

## YAKINLARINA BAKIM VERENLERİN RUH SAĞLIKLARI İLE SOSYAL DESTEK ALGILARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Prof. Dr. Zehra Y. DÖKMEN

DTCF Psikoloji Bölümü

### Öz

Yakınlarına bakım verenlerde ruh sağlığı ile sosyal destek arasındaki ilişkileri incelemek ve bakım verdikleri bir aile yakını olanlarla olmayanları karşılaştırmak amacıyla 213 katılımcıdan (n1=154, n2=59), demografik bilgi formu, Kısa Semptom Envanteri ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile veri toplanmıştır. Bakım verdikleri bir yakını olan katılımcıların ruh sağlıklarının daha olumsuz ve algıladıkları sosyal desteğin daha düşük olduğu bulunmuştur. Yakınlarına bakım verenlerde, algılanan aile desteği ve bakım verilenlerin kendi temel ihtiyaçlarını ne kadar görebildikleri Kısa Semptom Envanteri'nin çoğu puanındaki değişime anlamlı katkıda bulunmaktadır. Medeni durum, cinsiyet, hastanede bakım verme, bakım süresi de bazı puanlardaki değişimi anlamlı düzeyde açıklayabilmektedir. Bulgularla Batı literatürü arasında paralellikler bulunmaktadır; örneğin, kadınlar daha çok bakım vermektedirler, bakım verenlerin ruh sağlıkları tehdit altındadır, sosyal destek önemlidir.

*Anahtar sözcükler:* Aile yakınlarına bakım verenler • ruh sağlığı • Kısa Semptom Envanteri • algılanan sosyal destek • Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği.

THE RELATIONS BETWEEN MENTAL HEALTH AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT OF FAMILY CAREGIVERS

### Abstract

The aim is to evaluate the relations between mental health and perceived social supports of family caregivers (n=154), and to compare family caregivers (n=59) with noncaregivers (n=59) with respect to mental health. The data were gathered using the demographic questionnaire and the Brief Symptom Inventory (BSI) and the Multiple Perceived Social Support Scale. It was found that there were some differences between two participant groups with respect to mental health and perceived social support, and there were significant relations between mental health and social support of the family caregivers. There are some similarities between those findings and western literature; for example, most caregivers are women, there is more risk on caregivers' mental health, social support is important for caregivers' mental health.

*Key words:* Family caregivers • mental health • Brief Symptom Inventory • perceived social support • Multiple Perceived Social Support Scale

### Giriş

Türkiye'de 65 yaşında ve daha yaşlı olanların sayısı, 2008 nüfus sayımına göre, 4 893 423'tür (TUİK, 2008) ve bu sayının toplam nüfusa oranı % 6,8'dir (TUİK, 2009). Türkiye'de yaşlı ile birlikte yaşama geleneği sürmektedir (Baran ve ark., 2005), yaşlı nüfusun % 70'i ya ailesiyle birlikte ya da

aynı semtte yaşamaktadır (Aytaç, 1995, aktaran: Kalaycıoğlu, 2003). Türkiye Özürlüler Araştırması'na (2002) göre, engelli nüfusun toplam nüfus içindeki oranı % 12.29'dur. Yaşlıların, engellilerin yanı sıra kronik ya da akut hastalıkları nedeniyle pek çok kişi de ailelerinin bakımına ihtiyaç duymaktadır.

Bakım veren yakın', bakıma ihtiyacı olanla birlikte yaşayarak ya da zamanının bir bölümünü ona ayırarak, temel ihtiyaçlarını karşılayan, tıbbi bakımını ve doktor ya da hastane ilişkilerini takip eden akraba, arkadaş olarak tanımlanabilir (Nehra, Chakrabarti, Kulhara ve Sharma, 2005). Birey için hastalık gibi beklenmedik bir durum, ailesi için de beklenmedik bir durumdur ve aile üyeleri bu yeni durumdan etkilenirler (Güner, 2008; Mitrani ve Chapa, 2000). Kronik ya da akut bir hastalığı ya da bir engeli olan bireyle ilgilenmek, onun ihtiyaçlarını karşılamak, ona yardım etmek, ailesi ve yakınları için fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik zorlanmaları da beraberinde getirebilmektedir. Bu araştırmada, hasta, yaşlı, engelli yakınlarının ruh sağlıkları ve algıladıkları sosyal desteğin ruh sağlıkları ile ilişkisi incelenmektedir.

Demanslı, alzheimerlı, parkinsonlu yaşlı yakınlarının depresyon ve kaygı düzeylerinin genel nüfusa oranla daha yüksek ve yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu bildirilmektedir (Cifu ve ark., 2006; Martinez-Martin ve ark., 2005; Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari ve Sourtzi, 2007; Peren, Schmid ve Wettstein; 2006; Şahiner ve ark, 2003; Ulstein, Wyller ve Engedal, 2007; Waite, Bebington, Skelton-Robinson ve Orrell, 2004; Willette-Murphy, Toderro ve Yeaworth, 2006). Kanser hastalarının, felçlilerin, kronik hastalığı olanların ve ağır ruh sağlığı sorunları (örn., şizofreni) bulunanların ailelerinde ve bakımlarını üstlenenlerde de depresyon ve kaygı bozuklukları, korku, stres ve umutsuzluk yaygındır (Babaoğlu ve Öz; 2001; Brehaut ve ark., 2009; Grant, Weaver, Elliott, Bartolucci ve Giger, 2004; Nehra, Chakrabarti, Kulhara ve Sharma, 2005; Saunders, 2003; Stetz ve Brown, 2004). Bakım yükü nedeniyle fiziksel ihtiyaçların yeterli karşılanamaması ile depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmaktadır (Demirtepe ve Bozo, 2009; Schreiner, Morimoto, Arai ve Zarit, 2006). Bu nedenle bakım verenlerde kalp ve damar hastalıkları riski artmaktadır (Mausbach, Patterson, Rabinowitz, Grant ve Schule, 2007). Ankara'da yaşlı ile ailesi arasındaki ilişkileri çok yönlü inceleyen bir araştırmada (Baran ve ark., 2005) ise, yaşlı ile birlikte yaşayanların çoğunluğu kendilerini daha çok mutlu, güvenli, endişesiz vb. olarak betimlemektedirler; daha çok sosyal yaşamlarının kısıtlandığından şikayet etmektedirler; görece daha az olmakla birlikte stres yaşadıklarını belirtenler de vardır ve stres yaşama düzeyi ile sosyo ekonomik düzeyin ilişkili olduğu görülmektedir.

Bakım vermeye bağlı ruhsal sorun yaşama ile sosyal desteğe sahip olma arasındaki ilişki güçlüdür. Yakınlarına bakım verenlerin, ailelerinin ve arkadaşlarının desteğine, dostluğa, yalnız olmadıklarını hissetmeye, para, bilgi ve eğitim konularında yardım almaya ve sosyal ve duygusal desteğe ihtiyaçları vardır (Akkök, 1997; Mitrani ve Chapa, 2000; Stoltz, Uden ve Willman, 2004). Bakım verenler, sağlık personelinin de yakın ilgisini ve etkili desteğini beklemektedir ve bu destek, hem hastalık süreci boyunca hasta için hem de hasta kaybı durumunda yakını için önemlidir (Karancı, 1997; Okyayuz, 1999).

Sosyal destek artınca, bakım vermenin olumsuz etkileri ve depresyon olasılığı düşmekte ve yaşam doyumu artmaktadır (Grant, Weaver, Elliott, Bartolucci ve Giger, 2004; Dökmen ve Azizoğlu, 2010; Dökmen ve Tokgöz, 2010; Ergh, Hanks, Rapport, ve Coleman, 2003; Gölalmış-Erhan, 2005; Harwood ve ark., 2000; Pakenham, 2001; Kaner, 2004; Shaffer, Dooley ve Williamson, 2007; Sucuoğlu, 1997; Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari ve Sourtzi, 2007; Waite, Bebington, Skelton-Robinson ve Orrell, 2004; Wells, Dywan ve Dumas, 2005). Yakınlarına bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek, sağlık durumları ve aile yaşantıları üzerinde olumlu etkiye sahiptir (McKeown, Porter-Armstrong ve Baxter, 2003). Kadın bakıcılar, genellikle erkeklerden daha fazla sosyal destek aramaktadırlar (Joyce ve ark. 2003; Nehra ve ark. 2005; Saunders, 2003). Öte yandan, bakım süresi arttıkça zorluk algısı da sosyal destek de azalmaktadır (Joyce ve ark. 2003).

Sosyal desteğin, bakım verme yükünün sonuçlarını hafifletmesi konusunda çelişen bulgulara da rastlanmaktadır. Örneğin, Smerglia, Miller, Sotnak ve Geiss (2007), bakım verenlerin önemli bölümünde sosyal desteğin olumlu bir etkisi olmadığını, verilen sosyal desteğin bakım verenin ihtiyacını karşılamadığını bildirmektedirler.

Sosyal destek algısının yanı sıra başka değişkenler de bakım verenin ruh sağlığı ile ilişkilidir. Bu araştırmada da, bakım veren katılımcıların ve bakım verdikleri bireylerin özelliklerinin ruh sağlıklarıyla ilişkisi ve ne kadar yordayıcı oldukları incelenmektedir.

Cinsiyet önemli bir değişkendir. Çoğunlukla bakım verilenler erkek, bakım verenler kadındır (Wells, Dywan ve Dumas, 2005; Ulstein, Wyller ve Engedal, 2007). Bakım verenlerin de alanların da önemli bölümünün kadın olduğu da dile getirilmektedir (Baran, 2005; Sink, Covinsky, Barnes, Newcomer ve Yaffe, 2006). Çoğu kültürde bakım verme, özellikle ailedeki kadınların görevi olarak algılanır (Etter, Goodall ve Harrison, 2008; Shin ve ark, 2006; Stoltz, Uden ve Willman, 2004;

Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari ve Sourtzi, 2007), Türkiye’de erkek evladın ve eşinin yaşlı anne ve babaya bakması geleneği sürmektedir (Baran ve ark., 2005). Bakım veren kadınlar risk grubudurlar, daha fazla nöropsikiyatrik ve psikopatolojik belirti göstermektedirler (Etter, Goodall ve Harrison, 2008; Harwood ve ark., 2000; Ulstein, Wyller ve Engedal, 2007; vanden Heuvel ve ark., 2001; Willette-Murphy, Todero ve Yeaworth, 2006). Hasta bakımı için kadın, ücret almadığı gibi boş zaman hakkını da kullanamamaktadır (Strang, 2001).

Erkeklerin bakım verenlerin üçte birini oluşturdukları halde, araştırmalarda hiç temsil edilmedikleri belirtilmektedir (Houde, 2002). Kadınlar ve erkekler bakım verme yükünü farklı şekillerde yaşamaktadırlar (Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari ve Sourtzi, 2007). Geleneksel cinsiyet rollerine uygun görevleri yürütmektedirler (Ekwall, Sivberg ve Hallberg, 2004). Cinsiyet rolleri, ruh sağlığı ve bakım yükü ile baş etme arasında bir ara değişken olarak görülmektedir (Baker ve Robertson, 2008). Bakım veren erkekler, rol, sorumluluk ve ilişkilerindeki değişimlere uyum sağlamaya çalışmaktadırlar (Saunders and Power, 2009), zorlanmakta ve aile desteğine daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar (Foster ve Chaboyer, 2003). Kadınlarla ilişkilendirilen bakım verme görevini üstlenen erkekler erkeklik normları nedeniyle rahatsız olmaktadır (Russell, 2007). Yine de erkeklerin bakım yüküne bağlı stres ve depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmektedir (Cuijpers, 2005; Pakenham, 2001).

Erkekler ‘daha fazlasını yapma gereği’ni daha çok hissetmekte kadınlar ise kendilerine zaman ayıramamanın rahatsızlığını yaşamaktadırlar (Croog, Burlison, Sudilovsky ve Baume, 2006). Bakım verme, kadınları sosyal yaşamdan uzaklaştırmakta ve daha fazla depresyona yol açmaktadır. Erkekler, çalışma yaşamında stres yönetimi becerilerini geliştirebilmekte ve hasta ile aralarına psikolojik bir mesafe koyarak kendilerini stresten koruyabilmektedirler. Diğer bazı araştırmalarda da (Malak ve Dicle, 2008; Waite, Bebington, Skelton-Robinson ve Orrell, 2004) cinsiyete göre bakım verme yükü, stres ve depresyon farkı bulunmamıştır.

Bakım verilenin cinsiyetinden de söz edilmektedir. Erkek çocuklar daha değerli bulunduğu için, zihinsel geriliği olan kız çocukların anneleri daha fazla stres yaşamaktadırlar (Shin ve ark, 2006). Kadın hastalarına bakım verenler daha fazla sosyal zorlanma hissetmektedirler (Ivarson, Sidenvall ve Carlsson, 2004).

Bakım verenlerin akrabalık dereceleri ile ruh sağlığı bozulma dereceleri arasında ilişki bulunmuştur (Karlıkaya, Yüksek, Varlıbaş ve Tireli, 2005). Demanslı hastaya bakım verenlerin

önemli bölümü eşlerdir (Sink, Covinsky, Barnes, Newcomer ve Yaffe, 2006). Babaoğlu ve Öz (2001), hasta eş ile tek başlarına ilgilenenlerin genellikle kadınlar olduğunu ve desteğin genellikle çocuklar ve onların eşlerinden geldiğini belirtmektedirler. Demanslı eşlerine bakanların kişisel ve sosyal yaşamları bozulmakta ve çocuklar da anababalarına yönelik bir şey yapamamanın suçluluğunu yaşamaktadırlar (Ankri, Andrieu, Beaufils, Grand ve Henrard, 2005). Hastanın akrabalık derecesinin psikolojik sıkıntı üzerinde bir etkisinin saptanmadığı, bakım verenlerin eş olup olmamalarına göre depresyon düzeylerinde farklılık bulunmadığı da bildirilmektedir (Ergh, Hanks, Rapport ve Coleman, 2003; Waite, Bebington, Skelton-Robinson ve Orrell, 2004).

