı fark
25 yaş ve altı	15	143,57	13,611	4	0,009	*1-2
26-35 yaş	61	96,22				*1-3
36-45 yaş	62	104,85				*1-4
46-55 yaş	54	85,58				
56 yaş ve üzeri	8	103,69				

$$p<.05$$

Çizelge 55' te görüldüğü gibi, Manevi Olumlu Duyguların oluşmasında yaş gruplarına göre anlamlı bir fark bulunmuştur. ($H= 13,611$; $p<.05$). En yüksek ortalama sıra değeri 25 yaş ve altı olan grupta 143,57, en düşük ise 46-55 yaş arası grupta 85,58 olarak gözlemlenmiştir.

Anlamlı farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre; 25 yaş ve altı olan grup ile 26-35 yaş arasında olan grup arasında ($U= 239,5$; $p=0,004$); 25 yaş ve altı olan grup ile 36-45 yaş arasında olan grup arasında ($U= 286$; $p=0,02$); 25 yaş ve altı olan grup ile 46-55 yaş arasında olan grup arasında ($U= 172,5$; $p<0,001$) anlamlı fark bulunmuştur. Bu bulgular bakım veren kişinin yaşı ilerledikçe manevi olumlu duyguların oluşumuna yönelik algının azaldığı gözlemlenmiştir.

3. Manevi Olumlu Duygular ile Eğitim Durumu

Kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumlu Duyguların oluşmasında eğitim durumlarına göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 56. Manevi Olumlu Duygular Oluşmasının Eğitim Durumlarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Eğitim durumu	N	Sıra ort.	H.	sd	p	Anlamlı fark
İlköğretim	15	139,53	8,186	3	0,042	*1-2
Lise	33	104,95				*1-3
Lisans	120	95,70				
Lisans üstü	32	95,59				

$P < .05$

Çizelge 56'da görüldüğü gibi, Manevi Olumlu Duyguların oluşmasında eğitim durumlarına göre anlamlı bir fark bulunmuştur. ($H= 8,186$; $p<.05$). En yüksek ortalama sıra değeri ilköğretim grubunda 139,53, en düşük ise lisans üstü grupta 95,59 olarak gözlemlenmiştir.

Anlamlı farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre; İlköğretim mezunu olan grup ile lise mezunu grup arasında ($U= 153,5$; $p=0,035$); İlköğretim mezunu olan grup ile lisans mezunu grup arasında ($U= 500,5$; $p=0,0005$); İlköğretim mezunu olan grup ile lisans üstü grup arasında ($U= 148$; $p=0,034$) anlamlı fark bulunmuştur. Bu

bulgular düşük eğitim seviyesindeki bireylerin manevi olumlu duyguların gelişmesine daha fazla eğilim gösterdiğini işaret etmektedir.

4. Manevi Olumlu Duygular ile Çalışma Durumu

Çalışan veya çalışmayan bireylerin kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumlu Duygularının oluşmasında farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 57. Manevi Olumlu Duyguların Oluşmasının Çalışma Durumuna Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Çalışma durumu	N	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Evet	152	95,66	14540	2912	0,034
Hayır	48	115,83	5560		

$P < .05$

Çizelge 57’de görüldüğü gibi, Manevi Olumlu Duyguların oluşmasında çalışma durumuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur ($U=2912$; $p<.05$). Diğer bir ifade ile bu sonuç çalışmayan bireylerin Manevi Olumlu Duygular oluşturma düzeyinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Çalışan bireyler ($N=152$) ve çalışmayan bireylerin ($N=48$) sıra ortalamalarına bakıldığında, çalışmayan bireylerin sıra ortalaması (115,83) çalışan bireylerin sıra ortalamasından (95,66) belirgin şekilde daha yüksektir. Bu, ilk bakışta çalışmayan bireylerin manevi olumlu duyguların oluşması konusunda çalışanlara kıyasla daha olumlu bir tutum sergilediğini göstermektedir.

5. Manevi Olumlu Duygular ile Meslek

Kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumlu Duygularının oluşmasında meslek gruplarına göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 58. Manevi Olumlu Duyguların Oluşmasının Meslek Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Meslek	N	Sıra ort.	H	sd	p
İşçi	27	112,98	5,142	3	0,162
Memur	95	91,47			
Serbest	12	96,67			
Meslek					
Diğer	66	109,08			

$P > .05$

Çizelge 58’ de görüldüğü gibi, Manevi Olumlu Duyguların oluşmasında meslek gruplarına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($H= 5,142$; $p>.05$). Bu bulgu, manevi olumlu duyguların meslekten ziyade kişisel inançlar, bakım sürecine ayrılan zaman veya duygusal bağlılık gibi diğer faktörlerle daha fazla ilişkili olabileceğini düşündürmektedir

6. Manevi Olumlu Duygular ile Gelir Düzeyi

Kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumlu Duygularının oluşmasında gelir düzeylerine göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 59. Manevi Olumlu Duyguların Oluşmasının Gelir Düzeylerine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Gelir Düzeyi	N	Sıra ort.	H	sd	p
Düşük	24	109,52	0,745	2	0,689
Orta	168	99,01			
Yüksek	8	104,63			

$P > .05$

Çizelge 59 ‘da görüldüğü gibi, Manevi Olumlu Duyguların oluşmasında gelir düzeylerine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($H= 0,745$; $p>.05$).

7. Manevi Olumlu Duygular ile Medeni Durum

Evli veya bekar olma durumunun kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumlu Duyguların oluşmasında farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 60. Manevi Olumlu Duyguların Oluşmasının Medeni Duruma Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Medeni Durum	N	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Bekar	142	99,11	14074	3921	0,593
Evli	58	103,90	6026		

$P > .05$

Çizelge 60’ta görüldüğü gibi, Manevi Olumlu Duyguların oluşmasında medeni durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($U=3921,5$; $p>.05$). Diğer bir ifade ile bekar veya evli olma durumunun Manevi Olumlu Duygular oluşturma üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığını göstermektedir.

8. Manevi Olumlu Duygular ile Çocuk Sayısı

Kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumlu Duyguların oluşmasında sahip olunan çocuk sayısına göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 61. Manevi Olumlu Duyguların Oluşmasının Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Çocuk Sayısı	N	Sıra ort.	H	sd	p
0	70	106,79	2,366	2	0,306
1-3	127	96,31			
4 ve üzeri	3	131,17			

$P > .05$

Çizelge 61' de görüldüğü gibi, Manevi Olumlu Duyguların oluşmasında sahip olunan çocuk sayısına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($H= 2,366$; $p>.05$).

9. Manevi Olumlu Duygular ile Bakım Verme Süresi

Kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumlu Duygularının oluşmasında bakım verme süresine göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 62. Manevi Olumlu Duyguların Oluşmasının Bakım Verme Süresine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Bakım verme süresi	N	Sıra ort.	H	sd	p	Anlamlı fark
1 yıldan az	97	112,64	12,787	3	0,005	*1-2
1-3 yıl	57	92,82				*1-3
4-6 yıl	13	57,96				*2-3
7 yıldan fazla	33	94,85				

$P < .05$

Çizelge 62' de görüldüğü gibi, Manevi Olumlu Duyguların oluşmasında bakım verme süresine göre anlamlı bir fark bulunmuştur. ($H= 12,787$; $p<.05$). En yüksek ortalama sıra değeri 1 yıldan az bakım veren grupta 112,64 , en düşük ise 4-6 yıl bakım veren grupta 57,96 olarak gözlemlenmiştir.

Anlamlı farkın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığını bulmak için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre; bakım verme süresi 1 yıldan az olan kişiler ile 1-3 yıl olan kişiler arasında ($U= 2204,5$; $p=0,0035$); bakım verme süresi 1 yıldan az olanlar ile 4-6 yıl olan kişiler arasında ($U= 276,5$; $p=0,001$);

bakım verme süresi 1-3 yıl olan kişiler ile 4-6 yıl olan kişiler arasında ($U= 235$; $p=0,04$) anlamlı fark bulunmuştur. Bu bulgular bakım verme süresi arttıkça bireylerin manevi olumlu duyguların algısı anlamlı şekilde azaldığına işaret etmektedir.

