



ALZHEİMER HASTALARINA VE SAĞLIKLI YAŞLILARA BAKIMVEREN KADIN YAKINLARDA BAKIM VERME TARZI, PROBLEM ÇÖZME STRATEJİLERİ, ÖFKE TARZLARI VE SAĞLIK DURUMUNUN İNCELENMESİ

Yeşim KORKUT²
Özlem SERTEL BERK¹

Öz

Giriş: Bu çalışmanın temel amacı Alzheimer hastasına (AH) bakım veren katılımcılarla, kontrol grubunda yer alan katılımcıların bakım verme tarzlarını ve aldıkları desteğin türünü incelemek; bu iki grubu öfke seviyeleri, problem çözme yaklaşımları ve sağlık problemleri açısından karşılaştırmaktır. Ayrıca depresyon üzerinde grup, yaş, sağlık durumu, öfke tarzı ve problem çözme biçiminin etkisi araştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 22 AH ve 20 kontrol grubundaki yaşlıya bakımveren 42 kadın katılmıştır. Kendilerine bir demografik bilgi formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Durumluk-Sürekli Öfke Ölçeği (SÖÖTÖ) ve Problem Çözme Envanteri (PÇE) verilmiştir.

Bulgular: Çalışmanın sonuçları her iki gruptaki bakım verenlerin bakım verme tarzı açısından benzer olduklarını ortaya koymuştur. AH ve kontrol grubundaki bakım verenler arasında PÇE ve BDE puanları arasında bir fark olmamakla birlikte, beyan edilen hastalık açısından PÇE'nin sabırsız ve düşünceli yaklaşım alt testlerinde fark bulunmuştur. Tüm grup üzerinden yapılan regresyon analizinde yaş ve bastırılmış öfkenin BDE puanlarındaki varyansı anlamlı biçimde açıkladığı görülmüştür.

Sonuç: Sonuçlara birlikte bakıldığında nisbeten düşük risk altında kabul edilebilecek kadın bakımverenlerde, AH'na bakım vermekten bağımsız olarak, yaş ve bastırılmış öfkenin depresyon seviyesini yordayan önemli değişkenler olduğu anlaşılmaktadır. Sağlık durumu PÇE üzerinde belirleyicidir.

Anahtar sözcükler: Alzheimer hastası, Bakımveren kadınlar, Bakım verme tarzı, Problem çözme, depresyon, Sağlık durumu.



CAREGIVING STYLE, PROBLEM SOLVING STRATEGIES, ANGER STYLE AND HEALTH STATUS IN WOMEN CAREGIVERS OF ALZHEIMER PATIENTS AND HEALTHY ELDERLY

ABSTRACT

Introduction: The principle aim of this study is to investigate the caregiving style of the participants and the kind of support they receive; to compare anger levels, problem solving approaches and health problems of Alzheimer Disease (AD) patient female caregivers with a control group. This study further examines the effect of group, age, health status, anger style and problem solving style on depression.

Materials and Method: 42 female caregivers (22 AD and 20 control) participated in the study. They were given a demographic questionnaire, Beck Depression Inventory-BDI, State-Trait Anger Scale-STAS and Problem Solving Inventory-PSI.

Results: Results indicated that both AD and control group caregivers were similar in terms of caregiving style. Though AD and control group caregivers did not differ in terms PSI and BDI, there were significant differences between those who reported illness and those who did not in terms of impatient and thoughtful approach sub-tests of PSI. The regression analysis showed that age and repressed anger significantly explained the variation in BDI.

Conclusion: Altogether results showed that in a relatively low at risk women caregivers group, regardless of being AD caregiver or not, age and repressed anger are important factors on depression levels. Health status of caregiver seems to be a determining factor on PSI.

Key words: Alzheimer disease patient, Female caregivers, Caregiving style, Problem solving, Depression, Health status.

İletişim (Correspondance)

Özlem SERTEL BERK
İstanbul Üniversitesi, Psikoloji İSTANBUL
Tlf: 0212 455 57 00
e-posta: osberk@istanbul.edu.tr

Geliş Tarihi: 11/03/2008
(Received)

Kabul Tarihi: 15/08/2008
(Accepted)

¹ İstanbul Üniversitesi, Psikoloji İSTANBUL

² Bahçeşehir Üniversitesi, Psikoloji Bölümü İSTANBUL



GİRİŞ

Halen nüfusunun %25'inin 60 yaş üstünde olduğu bildirilen Avrupa'da 2050'li yıllardan itibaren bu oranın %35'e yükselmesi beklenmektedir (1). Yaşlıların oranının giderek artmakta olduğu Türkiye'de ise (2) 2025'te nüfusun %10'unun 65 yaş ve üzeri olacağı bildirilmektedir (3).