Çocukları hasta (örneğin kanser) ya da engelli olan ailelerin tüm günlük yaşam aktiviteleri, aile içi dinamikleri bozulmakta, kendilik algısı, anababa rolü ve dünyanın anlamı duygusu etkilenmektedir (Jones, 2009). Stres, sağlık sorunları ve düşük sosyal uyum yaygındır (Oelofsen ve Richardson, 2006). Engelli çocuğu olan ve olmayan anababalar, ortak anababalık yaşantıları olmakla birlikte, ruh sağlığının çeşitli yönleri bakımından farklılık göstermektedirler (Akıncı, 2007; Dökmen ve Tokgöz, 2010; Sarıhan, 2007). Engelli çocukların ana babaları arasında anababalık stresi bakımından fark olmadığı (Esdaile ve Greenwood, 2003), bakım yükü ve bundan etkilenme bakımından farklılık olduğu da bildirilmektedir (Caqueo-Urizar ve Gutierrez-Maldonado, 2006; Pelchat, Lefebvre ve Perreault, 2003; Roick, Heider, Toumi ve Angermeyer, 2006; Saunders, 2003; Young, Dixon-Woods, Findlay ve Heney, 2002).

Hasta yakınları, zorluklarına rağmen aile üyelerinden birine bakım vermeyi olumlu duygularla da birleştirmektedirler (Wells, Dywan ve Dumas, 2005), birlikte yaşadıkları yaşlılar kendilerine arkadaş ve destek olmaktadır (Baran ve ark., 2005). Bir yaşlı ile birlikte yaşama zorluğu, onunla ilgilenen bazı kadınlar için, önceki ilişkilere (saygı, sevgi temelli) bağlıdır ve her zaman güçlük olarak algılanmamaktadır (Bilgili ve Kubilay, 2003; Erdem ve İnci, 2003). Kadının yaşlıya bakım kararına katılmaması, yaşadığı zorluğu artırmaktadır (Kalaycıoğlu, 2003).

Yaşla ilgili bulgular da vardır. Bazı araştırmalarda (Croog, Burlison, Sudilovsky ve Baume, 2006; Malak ve Dicle, 2008; Kızılcı, 1999; Waite, Bebington, Skelton-Robinson ve Orrell, 2004), algılanan bakım yükünün ve ruh sağlığının yaşa göre farklılaşmadığı, başka bir çalışmada (vanden Heuvel ve ark., 2001), gençlerin risk grubu oluşturdukları bulunmuştur. Hastanın yaşı ile yaşam doyumu arasında ilişki bulunduğu (Ergh, Hanks, Rapport, ve Coleman, 2003), özellikle genç hastaya bakım verenlerin daha fazla yük altında oldukları, daha fazla etkinlik kısıtlaması ve

üzüntü-suçluluk yaşadıkları belirlenmiştir (Caqueo-Urizar ve Gutierrez-Maldonado, 2006; Ivarson, Sidenvall ve Carlsson, 2004, Karlıkaya ve ark., 2005).

Bakım verenlerin depresyon ve kaygı düzeylerinin ve bakım yüklerinin, bakım süresi (hafta içinde ne kadar bakım verildiği) ile yakından ilgili olduğu (Crespo, Lopez ve Zarit, 2005), altı aydan sonra yük algısının değişmediği (Chadda, Singh ve Ganguly. 2007), bakım verenlerin yüklerinin zamanla düşme eğilimi gösterdiği (Roick, Heider, Toumi ve Angermeyer, 2006) bildirilmektedir. Başka araştırmalarda ise, hastalık süresinin bir etkisi saptanmamıştır (Ergh, Hanks, Rapport, ve Coleman, 2003; Vanden Heuvel ve ark. 2001).

Eğitim düzeyinin etkilerini bildiren araştırma sonuçları vardır. Düşük eğitimlilerin yükleri daha ağırdır, yaşam kaliteleri daha düşüktür, umutsuzluk düzeyleri daha yüksektir (Caqueo-Urizar ve Gutierrez-Maldonado, 2006; Gölalmiş-Erhan, 2005; Kitrungrrote ve Cohen, 2006.) Algılanan bakım yükünün ve depresyon düzeyinin eğitim düzeyine göre farklılaşmadığını bildiren araştırmalar da bulunmaktadır (Grant, Weaver, Elliott, Bartolucci ve Giger, 2004; Malak ve Dicle, 2008; Waite, Bebington, Skelton-Robinson ve Orrell, 2004).

Hastanın davranışsal, duygusal, bilişsel bozulmaları ve değişkenliği ve kişisel bakımı, öfke, şüphe vb saldırgan davranışları bakım vermenin yükünü oluşturmaktadır (Croog, Burleson, Sudilovsky ve Baume, 2006; Etter, Goodall ve Harrison, 2008; Papastavrou ve arkadaşları, 2007). Bakım yükü arttıkça bakım verenin depresyonu ve sıkıntıları da artmaktadır (Grant, Weaver, Elliott, Bartolucci ve Giger, 2004; Kalaycıoğlu, 2003; Malak ve Dicle, 2008; Pakenham, 2001; Roick, Heider, Toumi ve Angermeyer, 2006). Annelerin stresleri ve psikolojik durumları ile çocukların davranış problemleri ve engel düzeyleri arasında ilişki vardır (Estes ve ark., 2009; Gölalmiş-Erhan, 2005; Wells, Dywan ve Dumas, 2005). Bakım verenlerin depresyon düzeylerinin hastalığın doğasına ve ciddiyet düzeyine göre değişmediğini bildiren araştırmalar da bulunmaktadır (Crespo, Lopez ve Zarit, 2005; Grant, Weaver, Elliott, Bartolucci ve Giger, 2004; Waite, Bebington, Skelton-Robinson ve Orrell, 2004).

Hastane ortamında olmanın etkilerinden de söz edilmektedir. Hastalarının ihtiyaçlarını hastanede karşılayanlar bakım yükünü daha düşük algılamaktadırlar (Clearly, Freeman, Hunt ve Walter, 2006) ve hastane bakımı evde bakımdan daha çok tercih edilmektedir (Okamoto, Hasebe ve Harasawa, 2007).

Yukarıda görüldüğü gibi, hasta, yaşlı, engelli yakınları ile yapılan araştırmalar, ruh sağlığı ile sosyal destek ve çeşitli özellikler arasında ilişkiler olduğunu göstermektedir. Ancak, belirtildiği gibi, bazı bulgular arasında çelişkiler bulunmaktadır. Bu araştırmada bu ilişkiler üzerinde durulmaktadır.

### **Amaç**

Aile, üyelerinin her tür ihtiyaçlarını karşılaması, hasta, yaşlı, engelli yakınına bakım, ilgi ve destek sağlaması beklenen en önemli 'bakım veren' kurumdur. Bakım ve tedavinin öncelikle buna ihtiyacı olanın evinde ve ailesinin destek ve gözetiminde yürütülmesinin yararı üzerinde durulmaktadır. Ancak bu görev ve sorumluluk, aile üyeleri için psikolojik sorunları da beraberinde getirebilmektedir ve bununla baş etmede sosyal destek önemlidir. Bakım verenlerin ruh sağlıkları kişisel özelliklerinden de etkilenmektedir. Türkiye'de bir aile üyesine ya da bir yakınına bakım veren kişilerin ruh sağlıkları ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkilerin ve ruh sağlıklarını yordayan faktörlerin belirlenmesine, bakım verenlerin bakım vermeyenlerle karşılaştırılmasına yönelik araştırmalar sınırlıdır ve hepsini birlikte inceleyen kapsamlı bir araştırma bulunmamaktadır. Bu araştırmada, bu boşluğun doldurulması amaçlanmaktadır.

Bu araştırmada yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler incelenmektedir. Ayrıca, araştırma sonuçlarına göre bakım verenlerin ruh sağlıkları kendilerinin ve baktıkları yakınlarının çeşitli özellikleri ile ilişkili görünmektedir. Bu özelliklerin, ruh sağlığını yordayıcı önemleri bulunmaktadır. Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıklarını koruma yönünde önlemler almak için risk yaratıcı faktörler hakkında daha çok bilgiye ihtiyaç vardır. Bu araştırma, önlemler konusuna temel olacak bilgi üretmeyi amaçlamaktadır.

Aile yakınlarının bakım ihtiyaçlarını karşılamının yarattığı yük ve bu yükü başa çıkma konusunda kültürel farklar da bulunmaktadır (Cohen ve Lee, 2006; Ethers, Goodall ve Harrison, 2008; Haley ve ark. 1996). Bu araştırmanın amacı sosyal destek ve kişi özelliklerinin rolünü ve ruh sağlığı ile ilişkilerini bir Türk örneklem üzerinde belirlemektir.

Bu amaçla aşağıdaki soruların cevapları aranmıştır:

Bakım verdikleri yakınları olanlarla olmayanlar, ruh sağlığının farklı boyutları ve algıladıkları sosyal destek bakımından farklı mıdır?

Bakım verdikleri yakınları olanların ruh sağlıklarının farklı boyutları (kaygı, depresyon vb.) ile algıladıkları sosyal destek arasında anlamlı ilişkiler var mıdır?

Bakım verdikleri yakınları olanların ruh sağlıklarını yordayan faktörler nelerdir?

## Yöntem

### Katılımcılar

Araştırmanın örnekleme özel bir örneklemdir, aile üyelerine ya da yakınlarına bakım verenlerden oluşmaktadır. Yakınlarına bakım verenlere hastanelerde ve tanıdıklar aracılığıyla ulaşılmış ve görüşmeyi kabul edenlerden veri toplanmıştır. Bakım verenlerin yanı sıra tesadüfi örnekleme yoluyla belirlenen, bakım verdikleri bir yakınları olmayanlar da bu araştırmada karşılaştırma grubu olarak alınmıştır.

Araştırma için 221 katılımcıdan veri toplanmıştır; 8 katılımcının verileri, z dağılımının uçlarında (outlier) (+-3'den büyük/küçük) yer aldığından değerlendirmeye katılmamıştır. Bu katılımcıların örneklemden çıkarılmasının sonuçları değiştirmedığı kabul edilmiştir. Sonuç olarak, hasta, yaşlı, engelli yakını olan 154 (% 72.3) katılımcı ile hasta, yaşlı, engelli yakını olmayan 59 (% 27.7) katılımcının (toplam 213 katılımcının) sonuçları değerlendirilmiştir.

Katılımcıların (N=213), % 66.7'si kadındır; kadınların yüzdesi hasta, yaşlı, engelli yakını olan katılımcı grubunda % 67.5 (n = 104), diğer katılımcı grubunda % 64.4'tür (n = 38). Katılımcıların % 33.3'ü erkektir; erkeklerin yüzdesi bakım veren katılımcı grubunda % 32.5 (n = 50), diğer grupta % 35.6'dır (n = 21).

Katılımcıların yaşları 19-75 arasında değişmektedir ve yaş ortalaması 40.89'dur (s=10.15). Yaş ortalaması, bakım veren katılımcı grubunda 41.26'dır (s=10.21) ve diğer grupta 39.83'tür (s=9.99).

Katılımcıların eğitim düzeyleri şöyledir (sırasıyla, bakım veren grup ve diğer grup): ilkokul ve daha düşük: % 9.1, % 8.5; orta okul ve lise: % 33.7, % 20.3; üniversite ve daha yüksek: % 57.1, % 71.2).

Katılımcıların (N=212) medeni durumları ise şöyledir: Bakım veren grup: % 19.6 bekar, % 5.9 dul ya da boşanmış, % 74.5 evli; diğer grup % 27.1 bekar, % 5.1 dul ya da boşanmış, % 67.8 evli.

Yakınlarının bakımı ile ilgilenenlerin, % 78.6'sı aile üyelerinin (anne, baba, eş, çocuk, kardeş, torun), % 21.4'ü diğer yakınlarının (kayınvalide, görümce, dayı, amca, arkadaş gibi) bakımı ile ilgilenmektedir.

Hasta, yaşlı, engelli yakını olan katılımcılar içinde, bu görevlerini yürütürken herhangi bir kişiden yardım, destek alanların oranı % 66.7'dir ve en çok ailelerinin yardım ettiğini belirtmişlerdir. En çok (% 18.2) kardeşlerinden yardım almaktadırlar, bunları yardım eden kişi olarak eşler (% 14.9), anneler (% 9.7), çocuklar (% 4.5) izlemektedir. Hasta, yaşlı, engelli yakınlarının üçte birinin (% 33.1) hiç yardım, destek almadıkları görülmektedir.

Bakım verilen yakınların % 57.6'sı kadın ve % 42.4'ü de erkektir (3 katılımcı bu bilgiyi vermemiştir). Bakım alanların kronik ya da akut çeşitli rahatsızlıkları vardır (örneğin, % 27.8'i felçlidir; % 11.9'u tansiyon ve kalp rahatsızlığına sahiptir; % 10.5'ü kanserdir; % 6.7'si böbrek rahatsızlıklarına sahiptir; % 5.3'ü alzheimerdir, % 4.5 engellidir).