10. Manevi Olumlu Duygular ile Maddi Yardım Alma Durumu

Maddi yardım alanlar ve almayanlar arasında kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumlu Duygularının oluşmasında farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 63. Manevi Olumlu Duyguların Oluşmasının Maddi Yardım Alma Durumuna Göre Mann- Whitney U Testi Sonuçları

Maddi yardım alma durumu	N	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Evet	15	107,93	1619	1276	0,602
Hayır	185	99,90	18481		

$P > .05$

Çizelge 63' de görüldüğü gibi, Manevi Olumlu Duyguların oluşmasında maddi yardım alma durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($U=1276$; $p>.05$).

11. Manevi Olumlu Duygular ile Yakınlık Derecesi

Kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumlu Duygularının oluşmasında bakım verilen kişinin yakınlık derecesine göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 64. Manevi Olumlu Duygular Oluşmasının Bakım Verilen Kişinin Yakınlık Derecesine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Yakınlık derecesi	N	Sıra ort.	H	sd	p
Annem	54	101,06	1,259	4	0,868
Babam	35	101,37			
Kayınpederim	10	82,85			
Kayınvalidem	22	96,09			
Diğer	79	103,19			

$P > .05$

Çizelge 64'te görüldüğü gibi, Manevi Olumlu Duygular oluşmasında bakım verilen kişinin yakınlık derecesine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($H=$

1,259; $p>.05$). Diğer bir ifade ile yakınlık derecesine göre Manevi Olumlu Duygular oluşturma düzeyleri birbiriyle benzer bulunmuştur.

G. Örneklemen Manevi Olumsuz Duygular Konusundaki Tutumları

1. Manevi Olumsuz Duygular ile Cinsiyet

Kadınlar ve erkeklerin kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumsuz Duygularının oluşmasında farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 65. Manevi Olumsuz Duyguların Oluşmasının Cinsiyete Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Cinsiyet	N	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Kadın	137	99,12	13579,5	4126,5	0,617
Erkek	63	103,5	6520,5		

$P > .05$

Çizelge 65’de görüldüğü gibi, Manevi Olumsuz Duygular oluşmasında kadın erkek olma durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($U=4126,5$; $p>.05$). Diğer bir ifade ile cinsiyetin Manevi Olumsuz Duygular oluşturma üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığını göstermektedir.

2. Manevi Olumsuz Duygular ile Yaş

Kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumsuz Duygularının oluşmasında yaş gruplarına göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 66. Manevi Olumsuz Duyguların Oluşmasının Yaş Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Yaş grubu	N	Sıra ort.	H	sd	p
25 yaş ve altı	15	99,63	0,144	4	0,998
26-35 yaş	61	98,64			
36-45 yaş	62	102,33			
46-55 yaş	54	100,04			
56 yaş ve üzeri	8	103,69			

$P > .05$

Çizelge 66’da görüldüğü gibi, Manevi Olumsuz Duyguların oluşmasında yaş gruplarına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($H= 0,144$; $p>.05$). Diğer bir ifade ile yaş gruplarının Manevi Olumsuz Duygular oluşturma düzeyleri birbiriyle benzer bulunmuştur.

3. Manevi Olumsuz Duygular ile Eğitim Durumu

Kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumsuz Duyguların oluşmasında eğitim durumlarına göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 67. Manevi Olumsuz Duyguların Oluşmasının Eğitim Durumlarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Eğitim durumu	N	Sıra ort.	H	sd	p
İlköğretim	15	103,73	2,978	3	0,395
Lise	33	114,38			
Lisans	120	98,88			
Lisans üstü	32	90,73			

P > .05

Çizelge 67’de görüldüğü gibi, Manevi Olumsuz Duyguların oluşmasında eğitim durumlarına göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

4. Manevi Olumsuz Duygular ile Çalışma Durumu

Çalışan veya çalışmayan bireylerin kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumsuz Duyguların oluşmasında farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 68. Manevi Olumsuz Duyguların Oluşmasının Çalışma Durumuna Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Çalışma durumu	N	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Evet	152	96,1	14607	2979	0,054
Hayır	48	114,44	5493		

P > .05

Çizelge 68’ de görüldüğü gibi, Manevi Olumsuz Duyguların oluşmasında çalışma durumuna göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. (U=2979; p>.05). Diğer bir ifade ile çalışma durumlarına göre bireyler Manevi Olumsuz Duygular oluşturma açısından benzer tutumlar sergilemektedir.

5. Manevi Olumsuz Duygular ile Meslek

Kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumsuz Duygularının oluşmasında meslek gruplarına göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 69. Manevi Olumsuz Duyguların Oluşmasının Meslek Gruplarına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Meslek	N	Sıra ort.	H	sd	p
--------	---	-----------	---	----	---

İşçi	27	119,3	6,623	3	0,085
Memur	95	92,51			
Serbest	12	83,96			
Meslek					
Diğer	66	107,33			

$P > .05$

Çizelge 69’ da görüldüğü gibi, Manevi Olumsuz Duyguların oluşmasında meslek gruplarına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($H= 6,623$; $p>.05$).

6. Manevi Olumsuz Duygular ile Gelir Düzeyi

Kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumsuz Duyguların oluşmasında gelir düzeylerine göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 70. Manevi Olumsuz Duyguların Oluşmasının Gelir Düzeylerine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Gelir Düzeyi	N	Sıra ort.	H	sd	p
Düşük	24	98,96	0,058	2	0,971
Orta	168	100,9			
Yüksek	8	96,81			

$P > .05$

Çizelge 70’ de görüldüğü gibi, Manevi Olumsuz Duygular oluşmasında gelir düzeylerine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($H= 0,058$; $p>.05$).

7. Manevi Olumsuz Duygular ile Medeni Durum

Evli veya bekar olma durumunun kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumsuz Duyguların oluşmasında farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 71. Manevi Olumsuz Duygular Oluşmasının Medeni Duruma Göre Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Medeni Durum	N	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Bekar	142	104,01	14769	3620	0,178
Evli	58	91,91	5331		

$P > .05$

Çizelge 71’ de görüldüğü gibi, Manevi Olumsuz Duyguların oluşmasında medeni durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($U=3620$; $p>.05$). Diğer bir ifade ile bekar veya evli olma durumunun Manevi Olumsuz Duygular oluşturma üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığını göstermektedir.

8. Manevi Olumsuz Duygular ile Çocuk Sayısı

Kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumsuz Duygularının oluşmasında sahip olunan çocuk sayısına göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 72. Manevi Olumsuz Duygular Oluşmasının Sahip Olunan Çocuk Sayısına Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Çocuk Sayısı	N	Sıra ort.	H	sd	p
0	70	93,10	1,853	2	0,396
1-3	127	104,27			
4 ve üzeri	3	113,50			

$P > .05$

Çizelge 72' de görüldüğü gibi, Manevi Olumsuz Duyguların oluşmasında sahip olunan çocuk sayısına göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($H= 1,853$; $p>.05$).

9. Manevi Olumsuz Duygular ile Bakım Verme Süresi

Kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumsuz Duyguların oluşmasında bakım verme süresine göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 73. Manevi Olumsuz Duygular Oluşmasının Bakım Verme Süresine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Bakım verme süresi	N	Sıra ort.	H	sd	p
1 yıldan az	97	105,16	1,806	3	0,614
1-3 yıl	57	99,66			
4-6 yıl	13	87,77			
7 yıldan fazla	33	93,26			

$P > .05$

Çizelge 73' te görüldüğü gibi, Manevi Olumsuz Duygular oluşmasında bakım verme süresine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($H= 1,806$; $p>.05$). Diğer bir ifade bakım verme süresi durumunun Manevi Olumsuz Duygular oluşturma üzerinde belirleyici bir etkisi olmadığını göstermektedir.