Aslında genel olarak yaşlılık sürecini anlamak ve belli ön kestirimlerde bulunabilmek için üç temel noktanın iyi anlaşılması ve hesaba katılması gerekmektedir. Bunlar yaşlanma esnasındaki biyolojik, psikolojik ve sosyal iyi oluşturu (4, 5). Sağlıklı yaşlanma ile bağlantısı olduğu düşünülen faktörlerin başında eğitim, evli olmanın getirdiği destek, kadın olmak gelmektedir (5, 6). İnsanlarla yakın ilişkiler içinde olmak kişiyi stresten korumakta (7); aile ve sosyal destek sistemleri çeşitli sağlık problemleri olan yaşlıların ölüm olasılığını düşürmektedir (8).

Alzheimer gibi kronik bir hastalığı olan yaşlı bir yakının varlığı aile üyeleri ve aile için özellikle zorlayıcı olabilir. (AH) ile yaşayan pek çok aile stres (9), tükenmişlik, depresyon (10), öfke, kontrol kaybı, korku, suçluluk duygusu ve yalıtılmışlık duygusu (11) gibi çeşitli problemlerle yüzleşmek zorunda kalmaktadırlar.

Alzheimer hastalarına (AH) verilen bakım, hiçbir getirisi olmaksızın çok zorlayıcı bir süreç olarak algılanmakta olup (11); aileye çoğunlukla gündelik, duygusal, ekonomik ve sosyal yükler getirmektedir (12, 13).

Dilimize tükenmişlik olarak çevrilen "burden" kavramı AH'na bakım verenlerle ilgili literatürün temel konularındandır. Bu kavram, uzun zaman dinlenmeksizin baskı ve çeşitli yükümlülüklerle maruz kalmanın yarattığı duyguları ifade etmektedir (10). Bakımverenin tükenmişliği ile ilişkili olan belli faktörler vardır. Bunlar kötüleşen fiziksel sağlık algısı, evde yaşayan kişi sayısı, duygusal desteğin varlığı (14), ekonomik durum, gelir düzeyinden memnuniyet (15, 16) olarak sayılabilir.

Kadınların yaşlı bakımında temel sorumluluğu üstlendikleri göze çarpmaktadır (17, 18). Bu sebeple bazı çalışmalarda kadınların daha fazla risk altında oldukları iddia edilmektedir (11). Diğer taraftan yaşlanmayı başarıyla karşılamak konusunda kadınların erkeklerden daha donanımlı olduğunu ileri süren çalışmalar da vardır (5).

Demanslı ve özellikle Alzheimer tip demanslı hasta yakınlarındaki tükenmişlik üzerine yapılan deneysel çalışmalara bakıldığında bekar, boşanmış, ya da dul kadınlar, düşük gelir düzeyindeki azınlık grupları (11), ailenin en büyük çocukları, ya da eşler gibi (11, 16, 7) belli grupların daha fazla risk altında olduğu görülmektedir.

İtalya'da yürütülen bir tarama çalışmasında (19), bakım verenlerin öncelikle kadın oldukları ve bu kişilerin temel şikayetlerinin kötüleşen ekonomik standartlar, boş zamanlarda azalma ve yalıtılmışlık olduğu bulunmuştur.

Yaşlanma sürecinde sağlık belirleyici bir faktör olarak gözükmekle birlikte (4) demansı olan bir hastaya bakım verme ve tükenmişlik, bakım verenin yalnızca yaşam kalitesi üzerinde değil, fiziksel ve psikolojik sağlığı açısından da (20, 21) depresyon ve artan ölüm oranları (22, 16) gibi önemli bir etkiye sahiptir.