Bakım alanların (n=77) yaşları 5-107 arasında değişmektedir, yaş ortalaması 51.48'dir (ss: 24.67). Hastalık süreleri 2 gün ile 15695 gün arasında değişmektedir ve hastalık süre ortalaması: 1186.95 gündür (ss: 2180.21). Bakım verme süreleri de 2 gün ile 9125 gün arasında değişmektedir, bakım süresi ortalaması 602.55 gündür (ss: 1371.01)

Bakım alanların % 44.7'si hastanede, % 36.2'si katılımcıların evlerinde ve % 15.8'i kendi evlerinde bakım görmektedir ve % 64.7'si temel ihtiyaçlarını kendileri karşılayamamaktadır.

Bakım alanların sosyal güvencelerinin var olup olmadığının sorulduğu 78 katılımcının % 96'sının cevabı "var" olmuştur ve bakım alanların % 41.7'si SSK'ya, % 33.3'ü Emekli Sandığı'na, % 13.9'u Bağkur'a, % 5.6'sı özel ve % 1.4'ü diğer bir güvenlik kurumuna bağlıdır ve % 4.2'si yeşil kart sahibidir.

Bakım alanların hastalıklarının ya da engellerinin düzeyini belirten 71 katılımcının % 46.5'i "orta", % 38.0'ı "ileri" ve % 15.5'i "başlangıç" olduğunu bildirmişlerdir.

#### **Veri toplama araçları:**

Veriler toplanırken, kişisel bilgi formu, Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri kullanılmıştır.

### **Kişisel Bilgi Formu:**

Katılımcıların ve ilgilendikleri hastaların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorulardan oluşmuştur.

### **Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği:**

Katılımcıların algıladıkları sosyal desteğin ölçümü için, Zimet ve arkadaşları (1988, akt. Eker ve Arkar, 1995) tarafından geliştirilen ve Eker ve Arkar (1995) tarafından Türkçeye uyarlanan ve Eker, Arkar ve Yıldız (2001) tarafından gözden geçirilen Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, her biri 4 maddeden oluşan, desteğin kaynağına ilişkin 3 alt ölçeği içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Her madde 7 aralıklı (1: kesinlikle hayır; 7: kesinlikle evet) bir ölçek kullanılarak derecelendirilmektedir. Her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Bu araştırmada katılımcı gruplarını karşılaştırırken sadece toplam puan kullanılmıştır, yakınlarına bakan katılımcıların ölçek puanları arasındaki ilişkiler için alt ölçek puanları kullanılmıştır.

İç tutarlılığı ölçmek için Cronbach alfa yöntemi kullanılmış ve alfalar 0.80 ile 0.95 arasında bulunmuştur (Eker, Arkar ve Yıldız, 2001). Geçerliliği için UCLA Yalnızlık Ölçeği, Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Belirti Tarama Listesi ve Beck Umutsuzluk Ölçeği ile korelasyonlarına bakılmış ve anlamlı, geçerliliği ile uyumlu korelasyonlar bulunmuştur. Ayrıca, yapı geçerliliğini doğrulayıcı bulgular elde edilmiştir ve (Eker, Arkar ve Yıldız, 2001). Bu araştırmada tüm ölçek için alfa .88 bulunmuştur.

### **Kısa Semptom Envanteri:**

İnsanların çeşitli ruhsal belirtiler açısından taranmasını veren ölçeklerden biri olan Kısa Semptom Envanteri (KSE), SCL-90 Belirti Tarama Listesi'nin kısa formudur. Derogatis (1992) tarafından geliştirilen ve Şahin ve Durak (1994) tarafından Türkçeye uyarlanan KSE, 5 alt ölçekten (anksiyete, depresyon, olumsuz benlik, somatizasyon ve hostilite) oluşan 53 maddelik bir ölçektir (Savaşır ve Şahin, 1997). Ölçekten ayrıca ruh sağlığının genel belirleyicileri olan iki indeks (belirti sayısı ve rahatsızlık ciddiyeti) puanı elde edilmektedir. Maddeler için 0 ile 4 arasında puanlanan, 12

Likert tipi “hiç yok”, “biraz var”, “orta derecede var”, “epey var” ve “çok fazla var” seçenekleri verilmekte ve her alt ölçeğin maddeleri için verilen bu cevap seçenekleri içinden işaretlenenlerin toplamı ile alt ölçek toplam puanına ulaşılmaktadır. Batı ülkelerinde geçerli ve güvenilir olduğu belirlenen (Aktaran: Şahin ve Durak, 1994) KSE'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliği Şahin ve Durak (1994) tarafından yapılmıştır ve ergenler, gençler ve yetişkinler için KSE'nin geçerli ve güvenilir olduğunu bildirmektedirler. Bu araştırmada KSE'nin alt ölçek puanları ile rahatsızlık ciddiyeti ve belirti toplamı puanları değerlendirilmektedir. Bu araştırmada KSE alt ölçeklerinin alfa değerleri, Anksiyete alt ölçeği için 0.89, Depresyon alt ölçeği için 0.89, Olumsuz Benlik alt ölçeği için 0.87, Somatizasyon alt ölçeği için 0.85, Hostilite alt ölçeği için 0.78 bulunmuştur.

### **Verilerin toplanması**

Verilerin toplanması önemli ölçüde (% 44.7) hastane ortamında gerçekleştirilmiştir. Bazı katılımcıların verileri ise evlerinde alınmıştır. Ölçeklere verilen tepkiler/cevaplar katılımcıların kendileri tarafından işaretlenmiştir. Ölçeklerin uygulaması için gereken süre genellikle kısadır, ortalama 10 dakika sürmektedir. Verilerin toplanması sırasında, araştırmacı denetiminde uygulama yapan eğitimli anketörlerden yardım alınmıştır.

### **Bulgular**

Araştırmanın verileri 221 katılımcıdan alınmıştır. Bu katılımcıların Kısa Semptom Envanteri ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları arasındaki uç değerler (outlier) belirlenip (z puan dağılımları temel alınarak) 8 katılımcının verileri elenmiştir. Kalan hasta, yaşlı, engelli yakını olan 154 katılımcı ile hasta, yaşlı, engelli yakını olmayan 59 katılımcının (N = 213) verileri üzerinde analizler yapılmıştır. Bulgular, MANOVA, t testi, çok değişkenli regresyon ve korelasyon analizleri ile yapılmıştır.

Değişkenlere göre puanlar arasındaki farklar MANOVA ile, değişkenler ve puanlar arasındaki ilişkiler korelasyon ile ve değişkenlerin puanları yordama güçleri çoklu regresyon analizleri ile elde edilmiştir.

Bakım vermeleri gereken yakınları olan ve olmayan katılımcıların karşılaştırılması: Çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) sonuçları.

Kısa Semptom Envanteri'nin beş alt ölçek ve iki indeks puanı ile Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı cinsiyet ve bakım verme değişkenlerine göre karşılaştırılmıştır.

Bunun için önce, bakım verdikleri bir yakınları bulunmayan 59 katılımcı ile karşılaştırma yapabilmek için yakınlarına bakım veren 154 katılımcı arasında kadın (n=38) ve erkek (n=21) katılımcı sayıları eşit olmak üzere random olarak 59 katılımcı belirlenmiştir. Bu iki örneklem MANOVA ile karşılaştırılmıştır.

Ölçek puanları için hesaplanan çarpıklık değerleri 0.848 ile 1.409 arasında değişmektedir ve çarpıklık standart hatası: 0.311'dir. Buna göre, puan dağılımlarının normalden hafif çarpık oldukları anlaşıldığı için puanların karekökü dönüşümleri (square root transformation) alınmıştır (Mertler ve Vannatta, 2002) ve MANOVA için bu puanlar kullanılmıştır. Kısa Semptom alt ölçek puanları ve iki indeks puanı ile Çok Yönlü Algılanan Sosyal Destek Ölçeği toplam puanı için 2 (cinsiyet: kadın-erkek) X 2 (bakım verme: bakım verilen yakın var-yok) faktörlü MANOVA yapılmıştır. Tablo 1'de ölçek puanlarının aritmetik ortalamaları ile standart sapmaları ve Tablo 2'de ise MANOVA sonuçları verilmektedir.

**Tablo 1.** Kısa Semptom Envanteri ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Aritmetik Ortalamaları ve Standart Sapmaları

| Ölçek          | Bakım verme | Cinsi yet | X    | SS   | Ölçek                   | Bakım verme | Cinsi yet | X    | SS   |
|----------------|-------------|-----------|------|------|-------------------------|-------------|-----------|------|------|
| Anksiyete      | yok         | kadın     | 2.94 | 1.57 | Hostilite               | yok         | kadın     | 2.28 | 1.10 |
|                |             | erkek     | 2.02 | 1.27 |                         |             | erkek     | 1.92 | 1.02 |
|                |             | Toplam    | 2.61 | 1.53 |                         |             | Toplam    | 2.15 | 1.08 |
|                | var         | kadın     | 3.12 | 1.66 |                         | var         | kadın     | 2.38 | 1.10 |
|                |             | erkek     | 3.64 | 1.60 |                         |             | erkek     | 2.99 | .89  |
|                |             | Toplam    | 3.31 | 1.65 |                         |             | Toplam    | 2.60 | 1.06 |
| Depresyon      | yok         | kadın     | 3.32 | 1.75 | Semptom sayısı          | yok         | kadın     | 4.88 | 1.67 |
|                |             | erkek     | 2.35 | 1.28 |                         |             | erkek     | 3.85 | 1.42 |
|                |             | Toplam    | 2.98 | 1.65 |                         |             | Toplam    | 4.52 | 1.65 |
|                | var         | kadın     | 3.73 | 1.50 |                         | var         | kadın     | 4.55 | 1.42 |
|                |             | erkek     | 3.75 | 1.52 |                         |             | erkek     | 5.57 | 1.63 |
|                |             | Toplam    | 3.74 | 1.50 |                         |             | Toplam    | 4.91 | 1.56 |
| Soma tizasyon  | yok         | kadın     | 2.27 | 1.27 | Rahatsızlık ciddiyeti   | yok         | kadın     | 0.87 | .37  |
|                |             | erkek     | 1.24 | 0.95 |                         |             | erkek     | 0.64 | .29  |
|                |             | Toplam    | 1.91 | 1.26 |                         |             | Toplam    | 0.79 | .36  |
|                | var         | kadın     | 2.18 | 1.12 |                         | var         | kadın     | 0.91 | .35  |
|                |             | erkek     | 2.68 | 1.38 |                         |             | erkek     | 1.04 | .38  |
|                |             | Toplam    | 2.36 | 1.23 |                         |             | Toplam    | 0.96 | .36  |
| Olumsuz Benlik | yok         | kadın     | 2.77 | 1.35 | Algılanan Sosyal Destek | yok         | kadın     | 8.04 | 1.08 |
|                |             | erkek     | 2.03 | 1.39 |                         |             | erkek     | 8.18 | .87  |
|                |             | Toplam    | 2.51 | 1.40 |                         |             | Toplam    | 8.09 | 1.00 |
|                | var         | kadın     | 2.74 | 1.24 |                         | var         | kadın     | 7.66 | .94  |
|                |             | erkek     | 3.43 | 1.49 |                         |             | erkek     | 7.57 | 1.06 |
|                |             | Toplam    | 2.98 | 1.37 |                         |             | Toplam    | 7.63 | .98  |

Karekök dönüşümlü puanlarla yapılan Box kovaryans matrisi eşitliği testi sonucunda eşitlik hipotezi kabul edilmiştir (Box' M = 137.51, F (108, 16952) = 1.09, p< .24) ve Wilks' Lambda değeri dikkate alınmıştır. Wilks' Lambda, bakım verme değişkeninin temel etkisi için .86 (p<.05), cinsiyet değişkeninin temel etkisi için .87 (p> .05) ve bakım verme ile cinsiyet ortak etkisi için .83 (p< .02) bulunmuştur. Wilks' Lambda değerleri anlamlı olan bakım verme temel etkisi ve cinsiyet ile bakım verme ortak etkisi için yapılan çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) sonuçları Tablo 2'de gösterilmektedir.

**Tablo 2. MANOVA Sonuçları**

| Değişim Kaynağı                      | Bağımlı değişken        | Ort. kare | F     | p    | Eta kare |
|--------------------------------------|-------------------------|-----------|-------|------|----------|
| Bakım verme temel etkisi             | Anksiyete               | 22.17     | 9.09  | .003 | .074     |
|                                      | Depresyon               | 22.00     | 9.12  | .003 | .074     |
|                                      | Somatizasyon            | 12.22     | 8.62  | .004 | .070     |
|                                      | Olumsuz benlik          | 12.68     | 6.95  | .010 | .057     |
|                                      | Hostilite               | 9.21      | 8.29  | .005 | .068     |
|                                      | Semptom sayısı          | 13.09     | 5.50  | .021 | .046     |
|                                      | Rahatsızlık ciddiyeti   | 1.31      | 10.49 | .002 | .084     |
|                                      | Algılanan sosyal destek | 6.68      | 6.73  | .011 | .056     |
| Bakım verme ve cinsiyet ortak etkisi | Anksiyete               | 14.02     | 5.75  | .018 | .048     |
|                                      | Depresyon               | 6.75      | 2.80  | .097 | .024     |
|                                      | Somatizasyon            | 15.93     | 11.23 | .001 | .090     |
|                                      | Olumsuz benlik          | 13.91     | 7.62  | .007 | .063     |
|                                      | Hostilite               | 6.51      | 5.86  | .017 | .049     |
|                                      | Semptom sayısı          | 28.43     | 11.94 | .001 | .095     |
|                                      | Rahatsızlık ciddiyeti   | 0.89      | 7.09  | .009 | .059     |
|                                      | Algılanan sosyal destek | 0.38      | 0.39  | .535 | .003     |

Çoklu varyans analizinde bağımlı değişken sayısı fazla olduğunda hata oranının artması ihtimaline karşı anlamlılık düzeyinin seçiminde daha katı olunması gereği vurgulanmaktadır. Önerilen yöntemlerden biri, genellikle anlamlılık düzeyinin kabul edilebilir en düşük değeri olarak kabul edilen 0.05'in bağımlı değişken sayısına bölünerek alfa'nın belirlenmesidir (Mertler ve Vannatta, 2002, s. 122). Bu hesaba göre, buradaki MANOVA sonuçları için  $p=0.05/8=0.00625$  alfa değerinin dikkate alınması gerekmektedir. Tablo 2'de görüldüğü gibi, çoğu F değerinin anlamlılık düzeyi bu değerden daha küçüktür.