10. Manevi Olumsuz Duygular ile Maddi Yardım Alma Durumu

Maddi yardım alanlar ve almayanlar arasında kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumsuz Duyguların oluşmasında farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 74. Manevi Olumsuz Duygular Oluşmasının Maddi Yardım Alma Durumuna Göre Mann- Whitney U Testi Sonuçları

Maddi yardım alma durumu	N	Sıra ort.	Sıra top.	U	p
Evet	15	81,53	1223	1103	0,185
Hayır	185	102,04	18877		

P> .05

Çizelge 74’ de görüldüğü gibi, Manevi Olumsuz Duyguların oluşmasında maddi yardım alma durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (U=1103; p>.05).

11. Manevi Olumsuz Duygular ile Yakınlık Derecesi

Kronik yaşlı hasta bakımında Manevi Olumsuz Duyguların oluşmasında bakım verilen kişinin yakınlık derecesine göre farklılık olup olmadığı değerlendirilecektir.

Çizelge 75. Manevi Olumsuz Duyguların Oluşmasının Bakım Verilen Kişinin Yakınlık Derecesine Göre Kruskal Wallis H Testi Sonuçları

Yakınlık derecesi	N	Sıra ort.	H	sd	p
Annem	54	113,98	4,752	4	0,314
Babam	35	94,66			
Kayınpederim	10	103,95			
Kayınvalidem	22	87,55			
Diğer	79	97,04			

P> .05

Çizelge 75’ de görüldüğü gibi, Manevi Olumsuz Duygular oluşmasında bakım verilen kişinin yakınlık derecesine göre anlamlı bir fark bulunmamıştır. (H= 4,752; p>.05). Diğer bir ifade ile yakınlık derecesine göre Manevi Olumsuz Duygular oluşturma düzeyleri birbiriyle benzer bulunmuştur.

H. Değişkenler Arasındaki İlişkiler: Spearman Korelasyon Analizi Sonuçları

Spearman'ın Sıralama Korelasyon Katsayısı analizi, pozitif aile ilişkileri ile manevi olumlu duygular arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur, $r_{\text{spearman}} = .877$, $p < .001$. Ayrıca, pozitif aile ilişkileri ile bakım ve destek bilinci arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir, $r_{\text{spearman}} = .684$, $p < .001$.

Pozitif aile ilişkileri ile manevi olumsuz duygular arasında ise zayıf, negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur $r_{\text{spearman}} = -.207$, $p = .003$.

Manevi olumlu duygular ile bakım ve destek bilinci arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir, $r_{\text{spearman}} = .576$, $p < .001$. Manevi olumlu duygular ile manevi olumsuz duygular arasında ise zayıf ve negatif bir ilişki bulunmuştur, $r_{\text{spearman}} = -.274$, $p < .001$.

Birlikte bakım ve destek bilinci ile manevi olumsuz duygular arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır, $r_{\text{spearman}} = -.080$, $p = .261$.

Çizelge 76. Çalışmadaki Değişkenlerin Spearman Korelasyon Katsayıları

Değişkenler	n	Ort.	SS	PAİ	MOD	BBDB	MOZD
1. Pozitif aile ilişkileri (PAİ)	200	5.20	0.85	1.000	.877***	.684***	-.207**
2. Manevi olumlu duygular (MOD)	200	5.30	0.90		1.000	.576***	-.274***
3. Birlikte bakım ve destek bilinci (BBDB)	200	4.85	0.95			1.000	-.080
4. Manevi olumsuz duygular (MOZD)	200	3.45	1.05				1.000

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$ anlamlılık düzeylerini ifade eder.

V.TARTIŞMA

Çalışmamızda, kronik yaşlı hasta bakımında birlikte bakım ve destek bilincinin çeşitli demografik ve sosyo-ekonomik faktörlere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Çalışma durumu ve bakım verme süresi değişkenleri bu bilinç düzeyinde anlamlı farklılıklar yaratırken, cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, maddi yardım alma durumu ve bakım verilen kişiyle olan yakınlık derecesi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bulgular, mevcut literatürde yer alan çalışmalarla karşılaştırılarak yorumlanmıştır.

Araştırma bulguları, çalışmayan bireylerin birlikte bakım ve destek bilincinin daha yüksek olduğunu göstermektedir ($U=2862$; $p<.05$). Bu bulgu, ABD'de yapılan ulusal bir çalışma (Riffin et al., 2022) ile de uyumludur. Riffin ve arkadaşları, çalışan ve çalışmayan bakım veren bireyler arasındaki farkları inceleyerek, çalışmayan bireylerin hem bakım sürelerinin daha uzun hem de bakım sürecine adaptasyonlarının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Çalışmayan bireylerin, bakım süreçlerine daha fazla zaman ve enerji ayırarak bu bilinci geliştirdiği düşünülmektedir. Bu sonuç, çalışan bakım verenlerin iş yükü ve zaman kısıtlamaları nedeniyle bakım sürecinde daha fazla zorlandığını belirten önceki çalışmalarla uyumludur (Tarı Selçuk ve Avcı, 2014).

Nitekim, çalışan bakım verenler, zaman yönetimi ve iş-bakım dengesi konusunda daha fazla zorluk yaşamakta ve bu durum, bakım sürecinde tükenmişliğe neden olmaktadır (Amirkhanyan and Wolf, 2006). Özellikle kadın bakım verenlerin, geleneksel toplumsal roller nedeniyle çalışma hayatı ile bakım sorumluluklarını dengeleme konusunda ek zorluklarla karşı karşıya kaldığı belirtilmektedir (Di Novi, Jacobs, and Migheli, 2015).

Bu bağlamda, Türkiye’de aile içi bakım kültürünün yaygın olması, çalışan bireylerin bakım süreçlerinde zorlanmasına rağmen, birlikte bakım ve destek bilincinin toplumsal olarak gelişmesine katkı sağladığı düşünülmektedir (Öztop ve Küçükkaya, 2016). Ancak, özellikle kentleşme, çekirdek aile yapısının

yaygınlaşması ve çalışma hayatının getirdiği yoğunluk, çalışan bakım verenlerin bakım süreçlerine katılımını azaltmaktadır (Brenna and Di Novi, 2016). Dolayısıyla, bu gruba yönelik sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi gerekmektedir.

Araştırmada bakım verme süresi arttıkça birlikte bakım ve destek bilincinin azaldığı bulunmuştur ($H=10,645$; $p<.05$). 1 yıldan az bakım veren bireylerin bilinç düzeyleri daha yüksekken, bakım süresi arttıkça bu bilinç düzeyi azalmaktadır. Bu durum, uzun süreli bakım verenlerin zamanla tükenmişlik yaşadığını ve bakım süreçlerine olan motivasyonlarının azaldığını göstermektedir. Benzer şekilde, uzun süreli bakım verenlerin bakım yükü arttıkça, psikolojik iyilik hallerinin olumsuz etkilendiği literatürde de belirtilmektedir (Kol ve Yılmaz Karabulutlu, 2019). Özellikle, bakım süresinin uzamasıyla birlikte sosyal destek mekanizmalarının yetersiz olması, bakım verenlerin psikolojik olarak yıpranmasına neden olmaktadır (Schulz et al., 1997; Pinquart and Sörensen, 2003).

Türkiye’de yapılan çalışmalar da bakım yükü arttıkça bakım verenlerde stres, depresyon ve fiziksel sağlık sorunlarının arttığını göstermektedir (Küçükkaya, 2020). Bakım süresinin uzamasıyla birlikte bakım verenlerin sosyal destek mekanizmalarına olan ihtiyacı artmakta, ancak bu destek mekanizmalarının eksikliği nedeniyle bakım bilincinde azalma görülmektedir (Bobinac, van Exel, Rutten and Brouwer, 2010). Bu nedenle, uzun süreli bakım verenler için psikolojik destek ve eğitim programlarının artırılması önerilmektedir.

Çalışmada cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, maddi yardım alma durumu ve bakım verilen kişiyle olan yakınlık derecesi gibi değişkenler açısından birlikte bakım ve destek bilincinin anlamlı bir farklılık göstermediği bulunmuştur. Bu sonuç, bakım bilincinin demografik ve sosyo-ekonomik faktörlerden çok, bireysel ve psikososyal dinamiklerle şekillendiğini göstermektedir. Literatürde de bakım verenlerin demografik özelliklerinin bakım yükü ve öz bakım yönetimi üzerinde sınırlı bir etkisinin olduğu belirtilmektedir (Candan, 2020).