AH'da dahil olmak üzere, demans hastalarına bakım verenlerde yüksek oranda fiziksel ve psikolojik sağlık problemleri bulunmaktadır. Baumgarten ve ark. (23) çalışmasında da klinik ve kontrol grupları arasında sağlık servislerinden faydalanma düzeyi açısından farklılıklar bulunması bakım verenlerin bakım verme sürecinde üstlenmeleri gereken aşırı rolle ilgili olarak kendi sağlıklarını ihmal ettiklerini düşündürmektedir.

Yunanistan'da yapılan bir çalışma (6) ise çocukların yaşlıların sosyal destek ağlarına katkı sağladıklarını ve onlara yardımcı olmanın neredeyse kendi sağlıklarının önüne geçecek boyuta ulaştığını göstermektedir.

Depresyon (7) ve öfke de (13) tükenmişlikle yakın ilişkili olmaları bakımından sıklıkla ele alınmaktadır. AH'na bakım verenlerde bildirilen sağlık problemleri içinde depresyona oldukça sık rastlanmaktadır (8).

48 demans hastası ve yakınları ile Japonya'da yürütülen bir çalışmada Tanji ve ark. (7), bakım verme ile ilgili ağır bir tükenmişliğin depresif belirtilere yol açtığı sonucuna varmışlardır. 201 bakım veren ve hasta çifti ile yapılmış olan bir çalışmada bakım verendeki depresyonun hastadaki depresyonla bağlantılı olduğu bulunmuştur (9). Depresyonda olma riski aynı zamanda bakım verenin yaşı, cinsiyeti, fiziksel becerileri, kişilik ve sosyal destek düzeyi (9), kendileri için önemli kişiler tarafından daha seyrek ziyaret edilme, kötüleşmiş sağlık, bakımverenin ilerlemiş yaşı ve hastalardaki davranışsal bozulma (14) ile ilişkili çıkmıştır.

AH'nın aile üyeleri tarafından üstlenilmesi gereken yükümlülükler sıklıkla öfkeye de (13) neden olabilmektedir. AH'na bakım veren 20 kadımla çalışan ve öfke ve nedenlerini araştıran Tabak, Ehrenfeld ve Alpert (24), bakım verme sürecinde öfkenin temel bir sorun olduğunu saptamışlardır.

Bir başka açıdan bakıldığında bakım verme süreci bir dizi kararı gerektirmektedir (11). Yaşlanma ile ilgili yakın zamanlı çalışmalar baş etme ve kontrol üzerinde yoğunlaşmaktadırlar (4). Demanslı bireylere bakım verenlerle yürütülen çalışmalarda problem çözme stratejileri ve baş etme teknikle-



ri gibi kavramlar birbirlerinin yerine kullanılmaktadırlar. Günlük sorunlar karşısında kişinin etkin veya uyum sağlama-ya yönelik çözümler bulmasına yardımcı olan tutum, beceri ve yetenekler olarak tanımlanan problem çözme, depresyonu tetikleyen olumsuz yaşam olaylarının etkisini düzenleyen bir bilişsel süreç olarak gözükmektedir (25).

Bakım verme sürecinde stres altında gösterilen etkisiz başa çıkmanın duygu odaklı baş etme stratejileri, arzu gerçekleştiren düşünce (wishful thinking) ve şüphecilik (26) ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Tükenmişlik ise baş etme stratejilerinden kaçınma ve inkar ile bağlantılıdır (27).

Türkiye'deki AH'nın psikososyal özelliklerine yönelik çalışmalar sıklıkla ölçek geliştirme (28), hastaların bilişsel nitelikleri (29, 32) ya da yapılan müdahaleler (33, 34) üzerinde odaklanan çalışmalardır. Ülkemizde, AH'na bakım verenlerle yürütülen çalışmalar ise oldukça kısıtlıdır. Bu çalışmalardan birinde Altın (2) AH'larına bakım veren 50 kişiyle 40 yaşlı depresif hastanın bakım veren yakınlarını tükenmişlik ve kaygı açısından karşılaştırmıştır. Sonuçlar Alzheimer grubuna bakım verenlerin tükenmişlik düzeylerinin ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (STAI) puanlarının karşılaştırma grubuna göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Hastalığın evresi ile kaygı ve tükenmişlik düzeyleri arasında da olumlu yönde anlamlı korelasyon bulunmuştur. AH ve onlara bakım verenlerle yürüttükleri çalışmalarında Zencir ve ark. (35), birinci derecede bakım üstlenenlerin çocuklar ya da eşler olduğunu göstermişlerdir. Bu çalışmada amaçlandığı gibi bakım verenlerde tükenmişlik, öfke, depresyon düzeyleri, problem çözme stratejileri ya da sağlık durumlarını bir arada ele alan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Bu çalışmanın önde gelen amaçları depresyon kontrol edildiğinde AH ve kontrol gruplarındaki yaşlılara bakım veren kadınların bakım verme tarzları ve aldıkları sosyal destek türü ile ilgili bilgi edinmek; yine her iki grupta bakım veren kadınların sürekli öfke-öfke tarzları ölçeği ile ölçülen öfke düzeyleri ve problem çözme envanteri ile ölçülen problem çözme stratejileri açısından karşılaştırmak; her iki grupta da depresyon düzeyleri üzerinde grup, yaş, sağlık durumu, öfke tarzı ve problem çözme stratejilerinin yordayıcı etkisini araştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Katılımcılar