Tablo 2'de görüldüğü gibi, bakım verme temel etkisi KSE puanları ile Algılanan Sosyal Destek puanı için anlamlı bulunmuştur. Tablo 1'deki aritmetik ortalamalara göre, yakınına bakım verenlerde KSE alt ölçek puanları daha yüksektir; algılanan sosyal destek puanı ise daha düşüktür. Cinsiyet ile bakım verme değişkenlerinin ortak etkileri ise depresyon ve algılanan sosyal destek dışında anlamlı bulunmuştur.

Bakım verme ve cinsiyet ortak etkisi anlamlı bulunmuştur. Yapılan Tukey testi sonucunda, bakım verdiği yakını olan ve olmayan erkeklerin anksiyete puanları arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ( $q=4.63$ ,  $p<.05$ ). Bakım veren erkeklerin diğer erkeklerden daha fazla anksiyeteleri vardır. Yapılan Tukey testi sonucunda da, bakım verdikleri yakınları olmayan kadınlarla erkeklerin ( $q=4.00$ ,  $p<.05$ ) ve bakım verdikleri yakınları olan ve olmayan erkeklerin ( $q=5.25$ ,  $p<.01$ ) somatizasyon puanları arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Bakım verdikleri yakınları olmayan kadınlar, bakım verdikleri yakınları olmayan erkeklerden ve bakım verdikleri yakınları olan erkekler de diğer erkeklerden daha fazla somatizasyon puanlarına sahiptirler. Yapılan Tukey testi sonucunda, bakım verdikleri yakınları olan ve olmayan erkeklerin hostilete puanları arasında da anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ( $q=4.74$ ,  $p<.01$ ). Bakım verdikleri yakınları olan erkekler bakım verdikleri yakınları olmayan erkeklerden daha fazla düşmanca duygulara sahiptirler. Yapılan Tukey testi sonucunda, bakım verdikleri yakınları olan ve olmayan erkeklerin 'semptom sayısı' puanları arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur ( $q=5.75$ ,  $p<.01$ ). Bakım verdikleri yakınları olan erkekler bakım verdikleri yakınları olmayan erkeklerden daha fazla sayıda psikiyatrik belirti göstermektedirler.

#### **Yakınlarına bakım verenlerin ölçek puanları arasındaki ilişkiler**

Yakınlarına bakım veren katılımcıların ( $n=154$ ) ölçek puanları arasındaki ilişkiler hesaplanmıştır. Ayrıca bu katılımcıların KSE puanlarının özellikleri ve sosyal destek puanları

tarafından ne kadar yordandıklarını belirlemek için çok değişkenli regresyon analizi (stepwise) yapılmıştır. Bu bulgular Tablo 3 ve 4'te verilmektedir.

Tablo 3'te görüldüğü gibi, yakınlarına bakım verenlerin Kısa Semptom Envanteri alt ölçek puanlarıyla Algılanan Sosyal Destek toplam puanı, Aile Desteği Alt Ölçek puanı arasındaki korelasyonlar anlamlıdır. Arkadaş Desteği puanı ile Hostilite (düşmanca) alt ölçek puanı ve rahatsızlık ciddiyeti puanı arasında anlamlı ilişkiler olduğu ve Özel Kişi Desteği alt ölçek puanı ile hiç bir KSE puanının anlamlı ilişkisinin olmadığı görülmektedir. Ayrıca, KSE puanları ile katılımcının eğitimi ve bakım süresi arasındaki ilişkiler anlamlı bulunmamıştır. Bakım verenin yaşı ile sadece Olumsuz Benlik alt ölçek puanı ve gösterilen psikolojik belirtilerin sayısı arasında anlamlı olumsuz ilişkiler bulunmuştur. Bakım verilenin yaşı ile ise Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon (bedensel şikayetler) alt ölçek puanları ve rahatsızlık ciddiyeti puanları arasında olumsuz anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

**Tablo 3.** Hasta, Yaşlı, Engelli Yakınlarına Bakım Verenlerin Kısa Semptom Envanteri Alt Ölçek Puanları ile Demografik Değişkenler ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkiler

|                             | ANKSI YETE | DEPRES YON | OLUMSUZ BENLİK | SOMATI ZASYON | HOSTI LITE | SEMPTOM SAYISI | RAHAT SIZLIK |
|-----------------------------|------------|------------|----------------|---------------|------------|----------------|--------------|
| SOSYAL DESTEK               | -.19*      | -.24**     | -.22**         | -.22**        | -.23**     | -.19*          | -.24**       |
| AILE DESTEĞİ                | -.28**     | -.34**     | -.29**         | -.35**        | -.26**     | -.28**         | -.34**       |
| ARKADAS DESTEĞİ             | -.14       | -.12       | -.12           | -.17          | -.20*      | -.09           | -.16*        |
| OZEL KİŞİ DESTEĞİ           | -.06       | -.12       | -.11           | -.03          | -.09       | -.10           | -.09         |
| YAS                         | -.13       | -.08       | -.16*          | -.04          | -.11       | -.16*          | -.12         |
| EGITIM                      | -.09       | -.12       | -.06           | -.11          | .01        | .04            | -.09         |
| BAKILANIN YAŞI              | -.21       | -.24*      | -.25*          | -.26*         | -.15       | -.16           | -.24*        |
| BAKIM SURESİ                | -.01       | -.05       | .02            | -.00          | -.04       | .02            | -.02         |
| IHTİYACINI KARŞILAMA DÜZEYİ | .27**      | .20*       | .36**          | .32**         | .37**      | .44**          | .32**        |

\*\* p< .01 \* p<.05

Hasta, yaşlı, engelli yakını olanların Kısa Semptom Envanteri'nin çeşitli boyutlarına ilişkin puanlarına hangi değişkenlerin anlamlı katkısı olduğu da incelenmiştir. Bu amaçla hasta, yaşlı, engelli yakını olan katılımcıların Kısa Semptom Envanteri puanları için, katılımcı özellikleri (cinsiyet, yaş, eğitim, evli olup olmama, yardımcının olup olmaması), bakım verilenlere ilişkin özellikler (katılımcıya yakınlığı, cinsiyet, bakım süresi, ihtiyaçlarının ne kadarını kendisinin gördüğü, bakımın yürütüldüğü yer) ve algılanan sosyal destek puanları (aile, arkadaş, özel kişi) ile çoklu regresyon (stepwise) analizi yapılmıştır. Bu bulgular Tablo 4'te verilmektedir.

Tablo 4'te görüldüğü gibi, bakım veren katılımcıların analize alınan kendi özelliklerinin, bakım alanların özelliklerinin ve algılanan sosyal destek puanlarının bazılarının Kısa Semptom Envanteri alt ölçek puanlarına katkıları anlamlıdır. Alt ölçek puanlarının açıklanma oranları (puan değişimine katkıları) .12-.32 arasında değişmektedir. Analize alınan özellikler, katılımcıların en az kaygı (anksiyete) düzeylerini ve en çok sahip oldukları psikolojik belirtilerin (semptomların) sayısını açıklamaktadır. Algılanan

**Tablo 4.** Hasta, Yaşlı, Engelli Yakını Olanların Kısa Semptom Envanteri Puanlarının, Katılımcı Özellikleri, Bakım Verilenlere İlişkin Özellikler ve Algılanan Sosyal Destek Puanları Tarafından Yordanması: Çoklu Regresyon Analizi (Stepwise) Sonuçları

| Yordayan                   | R   | R <sup>2</sup> | Uya<br>R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup><br>Değ. | F<br>Değ. | p   | beta | t     | p   |
|----------------------------|-----|----------------|-----------------------|------------------------|-----------|-----|------|-------|-----|
| <b>ANKSİYETE</b>           |     |                |                       |                        |           |     |      |       |     |
| Ihtiyacını kendi karşılama | .24 | .06            | .05                   | .06                    | 8.84      | .05 | -.19 | 2.64  | .01 |
| Aile desteği               | .35 | .12            | .11                   | .06                    | 10.61     | .01 | -.26 | -3.26 | .01 |
| <b>DEPRESYON</b>           |     |                |                       |                        |           |     |      |       |     |
| Hastanede bakım            | .19 | .03            | .03                   | .03                    | 5.17      | .05 | -.19 | 2.27  | .05 |
| Aile desteği               | .38 | .14            | .13                   | .11                    | 17.71     | .01 | -.33 | 4.21  | .01 |
| <b>OLUMSUZ BENLİK</b>      |     |                |                       |                        |           |     |      |       |     |
| Medeni durum               | .21 | .05            | .04                   | .05                    | 6.91      | .01 | -.21 | 2,63  | .01 |
| Ihtiyacını kendi karşılama | .39 | .15            | .14                   | .11                    | 17.88     | .01 | .33  | 4.23  | .01 |
| Hastanede bakım            | .43 | .18            | .16                   | .03                    | 4.97      | .05 | -.18 | 2.23  | .05 |
| Aile desteği               | .49 | .24            | .22                   | .05                    | 10.06     | .01 | -.24 | 3,17  | .01 |

| <b>SOMATİZASYON</b>               |            |            |            |            |              |            |             |             |            |
|-----------------------------------|------------|------------|------------|------------|--------------|------------|-------------|-------------|------------|
| <b>İhtiyacını kendi karşılama</b> | .31        | .10        | .09        | .10        | 15.03        | .01        | .31         | 3.89        | <b>.01</b> |
| <b>Aile desteği</b>               | .45        | .20        | .19        | .11        | 19.13        | .01        | -.33        | 4.37        | <b>.01</b> |
| <b>HOSTİLİTE</b>                  |            |            |            |            |              |            |             |             |            |
| <b>Cinsiyet</b>                   | .21        | .04        | .04        | .04        | 6.61         | .05        | .21         | 2.57        | <b>.05</b> |
| <b>İhtiyacını kendi karşılama</b> | .38        | .15        | .13        | .10        | 16.67        | .01        | .32         | 4.08        | <b>.01</b> |
| <b>Bakım süresi</b>               | .42        | .18        | .16        | .03        | 5.48         | .05        | -.19        | 2.34        | <b>.05</b> |
| <b>Arkadaş desteği</b>            | .49        | .24        | .22        | .06        | 11.52        | .01        | -.25        | 3.39        | <b>.01</b> |
| <b>Aile desteği</b>               | .52        | .27        | .24        | .03        | 5.33         | .05        | -.18        | 2.31        | <b>.05</b> |
| <b>SEMPATOM SAYISI</b>            |            |            |            |            |              |            |             |             |            |
| <b>Medeni durum</b>               | .20        | .04        | .03        | .04        | 6.03         | .05        | -.20        | 2.5         | <b>.05</b> |
| <b>İhtiyacını kendi karşılama</b> | .47        | .22        | .21        | .18        | 33.1         | .01        | .43         | 5.76        | <b>.01</b> |
| <b>Hastanede bakım</b>            | .50        | .25        | .23        | .02        | 4.19         | .05        | -.16        | 2.05        | <b>.05</b> |
| <b>Bakım süresi</b>               | .53        | .28        | .26        | .03        | 6.16         | .05        | -.19        | 2.48        | <b>.05</b> |
| <b>Aile desteği</b>               | .57        | .32        | .30        | .05        | 9.33         | .01        | -.22        | 3.05        | <b>.01</b> |
| <b>RAHATSIZLIK CİDDİYETİ</b>      |            |            |            |            |              |            |             |             |            |
| <b>Medeni durum</b>               | .17        | .03        | .02        | .03        | 4.02         | .05        | -.17        | 2.01        | <b>.05</b> |
| <b>İhtiyacını kendi karşılama</b> | .33        | .11        | .10        | .08        | 13.44        | .01        | .29         | 3.67        | <b>.01</b> |
| <b>Aile desteği</b>               | <b>.45</b> | <b>.20</b> | <b>.18</b> | <b>.09</b> | <b>15.21</b> | <b>.01</b> | <b>-.30</b> | <b>3.90</b> | <b>.01</b> |

aile desteği KSE puanlarının hepsini anlamlı ölçüde açıklamaktadır, en düşük oranla (.03) hostilite puanlarını ve en yüksek oranla da (.11) depresyon puanlarını açıklamaktadır. Algılanan aile desteğinin ruh sağlığına olumlu katkısı olduğu görülmektedir. Bakım verilenlerin temel ihtiyaçlarının ne kadarının kendileri tarafından karşılandığının da, depresyon puanları dışında, KSE puanlarının hepsini açıkladığı görülmektedir, en düşük oranla (.06) anksiyeteyi en yüksek

oranla da (.18) semptom sayısını açıklamaktadır. Bakım verilenlerin temel ihtiyaçlarının kendileri tarafından karşılanmasının ruh sağlığına olumsuz katkısı olmaktadır. Katılımcıların medeni durumlarının olumsuz benlik algısı, belirti sayısı ve belirtilerin önemi üzerinde anlamlı katkıya sahip olduğu görülmektedir; evli olmak ruh sağlığına olumlu katkıda bulunmaktadır. Katılımcıların cinsiyetleri sadece düşmanca duyguları açıklayabilmektedir, erkeklerde düşmanlık artmaktadır. Bakımın hastanede yapılmasının da KSE'nin bazı puanları (depresyon, olumsuz benlik, semptom sayısı) üzerinde anlamlı olumlu katkısı bulunmaktadır. Bakım süresi ise düşmanca tutumları ve belirti sayısını açıklayabilmektedir ve bakım süresi artınca düşmanlık ve belirti sayısı azalmaktadır.