Kadın ve erkek bakım verenler arasında bakım bilinci açısından anlamlı bir fark bulunmaması, önceki çalışmalarda elde edilen geleneksel toplumsal cinsiyet rollerinin bakım süreçlerini nasıl şekillendirdiğiyle ilgili bulgularla çelişebilir (Penning and Wu, 2016). Ancak, Türkiye’de kadınların bakım rollerini üstlenme konusunda geleneksel olarak daha fazla sorumluluk almasına rağmen, erkeklerin de bakım süreçlerine giderek daha fazla dahil olduğu belirtilmektedir (Öztürk ve Demir, 2019). Bu değişim, toplumsal normların ve aile yapılarının dönüşümüyle açıklanabilir.

Kronik yaşlı hasta bakımında pozitif aile ilişkilerinin çeşitli demografik ve sosyo-ekonomik faktörlere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Çalışma durumu ve bakım verme süresi değişkenleri bu ilişkilerin gelişmesinde anlamlı farklılıklar yaratırken, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, maddi yardım alma durumu ve bakım verilen kişiyle olan yakınlık derecesi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Araştırmada, yaş arttıkça pozitif aile ilişkilerine yönelik algının azaldığı tespit edilmiştir ($H=15,813$; $p<.05$). 25 yaş ve altı grupta pozitif aile ilişkileri algısı en yüksek düzeydeyken, 46-55 yaş arasında en düşük seviyeye ulaşmaktadır. Literatürde, genç bireylerin aile içi bakım süreçlerine daha idealist bir yaklaşımla yaklaştıkları ve aile bağlarını güçlendirme eğiliminde oldukları belirtilmektedir (Brenna and Di Novi, 2016). Ancak yaş ilerledikçe, bakım yükünün artması ve bireylerin iş, aile ve kişisel sorumluluklarının çoğalması nedeniyle pozitif aile ilişkileri algısının azaldığı düşünülmektedir (Bobinac et al., 2010).

Özellikle orta yaş gruplarında, uzun süreli bakım verenlerin tükenmişlik sendromu yaşama olasılığı arttığı için aile içi ilişkilerde zorlanmalar görülebilir (Kol ve Yılmaz Karabulutlu, 2019).

Araştırma sonuçlarına göre, çalışmayan bireylerin pozitif aile ilişkilerini geliştirme düzeyleri çalışan bireylere göre daha yüksektir ($U=2842,5$; $p<.05$). Bu durum, çalışmayan bireylerin aile içi bakım süreçlerine daha fazla zaman ayırabilmeleriyle açıklanabilir. Çalışan bireylerin iş yükü nedeniyle aile içi ilişkilere yeterince vakit ayıramaması, pozitif aile ilişkilerinin gelişmesini zorlaştırabilir (Amirkhanyan and Wolf, 2006).

Özellikle, yoğun çalışma saatleri ve iş stresi, çalışan bakım verenlerin aile içindeki rollerini olumsuz etkileyebilir (Tarı Selçuk ve Avcı, 2014). Bakım sürecine katılımın artması, aile içi dayanışmayı güçlendirirken, zaman yönetimi eksikliği ve bakım sorumluluklarının artması, bireylerin aile içi ilişkilerine yeterince odaklanamamasına neden olabilir (Di Novi et al., 2015).

Araştırmada, bakım verme süresi arttıkça pozitif aile ilişkilerinin gelişme düzeyinin azaldığı bulunmuştur ($H=13,838$; $p<.05$). 1 yıldan az bakım veren bireylerin pozitif aile ilişkileri algıları daha yüksekken, 4-6 yıl bakım verenlerde bu algının en düşük seviyeye indiği tespit edilmiştir. Bu durum, bakım süresinin uzamasıyla birlikte bireylerin tükenmişlik ve stres yaşamasına bağlı olarak aile ilişkilerinin olumsuz etkilenebileceğini göstermektedir (Kol ve Yılmaz Karabulutlu, 2019).

Uzun süreli bakım veren bireyler, zamanla bakım yükünün artması, sosyal destek mekanizmalarının yetersizliği ve psikolojik tükenmişlik nedeniyle aile içi ilişkilerde zorluk yaşayabilirler (Pinquart and Sörensen, 2003).

Çalışmada, eğitim durumu, meslek, gelir düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, maddi yardım alma durumu ve bakım verilen kişiyle olan yakınlık derecesi açısından pozitif aile ilişkileri geliştirme düzeyinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgu, aile içi ilişkilerin bireylerin sosyal ve ekonomik statülerinden ziyade, bakım sürecine nasıl dahil olduklarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir. Literatürde de bakım verenlerin demografik özelliklerinin, bakım sürecindeki psikolojik ve duygusal deneyimler üzerinde sınırlı bir etkisi olduğu belirtilmektedir (Candan, 2020).

Kronik yaşlı hasta bakımında manevi olumlu duyguların çeşitli demografik ve sosyo-ekonomik faktörlere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Çalışma durumu, bakım verme süresi ve eğitim durumu değişkenleri bu duyguların gelişmesinde anlamlı farklılıklar yaratırken, cinsiyet, meslek, gelir düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, maddi yardım alma durumu ve bakım verilen kişiyle olan yakınlık derecesi açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Araştırmada, yaş arttıkça manevi olumlu duyguların gelişim düzeyinin azaldığı tespit edilmiştir ($H=13,611$; $p<.05$). 25 yaş ve altı bireylerde manevi olumlu duyguların en yüksek seviyede olduğu, ancak 46-55 yaş arasında en düşük

seviyeye ulaştığı görülmüştür. Bu bulgu, genç bireylerin bakım sürecine daha umut dolu ve manevi açıdan güçlü bir bakış açısıyla yaklaştıklarını göstermektedir (Brenna and Di Novi, 2016).

Yaş ilerledikçe bakım verenlerin manevi olumlu duygularının azalmasının, artan bakım yükü ve tükenmişlik ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Kol ve Yılmaz Karabulutlu, 2019). Özellikle uzun süreli bakım süreçlerinde, bireylerin manevi olarak desteklenmemesi halinde, duygusal tükenmişlik ve stres seviyelerinin artabileceği belirtilmektedir (Pinquart and Sörensen, 2003).

Araştırmada, düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin manevi olumlu duygularının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($H=8,186$; $p<.05$). İlköğretim mezunu bireylerin manevi olumlu duygularının en yüksek seviyede olduğu, buna karşılık lisans ve lisansüstü mezunlarının daha düşük seviyede manevi olumlu duygulara sahip olduğu gözlemlenmiştir. Literatürde, eğitim düzeyi arttıkça bireylerin olaylara daha analitik ve rasyonel yaklaştığı, bu durumun da manevi duyguların gelişimini etkileyebileceği belirtilmektedir (Bobinac et al., 2010). Benzer şekilde, ABD’de yapılan bir çalışma (Riffin et al., 2022), yüksek eğitim düzeyine sahip bakım verenlerin bakım sürecine daha analitik ve yapısal bir perspektiften yaklaştıklarını, ancak bu durumun manevi olumlu duygular geliştirmelerini zorlaştırdığını ortaya koymuştur. Düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin ise dini ve manevi unsurları bir başa çıkma mekanizması olarak daha sık kullandığı görülmüştür.

Özellikle düşük eğitim düzeyine sahip bireylerin, manevi desteği bir başa çıkma mekanizması olarak daha fazla kullandığı belirtilmektedir (Candan, 2020). Yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerin ise daha seküler ve analitik yaklaşımlar geliştirme eğiliminde olmaları, manevi olumlu duyguların gelişme düzeyini azaltabilir (Amirkhanyan and Wolf, 2006).

Araştırma sonuçlarına göre, çalışmayan bireylerin manevi olumlu duygular geliştirme düzeyleri çalışan bireylere göre daha yüksektir ($U=2912$; $p<.05$). Bu durum, çalışmayan bireylerin bakım süreçlerine daha fazla zaman ayırarak manevi bir bağ kurabilmesiyle açıklanabilir. Çalışan bireyler, iş stresi ve zaman kısıtlamaları nedeniyle bakım sürecine manevi olarak yeterince odaklanamayabilirler (Tarı Selçuk ve Avcı, 2014).

Araştırmada, bakım verme süresi arttıkça bireylerin manevi olumlu duygularındaki algının azaldığı bulunmuştur ($H=12,787$; $p<.05$). Özellikle 1 yıldan az bakım veren bireylerin manevi olumlu duyguları daha yüksekken, 4-6 yıl bakım verenlerde bu duyguların en düşük seviyeye indiği tespit edilmiştir. Bu bulgu, Verbakel et al. (2022) tarafından Avrupa’da yapılan bir çalışmada da ortaya konulmuştur.

Çalışma, bakım süresi uzadıkça bakım verenlerin manevi dayanıklılıklarının azaldığını ve sosyal destek mekanizmalarının yetersizliği nedeniyle psikolojik sıkıntılarının arttığını göstermektedir. Bu durum, bakım süresi arttıkça bireylerin psikolojik tükenmişlik yaşaması ve manevi anlamda zorlanmasıyla açıklanabilir (Kol ve Yılmaz Karabulutlu, 2019). Uzun süreli bakım veren bireyler, zamanla artan bakım yükü ve azalan sosyal destek nedeniyle manevi duygularını yitirebilirler (Pinquart and Sörensen, 2003).

Çalışmada, meslek, gelir düzeyi, medeni durum, çocuk sayısı, maddi yardım alma durumu ve bakım verilen kişiyle olan yakınlık derecesi açısından manevi olumlu duyguların gelişiminde anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Kronik yaşlı hasta bakımında manevi olumsuz duyguların çeşitli demografik ve sosyo-ekonomik faktörlere göre farklılık gösterip göstermediği incelenmiştir. Araştırma bulguları, kadın ve erkek bakım verenler arasında manevi olumsuz duyguların gelişimi açısından anlamlı bir fark olmadığını göstermektedir ($U=4126,5$; $p>.05$).

Literatürde, bakım sürecinde yaşanan stres ve tükenmişliğin cinsiyetten çok bireysel başa çıkma mekanizmalarıyla ilişkili olduğu belirtilmektedir (Schulz et al., 1997; Pinquart and Sörensen, 2003). Manevi olumsuz duyguların yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($H=0,144$; $p>.05$). Ancak, bazı çalışmalar yaşlı bakım verenlerin bakım yükü arttıkça manevi olumsuz duygularının da artabileceğini göstermektedir (Kol ve Yılmaz Karabulutlu, 2019). Araştırmada, manevi olumsuz duyguların eğitim durumlarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($H=2,978$; $p>.05$). Literatürde, manevi olumsuz duyguların bireylerin eğitim düzeylerinden çok, sosyal destek sistemlerine erişimleriyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (Bobinac et al., 2010).

Araştırma bulguları, manevi olumsuz duyguların bireylerin cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi, medeni durumu ve bakım verilen kişiyle olan ilişkisi gibi demografik değişkenlerden etkilenmediğini göstermektedir. Bu bulgular, manevi olumsuz duyguların düşük olması, ailede birlikte bakım ve destek bilincinin güçlü olması, pozitif aile ilişkilerinin yüksek olması ve manevi olumlu duyguların gelişmiş olmasıyla doğrudan ilişkilidir (Pinquart and Sörensen, 2003, Amirkhanyan and Wolf, 2006, Kol ve Yılmaz Karabulutlu, 2019).

Araştırmada Spearman'ın Sıralama Korelasyon Katsayısı analizi kullanılarak, pozitif aile ilişkileri, manevi olumlu duygular, birlikte bakım ve destek bilinci ile manevi olumsuz duygular arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Bulgular, değişkenler arasında anlamlı korelasyonların olduğunu göstermektedir.

Analiz sonuçlarına göre, pozitif aile ilişkileri ile manevi olumlu duygular arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = .877, p < .001$). Bu güçlü ilişki, pozitif aile ilişkilerinin gelişmiş olmasının manevi olumlu duyguların artışına katkı sağladığını göstermektedir. Bu bulgu, Greenwood & Smith (2023) tarafından yapılan sistematik bir inceleme ile de desteklenmektedir. Çalışma, aile içindeki sosyal bağların güçlü olduğu bakım verenlerin, manevi olarak da daha olumlu duygular geliştirdiğini ortaya koymuştur. Özellikle, bakım sürecinin manevi anlam kazanmasının, bakım verenin psikolojik yükünü azalttığı görülmektedir. Literatürde de aile içi ilişkilerin güçlü olduğu bireylerin duygusal olarak daha sağlıklı olduğu ve manevi açıdan daha güçlü hissettikleri belirtilmektedir (Pinquart and Sörensen, 2003; Amirkhanyan ve Wolf, 2006). Aile içi dayanışmanın yüksek olması, bireylerin bakım sürecinde yalnız hissetmemelerini sağlayarak manevi olarak güçlenmelerine yardımcı olabilir (Kol ve Yılmaz Karabulutlu, 2019).

Bununla birlikte, pozitif aile ilişkileri ile bakım ve destek bilinci arasında da pozitif ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r = .684, p < .001$). Bu bulgu, aile içinde olumlu ilişkilerin gelişmiş olmasının, bakım ve destek bilinci üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Bakım sürecinde aile üyeleri arasındaki destek ve anlayış arttıkça, bireylerin bakım verme sorumluluğunu daha bilinçli ve uyum içinde yürüttüğü görülmektedir (Schulz et al., 1997).

Öte yandan, pozitif aile ilişkileri ile manevi olumsuz duygular arasında negatif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r = -.207, p = .003$). Bu bulgu, aile içindeki olumlu ilişkilerin güçlü olmasıyla birlikte bireylerin manevi olumsuz duygularının azaldığını göstermektedir. Literatürde de aile içi ilişkilerin zayıf olduğu bireylerde stres, yalnızlık ve manevi tükenmişliğin daha fazla olduğu belirtilmektedir (Bobinac et al., 2010). Pozitif aile ilişkileri, bakım sürecinde bireylerin manevi zorluklarla başa çıkmasını kolaylaştırarak olumsuz duyguların etkisini azaltabilir.

Çalışmamızda manevi olumlu duygular ile bakım ve destek bilinci arasında orta düzeyde pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ($r = .576, p < .001$). Bu sonuç, manevi olarak olumlu hissetmenin bireylerin bakım bilinciyle daha fazla uyum içinde olmalarını sağladığını göstermektedir. Bakım sürecinde anlam bulmak, bakım verenlerin bu süreci daha bilinçli ve motive bir şekilde yürütmesine yardımcı olabilir (Brenna and Di Novi, 2016). Özellikle manevi desteğin güçlü olduğu bireylerin, bakım sürecini sadece bir yük olarak değil, bir anlam ve değer kaynağı olarak görme olasılıkları daha yüksektir (Kol ve Yılmaz Karabulutlu, 2019).

Öte yandan, manevi olumlu duygular ile manevi olumsuz duygular arasında negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = -.274, p < .001$). Bu bulgu, manevi olarak olumlu hissetmenin, bireylerin manevi olumsuz duygularını azaltmada önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Literatürde de manevi yönü güçlü bireylerin stres ve zorlayıcı durumlarla daha iyi başa çıkabildiği ve tükenmişlik yaşama olasılıklarının daha düşük olduğu belirtilmektedir (Penning and Wu, 2016).

Araştırma bulgularına göre, birlikte bakım ve destek bilinci ile manevi olumsuz duygular arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($r = -.080, p = .261$). Bu bulgu, bireylerin bakım ve destek bilincinin yüksek olmasının, manevi olumsuz duygularını doğrudan azaltmadığını göstermektedir. Ancak, birlikte bakım bilinci, pozitif aile ilişkileri ve manevi olumlu duygularla anlamlı düzeyde ilişkilidir. Buradan hareketle, manevi olumsuz duyguların azalmasının, yalnızca bakım bilinciyle değil, aynı zamanda aile desteği ve manevi güçlenmeyle ilişkili olabileceğini göstermektedir (Schulz et al., 1997; Bobinac et al., 2010).