### **Tartışma**

Bakım gerekenlerin ve yakınlarının karşılaştıkları sorunlar fazladır, bu sorunlar bireyin ya da ailenin sorunu olmaktan öte bir sosyal sistem sorunu olarak değerlendirilmelidir. Sosyal destek sistemlerinin iyi düzenlenmesi ve iyi işletilmesi gereği vardır. Hasta, yaşlı ve engelli yakınlarının alabilecekleri güçlü bir destek onların yaşam kalitelerini güçlendirmenin yanı sıra hasta, yaşlı ve engellilerin de daha iyi koşullarda bakım alabilmelerini ve yaşam kalitelerini artırabilmelerini sağlayabilir. İnsanın ortalama yaşam süresinin uzaması, yaşlı sayısını ve dolayısı ile yaşlı anababanın ya da eşin bakımını üstlenenlerin sayısını artırmıştır. Sonuç olarak, aile yakınlarının, yaşlı, hasta ve engelli bakımının sorumluluğunu yüklenenler olarak giderek artan bir öneme sahip oldukları görülmektedir ve araştırmalar da buna ilgi göstermektedir. Bu araştırmada da hasta, yaşlı ve engelli bakımını üstlenen aile yakınlarının psikolojik durumları incelenmektedir.

#### **Hasta, yaşlı, engelli yakını olanlarla olmayanların karşılaştırılması**

Araştırmanın hasta, yaşlı, engelli yakını olan katılımcılarının önemli bir bölümünü (% 67) kadınlar oluşturmaktadır. Bu sonuç, bakım verme görevinin kadına ait olduğu yolundaki ifadelere uymaktadır (Stoltz, Uden ve Willman, 2004; Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari ve Sourtzi, 2007). Başka araştırmalarda da bakım veren katılımcıların önemli bölümünü kadınlar oluşturmaktadır (Sink, Covinsky, Barnes, Newcomer ve Yaffe, 2006). Bakıcıların çoğunlukla kadın olması, cinsiyet rollerinin etkisini göstermektedir. Bakım vericilik kadına özgü bir özellik olarak kabul edilmektedir; çocuk bakımı kadar bakıma ihtiyacı olan yaşlı, engelli ve hasta yakınlarına bakmak da geleneksel olarak kadınların görevi olarak görülmektedir.

Bulgular, Kısa Semptom Envanteri'nin ölçtüğü psikolojik belirtiler bakımından hasta, yaşlı, engelli yakını olan ve olmayan katılımcılar arasında farklılık bulunduğunu göstermektedir. Yakınlarına bakarlarda kaygı, depresyon, benlik algısı, bedensel şikâyetler, düşmanca duygular daha fazla görülmektedir. Toplam belirti sayıları ve bu belirtilerin ciddilik düzeyi bakımından da iki grup arasında fark vardır; hasta, yaşlı, engelli yakınları belirgin olarak daha olumsuz ruh sağlığına sahiptirler.

Bu sonuçlar, literatürde belirtilen, hasta, yaşlı, engelli yakınlarının ruh sağlıklarının bozulma ihtimalinin yüksek olduğu bulgularıyla (Babaoğlu ve Öz; 2001; Cifu ve ark., 2006; Demirtepe ve Bozo, 2009; Jones, 2009; Karlıkaya ve ark., 2005; Martinez-Martin ve ark., 2005; Nehra, Chakrabarti, Kulhara ve Sharma, 2005; Oelofsen ve Richardson, 2006; Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari ve Sourtzi, 2007; Peren, Schmid ve Wettstein, 2006; Sarıhan, 2007; Saunders, 2003; Schreiner, Morimoto, Arai ve Zarit, 2006; Stetz ve Brown, 2004; Şahiner ve ark, 2003; Toderö ve Yeaworth, 2006; Ulstein, Wyller ve Engedal, 2007; Waite, Bebington, Skelton-Robinson ve Orrell, 2004; Willette-Murphy, Toderö ve Yeaworth, 2006) paralellik göstermektedir. Hasta, yaşlı ve engelli yakını ile ilgilenenlerin, bu araştırma da göstermiştir ki, ruh sağlıkları risk altındadır.

Kadınlarla erkekler MANOVA ile karşılaştırıldığında, cinsiyet temel etkisinin anlamlı olmadığı görülmektedir. Bu sonuç genel örneklem (bakım verdikleri yakınları olan ve olmayan toplam örneklem) içinde cinsiyet farkı olmadığını belirtmektedir. Literatürde ruh sağlığı ve cinsiyet konusunda çelişkili sonuçlar bulunmaktadır (Dökmen, 2010). Genel olarak değerlendirildiğinde, bu araştırma da ruh sağlığı bakımından kadınlarla erkekler arasında anlamlı fark olmadığı görüşünü destekler bulgular sunmuştur.

Bulgular, bakım veren kadınlarla erkeklerin karşılaştırılması açısından da değerlendirilebilir. Literatürde, kadınların bakım yüklerinin ağır olduğunu (Harwood ve ark., 2000; Ulstein, Wyller ve Engedal, 2007; vanden Heuvel ve ark., 2001) ve psikolojik sağlıklarının daha fazla risk altında olduğunu (Cuijpers, 2005; Pakenham, 2001) belirten araştırmalar vardır. Bu araştırmada ise bu bulgu tam olarak desteklenmemiştir. Bazı araştırmaların (Malak ve Dicle, 2008; Waite, Bebington, Skelton-Robinson ve Orrell, 2004) belirttiği gibi, bu araştırmada da bakım yüküne bağlı ruh sağlığı sorunları bakımından önemli bir cinsiyet farkı olmadığı belirlenmiştir. Bakım veren kadınlarla erkekler arasındaki farkı ortaya koyan tek ortak etki somatizasyon puanları

içindir, başka anlamlı ortak etki bulunmamıştır. Bakım veren kadınların da erkeklerin de ruh sağlıkları olumsuz etkilenmektedir ama bunların nedenleri farklı olabilir. Bakım verme ve cinsiyet ortak etkisi ile ilgili sonuçlar bunu kısmen açıklar görünmektedir.

Kadınlar ve erkekler bakım verme yükünü farklı şekillerde yaşamaktadırlar (Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari ve Sourtzi, 2007). Geleneksel cinsiyet rollerine uygun görevleri yürütmektedirler (Ekwall, Sivberg ve Hallberg, 2004). Cinsiyet rolleri, ruh sağlığı ve bakım yükü ile baş etme arasında bir ara değişken olarak görülmektedir (Baker ve Robertson, 2008). Bakım veren erkekler, rol, sorumluluk ve ilişkilerindeki değişimlere uyum sağlamaya çalışmaktadırlar (Saunders and Power, 2009), zorlanmakta ve aile desteğine daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar (Foster ve Chaboyer, 2003). Kadınlarla ilişkilendirilen bakım verme görevini üstlenen erkekler erkeklik normları nedeniyle rahatsız olmaktadır (Russell, 2007). Yine de erkeklerin bakım yüküne bağlı stres ve depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu da bildirilmektedir (Cuijpers, 2005; Pakenham, 2001).

Cinsiyet ile bakım verme değişkenleri arasında anlamlı ortak etkiler özellikle erkeklerde bu farkın belirgin olduğunu işaret etmektedir. Erkekler bir yakınlarının bakımını üstlendiklerinde bundan olumsuz etkilenmektedirler. Hasta, yaşlı, engelli yakını olan erkekler, hasta, yaşlı, engelli yakını olmayan erkeklerden daha fazla kaygı yaşamaktadırlar, daha fazla düşmanca duygulara ve bedensel şikâyetlere sahiptirler, daha fazla psikolojik belirti göstermektedirler. Bakım verdikleri bir yakını olan ve olmayan kadınlar arasında anlamlı fark sadece bedensel şikâyetlerde gözlenmektedir. Bakım veren kadınlar diğer kadınlardan daha fazla bedensel şikâyetlerde bulunmaktadır ve benzer farklılık bakım veren kadınlarla erkekler arasında da gözlenmektedir. Kadınların ruh sağlıklarındaki bozulmaların özellikle bedensel şikâyetlerle ifade edildiğinden söz edilebilir. Hasta, yaşlı, engelli yakını olan erkeklerin diğer erkeklerden daha fazla psikolojik sorun yaşamaları geleneksel cinsiyet rollerine bağlanabilir. Erkeklerin, geleneksel cinsiyet rollerine uymayan bu görev ve sorumluluğun yüküne karşı daha hassas ve zayıf oldukları anlaşılmaktadır (Russell, 2007; Saunders and Power, 2009). Hasta, yaşlı, engelli bakımı, geleneksel erkeklik normlarına uymamaktadır ama çağdaş yaşamda bu bakımı erkeklerin de sağlaması, en azından uzak durmaması gerekmektedir. Erkekler ise klasik donanımları açısından bu hizmete yatkın olmayabilirler (Ekwall, Sivberg ve Hallberg, 2004; Russell, 2007). Dolayısı ile ihtiyacı olan yakınlarına bakım vermek zorunda olan erkeklerin bu görevden kadınlara kıyasla daha olumsuz etkilenmiş olmaları mümkündür. Bu ihtimalin sınanması, yeni araştırmaları gerektirmektedir.

Araştırmalarda cinsiyet rollerinin de dikkate alınması konuyu daha iyi açıklayabilir; cinsiyetin değil cinsiyet rollerinin önemli olması, belki de cinsiyet ve cinsiyet rolleri ortak etkisinin anlamlı açıklamalar sağlaması olasıdır.

Algılanan sosyal destek bakımından da hasta, yaşlı, engelli yakını olanlarla olmayanlar arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur, yakınlarına bakım verenler daha düşük sosyal destek algılamaktadırlar. Cinsiyet ile bakım verme değişkenlerinin ortak etkileri ise anlamlı değildir. Bu sonuçlar bazı araştırma sonuçları (Joyce ve ark. 2003; Nehra, Chakrabarti, Kulhara ve Sharma, 2005; Saunders, 2003) ile uyumsuzdur. Sosyal destek algısının kadınlarda daha fazla olduğu belirtilmektedir, Saunders (2003) de özellikle babaların sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarını bildirmektedir. Bu çalışmada ise cinsiyet farkı olmaksızın yakınlarına bakım verenlerin sosyal destek ihtiyaçlarının daha fazla olduğundan ve bu nedenle de mevcut sosyal desteklerinden hoşnut olmadıklarından söz etmek mümkündür. Sosyal desteğin, bakım verme yükünün sonuçlarını hafifletmesi bakımından yetersiz kalması da söz konusu olabilir. Smerglia, Miller, Sotnak ve Geiss'in (2007) bildirdikleri gibi, bakım verenlerin aldıkları sosyal desteğin bu yöndeki ihtiyaçlarını karşılamaması da mümkündür. Yakınlarına bakım verenlerin destek ihtiyaçlarının aile, arkadaş ve eş, sevgili, doktor gibi bireyler tarafından karşılanmasının ötesinde sistemli ve doğrudan ihtiyaca yönelik olarak kurumsal düzeyde karşılanması gereği bulunmaktadır.

Yakınına bakım veren ve vermeyen katılımcı gruplarının karşılaştırılması, görece küçük (her grup için n = 59) sayılabilecek örneklerle yapılmıştır. Daha geniş örneklerle araştırma tekrarlanabilir. Karşılaştırmalar, farklı hasta, yaşlı, engelli gruplarına bakım verenler arasında da yapılabilir. Bakım verilen hasta, engelli ve yaşlı gruplarının her birinin kendi özel durumlarına bağlı olarak farklı sonuçlar bulunabilir ve farklı öneriler üzerinde durulabilir. Örneğin, engelli çocukların annelerinin ruh sağlıklarının babalarinkine kıyasla daha olumsuz olduğu ama sosyal destek algıları bakımından fark bulunmadığı bildirilmektedir (Dökmen ve Tokgöz, 2010). Bu tür araştırmaların bakım verenlerin önce kendilerinin güçlü olmaları gereğini ve bunun sağlanması için neler yapılabileceğini ortaya koyması açısından önemleri vardır.

Hasta, yaşlı, engelli yakınlarının ruh sağlıkları ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişkiler

Hasta, yaşlı, engelli yakını olan katılımcıların demografik ve kişisel özellikleriyle algılanan sosyal destek puanlarının Kısa Semptom Envanteri ile korelasyonları anlamlı bulunmuştur.

Algılanan Sosyal Destek toplam puanı ve Aile Desteği Alt Ölçek puanı ile Kısa Semptom Ölçeği'nin bütün puanları arasındaki korelasyonlar anlamlıdır. Özellikle ailenin destek olduğu algısının bakım verenlerin ruh sağlığının her boyutu ile ilişkili olduğu bulunmuştur, ailenin desteğini yüksek olarak algılama ile olumsuz ruh sağlığı belirtilerinin azalması birlikte gözlenmektedir. Algılanan Arkadaş Desteği alt ölçek puanı ile Hostilite (düşmanlık) alt ölçek puanı ve rahatsızlık ciddiyeti puanı arasında anlamlı ilişkiler olduğu ve Özel Kişi Desteği alt ölçek puanı ile hiç bir KSE puanının anlamlı ilişkisinin olmadığı görülmektedir. Arkadaşların algılanan sosyal destekleri ile bakım verenlerin öfkelerinin düşüklüğü ve psikopatolojik belirtilerin ciddi düzeyde olmaması birlikte ortaya çıkmaktadır. Sosyal desteğin ruh sağlığı ile olumlu ilişkisini vurgulayan araştırma sonuçlarını (Grant, Weaver, Elliott, Bartolucci ve Giger, 2004; Dökmen ve Azizoğlu, 2010; Dökmen ve Tokgöz, 2010; Ergh, Hanks, Rapport, ve Coleman, 2003; Gölalmış-Erhan, 2005; Harwood ve ark., 2000; Kaner, 2004; McKeown, Porter-Armstrong ve Baxter, 2003; Pakenham, 2001; Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari ve Sourtzi, 2007; Shaffer, Dooley ve Williamson, 2007; Waite, Bebington, Skelton-Robinson ve Orrell, 2004; Wells, Dywan ve Dumas, 2005) bu araştırmanın da desteklediği görülmektedir. Sevgili, doktor gibi bireylerden gelen sosyal destek (özel kişi desteği) ile ruh sağlığı arasında ilişki bulunmaması ise özellikle sağlık personelinin alınan desteğin önemine rağmen (Karancı, 1997; Okyayuz, 1999) bu kişilerden beklenen desteğin görülememesi anlamına gelebilir. Bu sonucun daha ayrıntılı irdelenmesine ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetleri sisteminin geliştirilmesinde bu nokta önemsenmelidir.

KSE puanları ile katılımcının eğitimi ve bakım süresi arasındaki ilişkiler de anlamlı bulunmamıştır. Literatürde ise bu konuda çelişkili sonuçlarla karşılaşmaktadır (Caqueo-Urizar ve Gutierrez-Maldonado, 2006; Crespo, Lopez ve Zarit, 2005; Ergh, Hanks, Rapport, ve Coleman, 2003; Gölalmış-Erhan, 2005; Grant, Weaver, Elliott, Bartolucci ve Giger, 2004; Kitrungrrote ve Cohen, 2006; Malak ve Dicle, 2008; Roick, Heider, Toumi ve Angermeyer, 2006; Vanden Heuvel ve ark. 2001; Waite, Bebington, Skelton-Robinson ve Orrell, 2004).

Bakım verenin yaşı ile sadece Olumsuz Benlik alt ölçek puanı ve gösterilen psikolojik belirtilerin sayısı arasında anlamlı olumsuz ilişkiler bulunmuştur. Daha yaşlı olma bakım verenlerin benliklerini koruyor ve psikopatolojik belirti sayısının düşmesini sağlıyor gibi görünmektedir. Bu bulgu, gençlerin risk grubu olduklarını belirten araştırma sonuçlarına uymaktadır (vanden Heuvel ve ark., 2001). Bakım verilen aile üyesinin yaşının genç olması ise ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir; genç bir yakına bakmak depresyonu ve bedensel şikâyetleri

artırmakta, benliği olumsuz etkilemekte, psikopatolojik belirtilerin daha ciddi düzeyde yaşanmasına yol açmaktadır. Bakım verilen yakının yaşı ile ruh sağlığı arasında bulunan anlamlı olumsuz ilişki, literatürdekilerle paralellik göstermektedir (Caqueo-Urizar ve Gutierrez-Maldonado, 2006; Ergh, Hanks, Rapport, ve Coleman, 2003; Ivarson, Sidenvall ve Carlsson, 2004).

### **Hasta, yaşlı, engelli yakınlarının ruh sağlıklarına katkıda bulunan değişkenler**

Regresyon analizi sonuçlarına göre, bakım veren katılımcıların analize alınan kendi özelliklerinin, bakım alanların özelliklerinin ve algılanan sosyal destek puanlarının bazılarının Kısa Semptom Envanteri alt ölçek puanlarına katkıları anlamlıdır. Alt ölçek puanlarının açıklanma oranları (puan değişimine katkıları) 0.12-0.32 arasında değişmektedir. Analize alınan özellikler, katılımcıların en az kaygı (anksiyete) düzeylerini ve en çok sahip oldukları psikolojik belirtilerin (semptomların) sayısını açıklamaktadır.

Katılımcıların kendi özelliklerinden sadece medeni durumlarının ve cinsiyetlerinin katkısı anlamlıdır. Yakınlarına bakım veren katılımcıların medeni durumlarının olumsuz benlik algısı, belirti sayısı ve belirtilerin önemi üzerinde anlamlı katkıya sahip olduğu görülmektedir; evli olmak ruh sağlığına olumlu katkıda bulunmaktadır. Katılımcıların evli olmalarının da genelde psikopatolojik belirti sayısını ve önemini, özelde de olumsuz benlik algısını düşürdüğü (olumlu benlik algısını artırdığı) anlaşılmaktadır. Evliler, daha fazla sosyal destek algılamaktadırlar (Eker ve Arkar, 1995; Ünsal, 1998), özellikle kadının sosyal ve ekonomik güvencesini evlilik olarak gören bir anlayış bulunmaktadır (Koptagel-İlal, 1992) ve erkeklerin de evlilik kurumundan yaşamın sürdürülebilirliği konusunda büyük destek gördüklerinden söz edilebilir. Katılımcıların cinsiyetleri sadece düşmanca duyguları açıklayabilmektedir, erkeklerde düşmanca olma ihtimali fazladır. Saldırganlığın, cinsiyet farkının sıklıkla dile getirildiği davranış alanlarından biri olduğu ve erkeklerde daha fazla gözlendiği bilgisi (Dökmen, 2010) ile bu bulgu uyumlu görünmektedir. Bakım yükü, genel eğilime paralel olarak, erkeklerde düşmancalığı artırmaktadır.

Bakım veren katılımcıların ruh sağlığı üzerinde anlamlı katkısı olan değişkenler arasında bakım verilen yakınların özellikleri de bulunmaktadır. Bakım verilenlerin kendi ihtiyaçlarını görüyor (dolayısıyla daha bağımsız) olmalarının katılımcıların ruh sağlıklarına anlamlı olumsuz katkısı olduğu anlaşılmaktadır. Katılımcıların ruh sağlıklarının depresyon dışında her boyutu, bakım verdikleri yakınlarının ihtiyaçlarını kendileri görmeleri ölçüsünde olumsuz etkilenmektedir. Bu ilginç bir sonuçtur. Adeta katılımcılar, bakım verdikleri yakınlarının kendilerine bağımlı

olmaları halinde daha olumlu ruh sağlığına sahip oluyorlarmış gibi görünmektedir. Bakım verilen yakınları temel ihtiyaçlarından daha fazlasını kendileri gördüklerinde, katılımcılar, daha kaygılı, daha olumsuz benlik algılı, daha fazla bedensel şikâyetli, daha fazla düşmanca olmaktadır ve daha çok ve önemli düzeyde psikopatolojik belirti göstermektedirler. Bu ilginç sonuç, katılımcıların bakımını üstlendikleri yakınları kendi ihtiyaçlarını kendileri görebildikleri için değil o ölçüde hareketli ve kontrolü güç oldukları için daha fazla bunaldıkları ve ruh sağlıklarının bozulduğu anlamına gelebilir. Nitekim literatürdeki bazı araştırmalar (Croog, Burleson, Sudilovsky ve Baume, 2006; Kalaycıoğlu, 2003; Papastavrou, Kalokerinou, Papacostas, Tsangari ve Sourtzi, 2007; Wells, Dywan ve Dumas, 2005), bakım verilen kişilerin duygusal, davranışsal değişkenlikleri, saldırganlıkları, vb. durumlarının bakım yükünü artırdığına işaret etmektedir. Bu bulgu, yeni araştırmalara konu olarak daha ayrıntılı incelenebilir.

Bakımın hastanede yapılmasının da KSE'nin bazı puanları (depresyon, olumsuz benlik, semptom sayısı) üzerinde anlamlı olumlu katkısı bulunmaktadır. Hasta, yaşlı, engelli yakına katılımcının kendi evinde ya da hastanın evinde bakmanın psikopatolojik belirtiler üzerinde artırıcı bir etkisi (küçük ama anlamlı bir katkısı) olduğundan söz edilebilir. Diğer bir deyişle, hastanın, yaşlının ya da engellinin hastanede bakılıyor olması yakınların psikolojik durumlarına iyi gelmektedir. Literatürde (Clearly, Freeman, Hunt ve Walter, 2006) de, hastane ortamının hastaların ihtiyaçlarının daha iyi karşıladığını düşünenler için olumlu etkisinden söz edilmektedir. Türkiye koşullarında da hastane ortamında bakım vermenin yükü hafiflettiği anlaşılmaktadır. Bu araştırmada ele alınan sosyal destek algısının bir bölümü, kullanılan ölçeğin yapısı gereği, özel insan olarak nitelenen sevgili, öğretmen, doktor gibi bireylerden gelen destekle ilgilidir. Özel insan desteğine ilişkin algının düşük olduğu, ruh sağlığına katkısı olmadığı bulunmuştur. Öte yandan hastane ortamında bulunmanın ruh sağlığını olumlu etkilediği de anlaşılmaktadır. Bu iki bulgunun birbiriyle çelişmesinden söz edilebilir. Bu konunun ileriki araştırmalarda daha ayrıntılı ele alınması önerilir.

Bakım süresi ise düşmanca tutumları ve belirti sayısını açıklayabilmektedir ve bakım süresi artınca düşmanlık ve belirti sayısı azalmaktadır. Literatürdeki bu yöndeki bulgular (Roick, Heider, Toumi ve Angermeyer, 2006) bu araştırmada da bulunmuştur. Bakım süresinin artması bakım verenlerin bakım bilgilerini ve deneyimlerini artırıyor ve duyarlıklarını azaltıyor olabilir. Bu bulgunun da yeni araştırmalarda ele alınması daha açıklayıcı sonuçlar sağlayabilir.

Bakıcıların ve bakılanların bu özelliklerinin yanı sıra aile desteği algısı ruh sağlığına anlamlı ve olumlu katkıda bulunmaktadır. Aile desteğinin önemli olduğu anlaşılmaktadır. Aile desteği hasta, engelli ve yaşlı yakını olmanın getirdiği kaygı, depresyon, olumsuz benlik, bedensel şikâyetler, düşmanlık duygularına karşı koruyucu etki yapmaktadır ve psikopatolojik belirtilerin sayısı ve önemi üzerinde de olumlu etkide bulunmaktadır. Aile desteğinin yanı sıra, katılımcılar arkadaş desteğinden de olumlu etkilenmektedirler. Ancak arkadaş desteği algılamanın sadece düşmanlık duygularını azalttığı görülmektedir. Sosyal destek algısının önemi diğer araştırmalar tarafından da vurgulanmıştır (Barrera, Andrews ve Atenafu, 2007; Grant, Weaver, Elliott, Bartolucci ve Giger, 2004; Siegel, Turner, ve Haselkorn, 2008; Waite, Bebington, Skelton-Robinson ve Orrell, 2004; Wells, Dywan ve Dumas, 2005). Aile desteği ve arkadaş desteği önemli bulunurken özel insan (doktor vb.) desteği önemli bulunmamıştır. Oysa, ailelerin sağlık personelinin yakın ilgisine ve desteğine ihtiyaçları olduğundan söz edilmektedir (Karancı, 1997; Okyayuz, 1999). Yukarıda da değinildiği gibi sağlık personelinin desteğinin yetersiz bulunmasının yanı sıra bakım verenlerin bu desteği fazla aramamalarından da söz edilebilir.

Bu araştırmada regresyon analizine sokulan ve KSE puanlarına katkıları incelenen değişkenlerden bazılarının puan değişimlerine anlamlı katkılarının olmadığı bulunmuştur. Literatür, genel olarak eğitimin önemine değinmektedir (Caqueo-Urizar ve Gutierrez-Maldonado, 2006; Gölalmiş-Erhan, 2005; Kitrungröte ve Cohen, 2006) ama bu araştırmada eğitimin önemli olmadığı görülmektedir. Katılımcıların ruh sağlıkları üzerinde bakım verdikleri bireylerin yakınlık derecelerinin (eş, çocuk, ana baba ya da başkaları) anlamlı katkıları olmadığı bulunmuştur. Bu sonuçlar da ilgili literatür sonuçlarıyla (Caqueo-Urizar ve Gutierrez-Maldonado, 2006; Roick, Heider, Toumi ve Angermeyer, 2006) uyuşmamaktadır. Katılımcıların ruh sağlığının bakım verdikleri kişinin cinsiyetinden etkilenmediği bulunmuştur. Literatürde, özellikle engelli erkek çocuğu hakkında bulgulardan söz edilmekte (Shin ve ark, 2006), erkeğe verilen değer nedeniyle engelli çocuğun kız olması, özellikle anneleri olumsuz etkilemektedir. Ayrıca, Ivarson, Sidenvall ve Carlsson (2004), hastaları kadın olan bakım verenlerin daha fazla sosyal zorlanma hissettiklerini bulmuşlardır.