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma, kronik yaşlı hastaların bakımının aile rolleri ve ilişkileri üzerindeki etkilerini incelemiştir. Bakırköy ilçesinde kronik hasta bakımını üstlenen 200 kişilik bir örneklem üzerinde gerçekleştirilen araştırmada, nicel yöntemle toplanan veriler SPSS programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Katılımcıların demografik özellikleri incelendiğinde, bakım verenlerin çoğunluğunu kadınların oluşturduğu gözlemlenmiştir. Bu da bakım sürecinde kadın bireylerin daha fazla sorumluluk üstlendiğini göstermektedir.

Çalışmayan bireylerin birlikte bakım ve destek bilinci, çalışan bireylere göre daha yüksektir. Aynı şekilde, çalışmayan bireylerin pozitif aile ilişkileri geliştirme düzeyi de çalışanlardan daha yüksek bulunmuştur. Manevi Olumlu Duyguların oluşmasında da çalışma durumuna göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Diğer bir ifade ile çalışmayan bireylerin manevi olumlu duyguların oluşması konusunda çalışanlara kıyasla daha olumlu bir tutum sergilediği gösterilmektedir. Çalışan bireylerde, günlük hayatın iş yükü ve sorumlulukları gibi faktörlerle birlikte, çalışmayan bireylere kıyasla kronik yaşlı hasta bakımında aile içi ilişkilerin ve destek bilincinin olumlu yönde gelişmediği gözlemlenmiştir. Bakım süresi uzadıkça aile içindeki gerilimlerin arttığı belirlenmiştir. Özellikle 1 yıldan az bakım verenlerde birlikte bakım ve destek bilinci yüksek seviyelerdeyken, 4-6 yıl bakım verenlerde bu bilincin düşük seviyelere indiği gözlemlenmiştir. Ayrıca aynı şekilde Manevi Olumlu Duyguların oluşmasında bakım verme süresine göre En yüksek ortalama sıra değeri 1 yıldan az bakım veren grupta yüksek, 4-6 yıl bakım veren grupta ise düşük değerler bulunmuştur. Bakım verme süresi arttıkça bireylerin manevi olumlu duyguların algısı anlamlı şekilde azaldığına işaret etmektedir.

Yaş ilerledikçe pozitif aile ilişkileri algısının azaldığı gözlemlenmiştir. 25 yaş ve altı bireylerde pozitif aile ilişkileri en yüksek seviyede iken, 46-55 yaş grubunda en düşük seviyeye düşmüştür. Manevi Olumlu Duyguların oluşmasında da yaş gruplarına göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Bakım veren kişinin yaşı

ilerledikçe manevi olumlu duyguların oluşumuna yönelik algının azaldığı gözlemlenmiştir.

Düşük eğitim seviyesine sahip bireylerin manevi olumlu duyguları, yüksek eğitim seviyesine sahip bireylere göre daha yüksektir. İlköğretim mezunlarında manevi olumlu duygular en yüksek seviyede iken, lisans ve lisansüstü mezunlarında ise en düşük seviyelerde bulunmuştur.

Kronik hasta bakımı, aile içindeki ilişkiler üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir. Pozitif aile ilişkileri ile manevi olumlu duygular arasında güçlü bir pozitif ilişki bulunmuş ve bu ilişki yüksek bir değere ulaşmıştır. Ayrıca, pozitif aile ilişkileri ile birlikte bakım ve destek bilinci arasında da pozitif bir ilişki tespit edilmiştir.

Manevi destek mekanizmaları, bakım sürecinin olumsuz etkilerini azaltmaktadır. Manevi olumlu duygular ile manevi olumsuz duygular arasında negatif bir ilişki saptanmış, bu da manevi desteğin önemini vurgulamaktadır. Pozitif aile ilişkileri ile manevi olumsuz duygular arasında zayıf ve negatif bir ilişki bulunmuştur. Bununla birlikte, birlikte bakım ve destek bilinci ile manevi olumsuz duygular arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir.

Bu bulgular, kronik hasta bakımının aile içindeki ilişkiler üzerindeki çok boyutlu etkilerini ortaya koymakta olup, bakım sürecinde manevi desteğin ve pozitif aile ilişkilerinin önemini vurgulamaktadır.

Bu doğrultuda, gelecek araştırmalar için şu öneriler sunulmaktadır:

- Aile içi bakım dinamiklerinin farklı kültürel bağlamlarda karşılaştırmalı olarak incelenmesi,
- Bakım veren bireylere yönelik psikososyal destek programlarının geliştirilmesi ve etkinliğinin değerlendirilmesi,
- Bakım sürecinde yaşanan manevi olumlu ve olumsuz duyguların, bireylerin psikolojik dayanıklılığı üzerindeki etkisinin daha ayrıntılı incelenmesi,
- Uzun süreli bakım süreçlerinde bakım veren bireylerin tükenmişlik düzeylerini azaltmaya yönelik stratejilerin geliştirilmesi.

VII. KAYNAKÇA

KİTAPLAR

BECKER, G. S. (1981). **A Treatise on the Family**. Harvard University Press.

BECKER, G. S. (2019). **A Treatise on the Family**. Harvard University Press.

BOWEN, M. (2019). **Family Therapy in Clinical Practice**. Jason Aronson.

DOĞAN, İ. (2004). **Aile sosyolojisi: Toplumsal bir kurum olarak aile**. Ankara: Nobel Yayınları.

GLADDİNG, S. T. (2015). **Family Therapy: History, Theory, and Practice** (6th ed.). Pearson Education.

GLADDİNG, S. T. (2022). **Family Therapy: History, Theory, and Practice** (7th ed.). Pearson Education.

MİDENCE, K. (1994). **The psychological impact of chronic illness**. London: Routledge.

MİNUCHİN, S. (2018). **Families and Family Therapy**. Harvard University Press.

PARSONS, T. (1951). **The Social System**. Routledge.

ROLLAND, J. S. (1999). **Families, illness, and disability: An integrative treatment model**. New York: Basic Books.

MAKALELER

ACTON, G. J., & KANG, J. (2001). Interventions to reduce the burden of caregiving for an adult with dementia: A meta-analysis. **Research in Nursing & Health**, 24(5), 349-360. <https://doi.org/10.1002/nur.1036>

- ANESHENSEL, C. S., PEARLIN, L. I., MULLAN, J. T., ZARIT, S. H., & WHITLATCH, C. J. (1995). **Profiles in caregiving: The unexpected career**. Academic Press.
- ATAGÜN, M. İ., BALABAN, Ö. D., ATAGÜN, Z., ELAGÖZ, M., & ÖZPOLAT, A. Y. (2011). Bakım verme yükü: Bir gözden geçirme. **Anadolu Psikiyatri Dergisi**, 12(1), 1-10.
- BENGTSON, V. L., & ALLEN, K. R. (1993). The life course perspective applied to families over time. In P. G. Boss, W. J. Doherty, R. LaRossa, W. R. Schumm, & S. K. Steinmetz (Eds.), **Sourcebook of family theories and methods: A contextual approach** (pp. 469–504). Springer.
- BOWEN, M. (1978). Family therapy in clinical practice. **Jason Aronson**.
- CANDAN, Ç., & İNCİ, F. H. (2024). Kronik hastalığı olan bireylerin öz bakım yönetimi ile aile üyelerinin bakım yükü arasındaki ilişki. **Sağlık ve Sosyal Bilimler Dergisi**, 18(1), 34-45.
- CHARLES, C., & GAFNİ, A. (1999). Shared decision-making in clinical practice. **Journal of General Internal Medicine**, 14(7), 405-410.
- CHARLES, C., GAFNİ, A., & WHELAN, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). **Social Science & Medicine**, 44(5), 681-692. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3)
- ÇİÇEK, İ., & ŞAFAK ÖZTÜRK, C. (2018). Aile dinamikleri ve kronik hastalık yönetimi. **Türk Psikoloji Dergisi**, 33(2), 45-60.
- ERDOĞAN, H. (2017). İslam kültüründe ebeveyne hizmet ve toplumsal sorumluluk. **Din ve Toplum Araştırmaları Dergisi**, 8(1), 45-60.
- ERGİN, D., & ŞENTÜRK, F. (2019). Yaşlı bakımında toplumsal dönüşüm ve politikalar. **Toplum ve Politika Araştırmaları**, 6(2), 78-94.
- FEINBERG, L. F., & HOUSER, A. (2012). Assessing family caregiver needs: Policy and practice considerations. **AARP Public Policy Institute**. <https://doi.org/10.26419/ppi.00024.001>