Regresyon analizine yordayıcı olarak alınan ve literatürde önemleri belirlenen başka değişkenlerin de anlamlı katkıları olmadığı görülmektedir. Bakım verenin yaşı, bakım alanın yaşı, hastalık ve bakım süreleri değişkenlerinin ruh sağlığı üzerinde anlamlı açıklayıcı güçleri bulunmamıştır. Daha önce açıklandığı gibi bu değişkenlerin ruh sağlığının bazı yönleri ile anlamlı

ilişkileri olduğu görülmektedir. Ayrıca bakım verenin yardımcısının olup olmaması da anlamlı bulunmamıştır. Literatürde ilişkili oldukları görülen bu değişkenlerin bu araştırmanın katılımcıları için anlamlı bulunmaması örneklem özeline bağlanabilir. Katılımcıların ve bakım verdikleri yakınlarının özellikleri (örneğin, bakım alanların hasta, yaşlı ve engelli olması) bakımından daha kontrollü ve daha geniş örneklerle yeni araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Görüldüğü gibi, hasta, yaşlı, engelli yakının bakımı, genel olarak ruh sağlığı ile ilişkili yönleri olan bir durumdur. Ruh sağlığı ile hasta, yaşlı, engelli yakının özellikleri, bakım verenin özellikleri ve sosyal destek anlamlı ilişkiler göstermektedir. Seve-isteğe üstlenilen ve adeta adanmışlıkla başlanan bu görev ve sorumluluk, gerekli destek alınamazsa bir süre sonra aile üyelerinin ruh sağlıklarının bozulması, tükenmişlik, sosyal izolasyon vb. riskleri beraberinde getirmektedir. Bu nedenlerle de sosyal destek ve koruyucu ruh sağlığı önemli hale gelmektedir. Yakınlarına bakım verenlerin yüklerinin azaltılması, ruh sağlıklarının korunması için hem kamusal hem de sosyal destek olanaklarının artırılmasının yararı açıktır. Örneğin, yaşlı hastalarına bakım verenlerin algıladıkları bakım verme yükü ile kamu yardım servislerinden yararlanma (yıkınma, hemşire desteği, ev işlerine yardım gibi) arasında ilişki olduğu belirlenmiştir (Kumamoto, Arai ve Zarit, 2006). Servislerden yardım alanların yükü azalmaktadır. Başka araştırmalarda, Türkiye için bu tür destek mekanizmalarının araştırılması ve ruh sağlığını koruyucu etkisi yönündeki muhtemel ilişkilerin belirlenmesi önemli görünmektedir.

## **KAYNAKÇA**

- Akkök, F. (1997). Farklı özelliği olan çocuk anne babalarının yaşadıkları. N. Karancı (Ed.) Farklılıkla Yaşamak. Aile ve toplumun farklı gereksinimleri olan bireylerle birlikteliği. Ankara: Türk Psikologlar Derneği yayını.
- Akıncı, G. (2007). Engelli çocuğu olan ve olmayan babaların aile işlevlerini algılamaları ile sosyal uyum düzeylerinin incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. AÜ Fen Bilimleri Enstitüsü, Ev Ekonomisi ABD. (Ankara Üniversitesi, Açık Arşiv, [www.ankara.edu.tr/acikarsiv](http://www.ankara.edu.tr/acikarsiv))
- Ankri, J., Andrieu, S., Beaufils, B., Grand. A. ve Henrard, J. C. (2005). Beyond the global score of the Zarit Burden Interview: Useful dimensions for clinicians. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 254–260. ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)).

- Babaoğlu, E. ve Öz, F. (2001). Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2, 24-33.
- Baker, K. L. ve Robertson, N. (2008). Coping with caring for someone with dementia: Reviewing the literature about men. *Aging & Mental Health*, 12 (4), 413–422.  
(DOI: 10.1080/13607860802224250. <http://www.informaworld.com>)
- Baran, G. A., Kalıncara, V., Aral, N. Akın, G., Baran, G. Ve Özkan, Y. (2005). Yaşlı ve aile ilişkileri araştırması. Ankara örneği. TC Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü yayını. ISBN: 975-19-821-X.  
([http://www.aile.gov.tr/konu/263/lang/TR/Bilim\\_Serisi.htm](http://www.aile.gov.tr/konu/263/lang/TR/Bilim_Serisi.htm))
- Bertera, E. M. (2005). Mental health in U. S. adults: The role of positive social support and social negativity in personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 22 (1), 33-48. (www.sagepublications.com, DOI: 10.1177/0265407505049320)
- Bilgili, N. ve Kubilay, G. (2003). Yaşlı bireye bakım veren ailelerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi. *Sağlık ve Toplum*, 13 (1), 35-43.
- Brehaut, J. C., Kohen, D. E., Garner, R. E., Miller, A. R., Lach, L. M., Klassen, A. F. Ve Rosenbaum, p. L. (2009). Health Among Caregivers of Children With Health Problems: Findings From a Canadian Population-Based Study. *American Journal of Public Health*. 9 (99), 1254-1262. (doi:10.2105/AJPH.2007,129817)
- Caqueo-Urizar, A. ve Gutierrez-Maldonado, J. (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15, 719–724.  
(DOI 10.1007/s11136-005-4629-2.)
- Chadda, R. K., Singh, T. B. ve Ganguly, K. K. (2007). Caregiver burden and coping A prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42, 923–930. (DOI 10.1007/s00127-007-0242-8)
- Chumbler, N., de Rittman, M., Van Puymbroeck, M., Vogel, W. B. ve Qnin, H. (2004). The sense of coherence, burden, and depressive symptoms in informal caregivers during the first month after stroke. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 944– 953.  
(www.interscience.wiley.com).
- Cifu, D. X., Carne, W., Brown, R., Pegg, P., Ong, J., Qutubuddin, A. ve Baron, M. S. (2006). Caregiver distress in parkinsonism, *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 43 (4), 499-508. (DOI: 10.1682/JRRD.2005.08.0136)

- Cleary, M., Freeman, A., Hunt, G. E. ve Walter, G. (2006). Patient and carer perceptions of need and associations with care-giving burden in an integrated adult mental health service. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiology*, 41, 208–214. (DOI 10.1007/s00127-005-0017-z)
- Cohen, H. Ve Lee, Y. (2006). Dementia Caregivers: Rewards in Multicultural Perspectives *Contemporary Issues of Care*. (<http://jhbse.haworthpress.com>, doi:10.1300/J137v14n01\_15)
- Crespo, M., Lopez, J. ve Zarit, S. H. (2005). Depression and anxiety in primary caregivers: a comparative study of caregivers of demented and nondemented older persons. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 591–592. ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com) DOI: 10.1002/gps.1321)
- Croog, S. H., Burleson, J. A., Sudilovsky, A. ve Baume, R. M. (2006). Spouse caregivers of Alzheimer patients: problem responses to caregiver burden. *Aging & Mental Health*, 10 (2), 87–100. (DOI: 10.1080/13607860500492498)
- Cuijpers, P. (2005). Depressive disorders in caregivers of dementia patients: A systematic review. *Aging and Mental Health*, 9 (4), 325-330. (<http://www.informaworld.com>, DOI: 10.1080/13607860500090078)
- Dekel, R., Solomon, Z, ve Bleich, B, (2005). Emotional distress and marital adjustment of caregivers: Contribution of level of impairment and appraised burden. *Anxiety, Stress, and Coping*, 18(1), 71-82. (DOI: 10.1080/10615800412336427)
- Demirtepe, D. ve Bozo, Ö. (2009). Bakıcı İyilik Ölçeği'nin uyarlama, güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikoloji Yazıları*, 12 (23), 28-37.
- Dökmen, Z.Y. (2010). *Toplumsal cinsiyet: Sosyal psikolojik açıklamalar*. İstanbul: Remzi Kitapevi.
- Dökmen, Z. Y. ve Azizoğlu, S. (2010). Kadının birincil görevlerinden sayılan yaşlı bakımı: Sosyal destek ve ruh sağlığı ilişkisi. (Poster bildiri). İçinde, Füsün Çoban Düşkaya (Baş ed.) 21. Yüzyılın Eşiğinde Kadınlar: Değişim ve Güçlenme, 5. cilt (Uluslararası Multidisipliner Kadın Kongresi, 13-16 Ekim 2009, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir). s. 534-542.
- Dökmen, Z. Y. ve Tokgöz, Ö. (2010). Kadının birincil görevi sayılan çocuk bakımının özel hali: Engelli çocuğu olan annelerde ve babalarda sosyal destek ve ruh sağlığı ilişkisi. İçinde, Füsün Çoban Düşkaya (Baş ed.) 21.Yüzyılın Eşiğinde Kadınlar: Değişim ve Güçlenme, 4.cilt (Uluslararası Multidisipliner Kadın Kongresi, 13-16 Ekim 2009, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir). s. 863-870.

- Eker, D. ve Arkar, H. (1995). Çok boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 34, 45-55.
- Eker, D., Arkar, H. Ve Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12 (1): 17-25
- Ekwall, A., Sivberg, B. ve Hallberg, I. R. (2004). Dimensions of informal care and quality of life among elderly family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 239-248. ([http// www.ebscohost.com](http://www.ebscohost.com))
- Erdem, M. ve İnci, F. H. (2003). Birlikte yaşama güçlüğüne belirleme (BYG) ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirliği. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 3 (2), 126-136.
- Ergh, T. C., Hanks, R. A., Rapport, L. J. ve Coleman, R. D. (2003). Social support moderates caregiver life satisfaction following traumatic brain injury. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25 (8), 1090-1101. (DOI: 1380-3395/2508)
- Esdale, S. A. ve Greenwood, K. M. (2003). A comparison of mothers' and fathers' experience of parenting stress and attributions for parent-child interaction outcomes. *Occupaitonal Therapy International*, 10 (2), 115-126. ([http// www.ebscohost.com](http://www.ebscohost.com))
- Estes, A., Munson, J., Dawson, G., Koehler, E., Zhou, X. Ve Abbott, R. (2009). Parenting stress and psychological functioning among mothers of preschool children with autism and developmental delay. *Autism*, 13, 375. (<http://www.sagepub.co.uk/journalspermissions.nav> DOI: 10.1177/1362361309105658)
- Etters, L., Goodall, D. ve Harrison, B. E. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: A review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20423–428. (doi:10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x)
- Foster, M. ve Chaboyer, W. (2003). Family carers of ICU survivors: A survey of the burden they experience. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 17, 205–214. ([http// www.ebscohost.com](http://www.ebscohost.com))
- Gilliam, C. M. ve Steffen, A. M. (2006). The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in dementia family caregivers. *Aging & Mental Health*, 10(2): 79–86. (<http://www.informaworld.com>)
- Göralmış-Erhan, G. (2005). Zihinsel engelli çocuğu olan annelerin umutsuzluk, kararsızlık, sosyal destek algılarının ve gelecek planlarının incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ankara: A. Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü.

- Grant, J. S., Weaver, M., Elliott, T. R., Bartolucci, A. A. ve Giger, J. N. (2004). Family caregivers of stroke survivors: Characteristics of caregivers at risk for depression. *Rehabilitation Psychology*, 42(2), 172-179.( <http://www.tandf.co.uk/journals>  
DOI: 10.1080/02699050410001671766)
- Güner, İ. C. (2008). Meme kanseri ve eşlerin desteği. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 46-49.
- Haley, W. E., Roth, D. L., Coleton, M. I., Ford, G. R., West, C. A. C., Collins, R. P. ve Isobe, T. L. (1996). Appraisal, Coping, and Social Support as Mediators of Well-Being in Black and White Family Caregivers of Patients With Alzheimer's Disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1), 121-129. (Doi: 0022-006X/96/S3.00)
- Harwood, D. G., Barker, W. W., Ownby, R. L., Bravo, M., Agüero, H. Ve Duara, R. (2000). Predictors of positive and negative appraisal among CUBAN American caregivers of alzheimer's disease patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 481-487. ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)).
- Houde, S. C. (2002). Methodological issues in male caregiver research: an integrative review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 40 (6), 626-640. (<http://www.ebscohost.com>)
- Ivarson, AB., Sidenvall, B. ve Carlsson, M. (2004). The factor structure of the Burden Assessment Scale and the perceived burden of caregivers for individuals with severe mental disorders. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 396-401. (<http://www.ebscohost.com>)
- Jones, B. L. (2006). Caregivers of Children with Cancer. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 14 (1/2), 221-239. (<http://jhbse.haworthpress.com>, doi:10.1300/J137v14n01\_11)
- Joyce, J., Leese, M., Kuipers, E., Szmukler, G., Haris, T. ve Staples, E. (2003). Evaluating a model of caregiving for people with psychosis. *Social Psychiatr Epidemiol*, 38, 189-195. (DOI 10.1007/s00127-003-0618-3)
- Kalaycıoğlu, S. (Proje Sorumlusu)(2003). Yaşlılar ve yaşlı yakınları açısından yaşam biçimi tercihleri. *Türkiye Bilimler Akademisi Raporları*, Sayı: 5, Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi.
- Kaner, S. (2004). Engelli çocukları olan anababaların algıladıkları stres, sosyal destek ve yaşam doyumlarının incelenmesi. AÜ Bilimsel Araştırma Projesi Kesin raporu. Ankara Üniversitesi, Açık arşiv ([www.ankara.edu.tr/acikarsiv](http://www.ankara.edu.tr/acikarsiv)).