- FRIEDMAN, M. M., BOWDEN, V. R., & JONES, E. G. (2003). Family nursing: Research, theory, and practice (5th ed.). **Pearson Education**.
- FRIEDMAN, M. M., ET AL. (2003). **Family nursing: Research, theory, and practice**. Prentice Hall.
- GOTTLIEB, B. H., & ROONEY, J. A. (2004). Coping effectiveness: Determinants and relevance to the mental health and affect of family caregivers of persons with dementia. **Aging & Mental Health**, 8(4), 364-373. <https://doi.org/10.1080/13607860410001709719>
- GOTTMAN, J. (1994). Why marriages succeed or fail. **Simon & Schuster**.
- GOTTMAN, J. M. (1999). The seven principles for making marriage work: A practical guide from the country's foremost relationship expert. **Crown Publishing Group**.
- GÖKÇE-KIZILKAYA, T., & MEMİŞ, A. (2019). Kadınların işgücü katılımı ve yaşlı bakımındaki rolleri. **Kadın Çalışmaları Dergisi**, 22(3), 45-60.
- GREENWOOD, N., & SMİTH, R. (2023). The experiences of older carers: A systematic review of the international literature. **Ageing & Society**, 43(2), 255-280. <https://doi.org/10.1017/S0144686X21000934>
- GÜNDÜZ, N. (2018). Kuşaklar arası dayanışma ve göç bağlamında yaşlı bakımı. **Toplum ve Göç Araştırmaları Dergisi**, 5(2), 67-85.
- HALEY, W. E., ROTH, D. L., HOVATER, M., & CLAY, O. J. (2015). Long-term impact of caregiving on psychological well-being: Findings from the REACH II study. **The Gerontologist**, 55(4), 551-559. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu047>
- KAĞITÇIBAŞI, Ç. (2007). Kültürel psikoloji: Kültür bağlamında insan ve aile. **İstanbul: Evrim Yayınları**.
- KAĞITÇIBAŞI, Ç. (2017). Benlik, aile ve insan gelişimi: **Kültürel psikoloji**. Koç Üniversitesi Yayınları.
- KALAYCI, A. (2015). Modernleşme ve toplumsal cinsiyet rolleri ışığında yaşlı bakımında dönüşüm. **Sosyal Bilimler Dergisi**, 12(3), 45-60.

- KALAYCI, A. (2015). Modernleşme ve toplumsal cinsiyet rolleri ışığında yaşlı bakımında dönüşüm. **Sosyal Bilimler Dergisi**, 12(3), 45-60.
- KARAHAN, A. Y., & İNANICI, A. (2011). Bakım veren yükü ve aile ilişkilerine etkileri. **Türk Geriatri Dergisi**, 14(3), 208-215.
- KARAHAN, A. Y., & İNANICI, A. (2011). Bakım veren yükü ve aile ilişkilerine etkileri. **Türk Geriatri Dergisi**, 14(3), 208-215.
- KENNY, P., KING, M. T., & HALL, J. (2010). The physical functioning and mental health of informal caregivers: Evidence of caregiving impacts from an Australian population-based cohort. **Health and Social Care in the Community**, 18(6), 611-620. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00938.x>
- KILIÇ, S., & ŞAHİN, R. (2018). Toplumsal cinsiyet ve aile içi bakımda kadınların rolü. **Kadın Araştırmaları Dergisi**, 14(2), 34-50.
- KNAPP, M., MCDAID, D., & PARSONAGE, M. (Eds.). (2019). Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case. **WHO**.
- KÜÇÜKGÜÇLÜ, Ö., ESEN, A., & YENER, G. (2009). Bakım verenlerde tükenmişlik sendromu. **Turkish Journal of Geriatrics**, 12(2), 112-118.
- LEE, J., KİM, S., & KİM, Y. (2021). Effects of caregiving resources on physical and psychological health of family caregivers: A systematic review. **BMC Geriatrics**, 21(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01991-9>
- LİU, Y., INSEL, K. C., REED, P. G., & AN, Y. (2021). Family caregiving of older people in China: Systematic review and meta-synthesis. **Journal of Advanced Nursing**, 77(3), 1187-1200. <https://doi.org/10.1111/jan.14645>
- MCCABE, M., YOU, E., & TATANGELO, G. (2016). Hearing their voice: A systematic review of dementia family caregivers' needs. **The Gerontologist**, 56(5), e70-e88. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw078>
- MCCUBBİN, H. I., & PATTERSON, J. M. (1983). Family stress and adaptation to crises: A Double ABCX Model of family behavior. In H. I.

- McCubbin, M. B. Sussman, & J. M. Patterson (Eds.), **Social stress and the family: Advances and developments in family stress theory and research** (pp. 7-37). Haworth Press.
- MCCUBBİN, H. I., & PATTERSON, J. M. (1983). Family stress and adaptation to crises: A Double ABCX Model of family behavior. In H. I. McCubbin, M. B. Sussman, & J. M. Patterson (Eds.), **Social stress and the family: Advances and developments in family stress theory and research** (pp. 7-37). Haworth Press.
- MCCUBBİN, H. I., & PATTERSON, J. M. (1983). Family stress and adaptation to crises: A Double ABCX Model of family behavior. In H. I. McCubbin, M. B. Sussman, & J. M. Patterson (Eds.), **Social stress and the family: Advances and developments in family stress theory and research** (pp. 7-37). Haworth Press.
- MONTGOMERY, R. J., GONYEA, J. G., & HOOYMAN, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. **Family Relations**, 34(1), 19-26. <https://doi.org/10.2307/583753>
- MUTLU, B. (2020). Kentleşme ve çekirdek aile modeline geçiş: Yaşlı bakımında değişen roller. **Sosyal Araştırmalar Dergisi**, 15(4), 112-130.
- OECD. (2022). Health at a glance 2022: OECD indicators. **OECD Publishing**.
- OKANLI, A. (2009). Kronik hastalık ve bakım yükü. **Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 13(2), 1-6.
- ÖZ, F., & GÜLDEMİR, S. (2018). Kronik hastalığı olan bireylerin bakımında aile içi rollerin değişimi. **Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışmaları Dergisi**, 5(2), 14-22.
- ÖZGÜVEN, İ. (2020). Türkiye’de aile içi iletişim sorunları ve çözüm önerileri. **Aile ve Toplum Dergisi**, 18(1), 22-37.
- ÖZÜTÜRKER, T., & ÖZÜTÜRKER, A. (2023). Kadınların yaşlı bakımındaki rolü: Fiziksel ve duygusal tükenmişlik. **Kadın Araştırmaları Dergisi**, 6(2), 85-97.
- PAPASTAVROU, E., KALOKERİNOU, A., PAPACOSTAS, S. S., TSANGARİ, H., & SOUTZİ, P. (2012). Caring for a relative with dementia:

- Family caregiver burden. **Journal of Advanced Nursing**, 58(5), 446-457. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05693.x>
- PATTERSON, J. M., & MCCUBBIN, H. I. (1983). The impact of family stress on health: A family systems perspective. **Family Systems Medicine**, 1(2), 109-124. <https://doi.org/10.1037/h0091653>
- PINQUART, M., & SÖRENSEN, S. (2003). Associations of stressors and uplifts of caregiving with caregiver burden and depressive mood: A meta-analysis. **The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, 58(2), P112-P128. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.P112>
- PINQUART, M., & SÖRENSEN, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. **Psychology and Aging**, 18(2), 250-267. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.18.2.250>
- PINQUART, M., & SÖRENSEN, S. (2007). Differences in caregiver stressors, social resources, and health between caregiving spouses and adult children: A meta-analysis. **Psychology and Aging**, 22(3), 396-409. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.22.3.396>
- RİFFİN, C., VAN NESS, P. H., WOLFF, J. L., & FRIED, T. (2022). Multifactorial examination of caregiver burden in a national sample of family and unpaid caregivers. **Journal of the American Geriatrics Society**, 70(1), 200-208. <https://doi.org/10.1111/jgs.17456>
- ROLLAND, J. S. (1999). Families, illness, and disability: An integrative treatment model. **Basic Books**.
- SCHULZ, R., & BEACH, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The caregiver health effects study. **JAMA**, 282(23), 2215-2219. <https://doi.org/10.1001/jama.282.23.2215>
- SCHULZ, R., & BEACH, S. R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality: The Caregiver Health Effects Study. **JAMA**, 282(23), 2215-2219. <https://doi.org/10.1001/jama.282.23.2215>