- Karancı, N. (1997). Farklılıkla yaşamak: Şizofren hasta ailelerinin sağlık personelinin beklentileri. İçinde, N. Karancı (Ed.) Farklılıkla Yaşamak. Aile ve toplumun farklı gereksinimleri olan bireylerle birlikteliği. Ankara: Türk Psikologlar Derneği yayını.
- Karlıkaya, G., Yüksek, G., Varlıbaş, F. ve Tireli, H. (2005) Caregiver Burden In Dementia: A Study In The Turkish Population. (Özet) Internet Journal of Neurology, 4 (2), 4. (<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=19655975&site=ehost-live>)
- Kızılcı, S. (1999). Kemoterapi alan kanserli hastalar ve yakınlarının yaşam kalitelerini etkileyen faktörler. Ç. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 3 (2), 18-26.
- Kim, Y., Carver, C. S., Deci, E. L. ve Kasser, T. (2008). Adult Attachment and Psychological Well-Being in Cancer Caregivers: The Mediational Role of Spouses' Motives for Caregiving. Health Psychology, 27 (2, Ek), 144-154. (DOI: 10.1037/0278-6133.27.2(Suppl.).S144)
- Kitrungrote, L. ve Cohen, M. Z. (2006). Quality of Life of Family Caregivers of Patients With Cancer: A Literature Review. Oncology Nursing Forum, 33 (3), 625-632. (DOI: 10.1188/06.ONF.625-632)
- Koptagel-İlal, G. (1992). Toplumsal değişim içinde Türk kadınının psikososyal kimliği. N. Arat (Ed.). Türkiye'de kadın olgusu (s. 97-113). İstanbul: Say.
- Kumamoto, K., Arai, Y. ve Zarit, S. H. (2006). Use of home care services effectively reduces feelings of burden among family caregivers of disabled elderly in Japan: preliminary results. International Journal of Geriatric Psychiatry, 21, 163-170. ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com), DOI: 10.1002/gps.1445 ).
- Malak, A. T. ve Dicle, A. (2008). Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. Türk Nöroşirurji Dergisi, 18 (2), 118-121.
- Martinez-Martin, P., Benito-Leon, J., Alonso, F., Catalan, M. J., Pondal, M., Zamarbide, I., Tobias, A. ve de Pedro, J. (2005). Quality of life of caregivers in Parkinson's disease. Quality of Life Research, 14, 463-472. (<http://www.ebscohost.com>)
- Mausbach, B. T., Patterson, T. L., Rabinowitz, Y. G., Grant, I. ve Schule, R. (2007). Depression and distress predict time to cardiovascular disease in dementia caregivers. Health Psychology, 26 (5), 539-544. ( DOI: 10.1037/0278-6133.26.5.539)

- McKeown, L. P., Porter-Armstrong, A. P. ve Baxter, G. D. (2003). The needs and experiences of caregivers of individuals with multiple sclerosis: A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 17, 234-248. (Doi:10.1191/0269215503cr618oa.)
- Mertler, C. R. ve Vannatta, R. A. (2002). *Advanced and multivariate statistical methods*, 2. ed., Los Angeles: Pyrczak Publishing.
- Mitrani, V. B. ve Czaja, S. J. (2000). Family-based therapy for dementia caregivers: Clinical observations. *Aging & Mental Health*, 4 (3). 200-209. (<http://www.informaworld.com>)
- Nehra, R., Chakrabarti, S., Kulhara, P. ve Sharma, R. (2005). Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia. A re-examination. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 329–336. (DOI 10.1007/s00127-005-0884-3)
- Oelofsen, N. Ve Richardson, P. (2006). Sense of coherence and parenting stress in mothers and fathers of preschool children with developmental disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 31(1), 1–12. (DOI: 10.1080/13668250500349367)
- Okamoto, K., Hasebe, Y. ve Harasawa, Y. (2007). Caregiver psychological characteristics predict discontinuation of care for disabled elderly at home. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 1110–1114. ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com)) DOI: 10.1002/gps. 1796.
- Okyayuz, Ü. H. (1999). *Kanser hastası ile iletişim*. Ü. H. Okyayuz (Ed.). *Sağlık Psikolojisi Giriş*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği yayını.
- Pakenham, K. I. (2001). Application of a stress and coping model to caregiving in multiple sclerosis. *Psychology, Health & Medicine*, 6 (1), 13-27. (DOI: 10.1080/13548500020021883)
- Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H. ve Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of Advanced Nursing*, 58 (5), 446–457. (doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04250.x)
- Pelchat, D., Lefebvre, H. ve Perreault, M. (2003). Differences and similarities between mothers' and fathers' experiences of parenting a child with a disability. *Journal of Child Health Care*, 7 (4), 231–247. (Doi: 1367-4935(200312)7:4037080)
- Peren, S., Schmid, R. ve Wettstein, A. (2006). Caregivers' adaptation to change: The impact of increasing impairment of persons suffering from dementia on their caregivers' subjective well-being. *Aging & Mental Health*, 10 (5): 539–548. (<http://www.informaworld.com>)
- Roick C, Heider D, Toumi M, Angermeyer MC. (2006). The impact of caregivers characteristics, patients conditions and regional differences on family burden in schizophrenia: a

- longitudinal analysis. Objective: Impact of caregiver characteristics, patient variables, and regional differences on family burden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 363–374. (DOI: 10.1111/j.1600-0447.2006.00797.x)
- Russell, R. (2007). Men Doing “Women’s Work:” Elderly Men Caregivers and the Gendered Construction of Care Work. *The Journal of Men’s Studies*, 15 (1), 1–18. (DOI: 10.3149/jms.1501.1)
- Sarıhan, C. Ö. (2007). Engelli çocuğu olan ve olmayan annelerin aile işlevlerini algılamaları ile yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. AÜ Fen Bilimleri Enstitüsü, Ev Ekonomisi ABD. (Ankara Üniversitesi, Açık Arşiv, [www.ankara.edu.tr/acikarsiv](http://www.ankara.edu.tr/acikarsiv))
- Saunders, J. C. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 175-198. (DOI: 10.1080/01612840390160711)
- Saunders, S. and Power, J. (2009). Roles, Responsibilities, and Relationships among Older Husbands Caring for Wives with Progressive Dementia and Other Chronic Conditions. *Health & Social Work*, 34 (1), 41-51. ([http:// www.ebscohost.com](http://www.ebscohost.com))
- Savaşır, I. ve Şahin, N. H. (Eds.) (1997). Bilişsel-davranışçı terapilerde değerlendirme: Sık kullanılan ölçekler. Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- Schreiner, A. S., Morimoto, T., Arai, Y. ve Zarit, S. (2006). Assessing family caregiver’s mental health using a statistically derived cut-off score for the Zarit Burden Interview. *Aging & Mental Health*, 10 (2), 107–111. (<http://www.informaworld.com>)
- Shaffer, D. R., Dooley, W. K. ve Williamson, G. M. (2007). Endorsement of Proactively Aggressive Caregiving Strategies Moderates the Relation Between Caregiver Mental Health and Potentially Harmful Caregiving Behavior. *Psychology and Aging*, 22 (3), 494-504. (DOI: 10.1037/0882-7974.22.3.494)
- Shin, J., Nhan, N. V., Crittenden, K. S., Hong, H. T. D., Flory, M. ve Ladinsky, J. (2006). Parenting stress of mothers and fathers of young children with cognitive delays in Vietnam. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50 (10), 748-760. (Doi: 10.1111/j.1365-2788.2006.00840.x)
- Sink, K. M., Covinsky, K. E., Barnes, D. E., Newcomer, R. J. ve Yaffe, K. (2006). Caregiver Characteristics Are Associated with Neuropsychiatric Symptoms of Dementia. *Journal of American Geriatric Society*, 54(5), 796–803. (DOI: 10.1111/j.1532-5415.2006.00697.x)

- Smerglia, V. L., Miller, N. B., Sotnak, D. L. Ve Geiss, C. A. (2007). Social support and adjustment to caring for elder family members: A multi-study analysis. *Aging & Mental Health*, 11(2), 205–217. (<http://www.informaworld.com>)
- Stetz, K. M. ve Brown, MA. (2004). Physical and Psychosocial Health in Family Caregiving: A Comparison of AIDS and Cancer Caregivers. *Public Health Nursing*, 21 (6), 533–540. (Doi: 0737-1209/04)
- Stoltz, P., Uden, G. ve Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 111-119. (<http://www.ebscohost.com>)
- Strang, V. R. (2001). Family caregiver respite and leisure: A feminist perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15, 74-81. (<http://www.ebscohost.com>)
- Sucuoğlu, B. (1997). Özürlü çocukların aileleriyle yapılan araştırmalar. N. Karancı (Ed.) *Farklılıkla Yaşamak. Aile ve toplumun farklı gereksinimleri olan bireylerle birlikteliği*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği yayını.
- Şahin, H. Ş. ve Durak, A. (1994). Kısa Samptom Envanteri (Brief SymptomInventory-BSI): Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9 (31), 44-56.
- Şahiner, T., Kuzu, N., Beşer, N., Zincir, M., Ergin, A. ve Erdoğan, Ç. (2003). Alzheimer hastaları ve yakınlarının yaşam kalitesi, depresyon ve anksiyetelerinin değerlendirilmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 3 (1). 13-21.
- T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü ve T. C. Başbakanlık Özürlüler İdaresi. (2002). *Türkiye Özürlüler Araştırması*. ([www.ozida.gov.tr](http://www.ozida.gov.tr))
- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) (2008). Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi 2008 nüfus sayımı sonuçları. ([www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr))
- TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) (2009). Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi 2008 nüfus sayımı sonuçları. TÜİK, Haber Bülteni, (14), 26 Ocak 2009. ([www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr))
- Ulstein, I., Wyller, T. B. Ve Engedal, K. (2007). High score on the Relative Stress Scale, a marker of possible psychiatric disorder in family carers of patients with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 195–202. ([www.interscience.wiley.com](http://www.interscience.wiley.com) DOI: 10.1002/gps.2032)
- Ünsal, P. (1998). Bir iş ortamında algılanan sosyal desteğin işlevlerine, kaynaklarına, cinsiyet ve mesleğe göre incelenişi. G. Okman Fişek (Ed.) 9. Ulusal Psikoloji Kongresi: Bilimsel

- çalışmalar. 19-20 Eylül 1996 Boğaziçi Üniversitesi İstanbul, (s: 315-325), Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- vanden Heuvel, E.T.P., deWitte, L. P., Schure, L. M., Sanderman, R. Ve Meyboom-deJong, B. (2001). Risk factors for burn-out in caregivers of stroke patient, and possibilities for intervention. *Clinical Rehabilitation*, 15, 669-677. (Doi: 0269–2155(01)CR446OA)
- Waite, A., Bebington, P., Skelton-Robinson, M. ve Orrell, M. (2004). Social factors and depression in carers of people with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, 582-587. (www.interscience.wiley.com, DOI: 10.1002/gps.1136).
- Wells, R., Dywan, J. ve Dumas, J. (2005). Life satisfaction and distress in family caregivers as related to specific behavioural changes after traumatic brain injury. *Brain Injury*, 19 (13), 1105–1115. (DOI: 10.1080/02699050500150062)
- Willette-Murphy, K., Toderò, C. ve Yeaworth, R. (2006). Mental health and sleep of older wife caregiver for spouse with alzheimer’s disease and related disorders. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 837–852. (DOI: 10.1080/01612840600840711)
- Young, B., Dixon-Woods, M., Findlay, M. ve Heney, D. (2002). Parenting in a crisis: conceptualising mothers of children with cancer. *Social Science & Medicine*, 55, 1835–1847. ( www.elsevier.com/locate/socsmied)

#### YAZAR HAKKINDA

**Prof. Dr. Zehra Dökmen**, Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Psikoloji Bölümü Sosyal Psikoloji Anabilim Dalı’na görev yapmaktadır.

Erişim: dokmen@humanity.ankara.edu.tr.

## **SUMMARY**

### **THE RELATIONS BETWEEN MENTAL HEALTH AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT OF FAMILY CAREGIVERS**

It is known from literature that family caregivers have psychological problems and social support is important for them.

**Objective:** The aims of this research are to evaluate the relations between mental health and social supports of family caregivers, and to compare family caregivers' mental health and social support with noncaregivers'.

**Method:** The total sample was consisted of 213 participants who were family caregivers (n=154) and noncaregivers (n=59). The 66.7 percent of the sample was females. The data were gathered using the demographic questionnaire and the Brief Symptom Inventory and the Multiple Perceived Social Support Scale.

**Results:** The data analysis was conducted by employing multiple regression analysis and MANOVA. It was found there were significant relations between mental health and perceived social support for the family caregivers, and there were some differences between caregivers' mental health and the noncaregivers'. Especially, male caregivers had more psychopathological symptoms than male noncaregivers. There was no difference between female family caregivers and the female noncaregivers with respect to psychopathological symptoms, except in somatization. As a result of the multiple regression analyses, it was found that the perceived family social support and the level of caretaker's activity for daily living had significant contributions on almost points of Brief Symptoms Inventory subscales; and status of marriage, sex, hospitalisation and caregiving period were important for some points of BSI.

**Conclusion:** The results are indicating that the mental health of caregivers is under risk, and the social support of the family and the friends is important for them. There is some similarity between western literatures. For example, most caregivers are women, there is more risk on caregivers' mental health, social support is important for caregivers' mental health.