- SCHULZ, R., & MARTIRE, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: Prevalence, health effects, and support strategies. **The American Journal of Geriatric Psychiatry**, 12(3), 240-249. <https://doi.org/10.1097/00019442-200405000-00002>
- SCHULZ, R., & SHERWOOD, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. **American Journal of Nursing**, 108(9), 23-27. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>
- SOYDAN, H., & ARK., N. (2017). Yaşlı bireylere bakım veren aile üyelerinde geleneksel roller ve fiziksel yük. **Geriatrik Psikiyatri Dergisi**, 10(2), 77-89.
- STREET, R. L., ET AL. (2009). How does communication heal?. **Patient Education and Counseling**, 74(3), 295-301.
- TAMIYA, N., NOGUCHI, H., NISHI, A., & REICH, M. R. (2011). Population ageing and wellbeing: Lessons from Japan's long-term care insurance policy. **The Lancet**, 378(9797), 1183-1192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60937-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60937-8)
- TARI SELÇUK, K., & AVCI, D. (2016). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylere bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen faktörler. **Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi**, 18(1), 25-34.
- TRİANTAFİLLOU, J., NAİDİTCH, M., & REPKOVA, K. (2010). Informal care in the long-term care system. **European Centre for Social Welfare Policy and Research**
- TÜİK. (2023). İstatistiklerle yaşlılar, 2023. Ankara: **Türkiye İstatistik Kurumu**.
- VAN HOUTVEN, C. H., & NORTON, E. C. (2004). Informal care and health care use of older adults. **Journal of Health Economics**, 23(6), 1159-1180. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2004.04.008>
- VERBAKEL, E., TAMLAGSRÖNNING, S., WINSTONE, L., FJÆR, E. L., & EIKEMO, T. A. (2022). Informal care in Europe: Findings from the European Social Survey (2014) special module on the social determinants of health. **European Journal of Public Health**, 32(1), 137-142. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab154>

VİTALİANO, P. P., ZHANG, J., & SCANLAN, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. **Psychological Bulletin**, 129(6), 946-972. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.6.946>

YILMAZ, Z., & BULUT, F. (2019). Aile onuru ve yaşlı bakımındaki geleneksel değerler. **Toplum ve Kültür İncelemeleri**, 10(3), 78-95.

ZARİT, S. H., REEVER, K. E., & BACH-PETERSON, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. **The Gerontologist**, 20(6), 649-655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

ZARİT, S. H., REEVER, K. E., & BACH-PETERSON, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. **The Gerontologist**, 20(6), 649-655. <https://doi.org/10.1093/geront/20.6.649>

RAPORLAR VE RESMÎ BELGELER

AMERİKAN KRONİK HASTALIK ULUSAL KOMİSYONU. (n.d.). Kronik hastalıkların özellikleri üzerine rapor.

19T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2020). Yaşlı hizmetleri raporu. Ankara: T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı. (2017). Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2019). Türkiye bulaşıcı olmayan hastalıklar eylem planı 2017-2025. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.

TÜİK. (2023). İstatistiklerle yaşlılar, 2023. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu.

TÜRK DİL KURUMU (TDK). (n.d.). Aile tanımı. TDK Sözlük.

UNITED NATIONS. (2019). World population ageing 2019: Highlights (ST/ESA/SER.A/430). New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2014*. Geneva: Author.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/148114>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2018). *Noncommunicable diseases country profiles 2018*. Geneva: Author.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2018). *Ageing and health*. Geneva: Author. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>



EKLER

Ek 1.Demografik Bilgiler ve Anket Uygulama Soruları

KRONİK YAŞLI HASTALARIN BAKIMININ AİLE ROLLERİ VE İLİŞKİLERİ ÜZERİNE ETKİSİ ANKET UYGULAMA SORULARI					
DEMOGRAFİK BİLGİLER					
Yaş:	25 yaş ve öncesi	26-35	36-45	46-55	56+
Cinsiyet:	Kadın	Erkek			
Çalışıyor musunuz?	Evet	Hayır			
Eğitim Durumunuz	İlköğretim	Lise	Lisans	Lisans Üstü	
Meslek:	Memur	İşçi	Serbest Meslek	Diğer	
Gelir Düzeyi:	Düşük	Orta	Yüksek		
Medeni durum:	Evli	Bekar			
Çocuğunuz var mı?	Evet	Hayır			
Evet ise kaç tane?					
Bakım verdiğiniz kişi ile olan yakınlığınız:	Babam	Anne m	Kayınpederi m	Kayınvalide m	Diğ e r
Ne kadar zamandır hastaya bakıyorsunuz?	0-1 yıl	1-3 yıl	3-6 yıl	6+ yıl	
Maddi bakım yardımı alıyor musunuz?	Evet	Hayır			
ANKET UYGULAMA SORULARI:					
SORULAR	Kesinlikle Katılıyorum	Katılıyorum	Fikrim yok	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Hastamıza bakmam ailemiz tarafından desteklenir.					
Hastamıza bakmam sırasında ailemiz bana yardım eder.					
Hastamıza bakmam sürecinde ailemiz bana dua eder.					
Hastamıza bakmayı ailemizle iş birliği içerisinde yaparız.					
Hastamıza bakmayı ailemizle iş bölümü içerisinde yaparız					
Hastamıza bakmayı herkes isteyerek yapar.					
Hastamıza bakmak bağımızı pekiştirdi.					
Hastamıza bakmak anlayışımızı arttırdı.					
Hastamıza bakım vermek aile sevgimizi arttırdı.					

Hastamıza bakmak şükran duygumuzu arttırdı.					
Hastamıza bakmak maneviyatımızı arttırdı.					
Hastamıza bakmak yaşamımızı keyifli hale getirdi.					
Hastamıza bakmak ailemizin samimiyetini arttırdı.					
Hastamıza bakmak sabrımızı güçlendirdi.					
Hastamıza bakmak öfkemizi arttırdı					
Hastamıza bakmak ailemiz için katlanılmaz oldu.					
Hastamıza bakmak ailemizi endişeli hale getirdi.					
Hastamıza bakmak kaygımızı arttırdı.					



Ek 2. Etik Kurul Onayı

Evrak Tarih ve Sayısı: 12.03.2024-114708



T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü



Sayı : E-88083623-020-114708
Konu : Etik Onayı Hk.

12.03.2024

Sayın AYTEKİN DEMİRKILIÇ

Tez çalışmanızda kullanmak üzere yapmayı talep ettiğiniz anketiniz İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurul Komisyonu'nun 15.02.2024 tarihli ve 2024/02 sayılı kararıyla uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize rica ederim

Dr.Öğr.Üyesi Mehmet Sencer GİRĞİN
Müdür Yardımcısı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : BSP4UJ9NL4 Pin Kodu : 69762

Belge Takip Adresi : <https://www.turkiye.gov.tr/istanbul-aydin-universitesi-ebys/>

Adres : Beşyol Mah. İnönü Cad. No:38 Sefaköy , 34295 Küçükçekmece / İSTANBUL

Telefon : 444 1 428

Web : <http://www.aydin.edu.tr/>

Kep Adresi : iau.yazisleri@iau.hs03.kep.tr

Bilgi için : Tuğba SUNNETCI

Unvanı : Yazı İşleri Uzmanı

Tel No : 31002

ÖZGEÇMİŞ