AH'larına bakımverenlere Türk Alzheimer Derneği'ne bir Psikoeğitimsel çalışma vasıtası ile ulaşılmıştır. Başlangıçta yaklaşık 100 kişiden veri toplanması planlanmakla birlikte,

ulaşılacak kişilerin bir kısmı çalışmaya katılmayı kabul etmemişlerdir. Veri toplama aşamasında bakımveren olmadıkları anlaşılan kişiler, testleri eksik dolduranlar ve erkekler çalışmaya dahil edilmemişlerdir. Erkeklerin dahil edilmeme sebebi literatürde kadınların daha çok risk altında olduklarına dair giriş bölümünde belirtilen bulgudur.

Uygun örnekleme (convenience sampling) yöntemi ile ulaşılan örneklem toplam 42 bakımveren kadından; 22 AH'na bakımveren, 20 herhangi bir demans tanısı almamış yaşlı yakınıyla beraber yaşayan; oluşmuştur. Kontrol grubunu oluşturanlarda bakımverdikleri kişilerde bilişsel bozulma öyküsünün olmaması ölçütü önemli olsa da, kontrol grubundaki bakım verilen kişilerin bilişsel bozulma öyküsü olup olmadığına yöntemsel olarak bakım alanlarla doğrudan çalışılmadığı için genel bir bilişsel tarama ölçek ve/veya ölçekleri ya da nöropsikolojik testler kullanılarak bakılamamıştır (örn. MMSE, bellek testleri gibi). Sadece bakım verenlerin bozulmanın günlük hayattaki yansımalarını algılamaları açısından sözel bildirimleri esas alınmış ve bu algının bakım verendeki tükenmişliği ne ölçüde etkilediğine bakılmıştır. Kontrol ve AH grubundaki bakımverenler yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmişlerdir.

Veri Toplama Araçları

Bu çalışmaya katılan bakımveren kadınlara araştırmacılar tarafından oluşturulan bir demografik bilgi formu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), Sürekli Öfke-Öfke Tarzları Ölçeği (SÖÖTÖ) ve Problem Çözme Envanteri (PÇE) verilmiştir.

Demografik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu formda şu değişkenler hakkında bilgi toplanmıştır:

Alzheimer hastalığının bakımverenler tarafından evre bildirimi, hastalığın başlangıç tarihi, bakım alan kişinin kimlikle yaşadığı, bakım verenlerde bildirilen kronik hastalık öyküsü, çalışma durumu, bakımverenin bakım verme tarzı ve düzenli destek alma durumu, bakımverenlerde hastalık öyküsünün varlığı geçmişte kronik bir hastalık tanısı alıp almadıkları sorularak değerlendirilmiştir. Bu değişkenlerden evreleme işlemi aslında Clinical Dementia Rating Scale (CDRS) gibi yarı yapılandırılmış görüşme formatındaki ölçüm araçlarıyla yapılabilmekte ve mutlaka bir nörolog gözetiminde karar verilmektedir. Ancak bu çalışmada sadece bakımverenlerle çalışıldığı için onların evre bildirimi esas alınmak zorunda kalmıştır.

Bakım verme tarzını ölçmek için bakımverenlerin bu süreçte yardım almadan bakım verme durumları, veya evde bakım hizmeti alıp almadıkları sorgulanmıştır.



Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Depresyon düzeyini değerlendirmek üzere yaygın olarak kullanılan 21 soruluk bir ölçektir. Her bir madde 0 ile 3 arasında puanlanmakta olup alınabilecek en yüksek puan 63'dür. Araştırmada kullanılan form Türkçe'ye Nesrin Hisli tarafından uyarlanmıştır (36).

Bu formun iki yarım güvenilirliği 0,86'dır. Test-tekrar test güvenilirliği ise 0,74 olarak bulunmuştur. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği ile yapılan ölçüt bağımlı geçerliliği ise 0,75'dir. Ölçekten alınan 17 puan ve üstü klinik depresyona işaret etmektedir.

Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği (SÖÖTÖ)

Orijinal formu Spielberger (36) tarafından 44 madde olarak geliştirilmiş ve Türkçe çeviri çalışması Özer (36) tarafından gerçekleştirilmiş olan ölçek 4'lü Likert tipi sorulardan oluşmaktadır.

Türkçe formda 34 madde bulunmaktadır. İlk 10 madde Sürekli Öfke ile ilgili olup, geri kalan 24 madde ise öfke tarzını ölçen 3 faktörü içermektedir; kontrol öfke (KÖ), öfke-içte (Öİ) ve öfke-dışta (ÖD). Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı sürekli öfke için 0.79, öfke-kontrol için 0.84, öfke-dışta için 0.78 ve öfke-içte için de 0.62'dir.

Problem Çözme Envanteri (PÇE)

Heppner ve Petersen tarafından geliştirilmiş olan ölçek (36) 6'lü Likert tipi 35 maddeden oluşmaktadır. Kişilerin kendi kendilerinin doldurdukları bu form 3 ana yapıyı ölçmek için kullanılmaktadır. Bunlar: Problem Çözme Yeteneğine Güven, Yaklaşma-Kaçınma, ve Kişisel Kontrolüdür. Puanlar arttıkça, algılanan problem çözme becerisi düşmektedir.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Şahin, Şahin ve Heppner tarafından yapılmıştır (36). Ölçeğin iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı 0,88, iki-yarım ölçek güvenilirliği 0,81 olarak hesaplanmıştır. Faktör analizi çalışması 6 faktörün varlığını ortaya koymuştur. Bunlar, aceleci (A), düşünen (D), kaçınan (K), değerlendirici (DE), kendine güvenli (KG) ve planlı (P) yaklaşım'dır. Alt testlerden yüksek puanlar problem çözme stratejilerinin (aceleci, düşünen, kaçınan, değerlendirici, kendine güvenli, planlı yaklaşım) kullanımında zorluklara işaret etmektedir. Puanlar arttıkça bakımverenin daha fazla aceleci ve kaçınan, daha az düşünceli, değerlendirici, kendine güvenli ve planlı yaklaşımları kullanarak sorunlara yaklaşımları varsayılmaktadır.

Veri Analizi

Sağlık durumu açısından karşılaştırma ve regresyon analizi grup değişkeninden bağımsız olarak ham verinin tümü üze-

rinden yapılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda parametrik olmayan Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ölçekler arası ilişkiler ise Pearson Momentler Çarpımı Değişmezlik korelasyon katsayısı ile hesaplanmıştır. Tüm analizler SPSS 11.5 versiyonunda yapılmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan her iki grubun tanımlayıcı özellikleri Tablo 1 ve Tablo 2'de sunulmuştur. AH'nın yaş ortalaması 76.5 (ss=6.79, alt-üst değer =58-90) iken hasta gruba bakımverenlerde yaş ortalaması 53.44'tür (ss=7.54, alt-üst değer=41-68). Kontrol grubundaki bakım alanların yaş ortalaması 76.00 (ss =7.21, alt-üst değer=60-94), bakımverenlerinki ise 49.19'tür (ss=6.89, alt-üst değer=36-59) Söz konusu yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Tablo 1).

Alzheimer grubundaki bakımverenlerin eğitim seviyesi %38.1 üniversite mezunu, %28.6 lise ve geri kalanlarda okul ve altı olarak belirlenmiştir. Kontrol grubundaki eğitim dağılımının da nispeten benzer olduğu söylenebilir. AH'na bakımverenlerin %67'si, kontrol grubundakilerin ise %50'si evlidir. Çalışma statüsü açısından, AH'na bakımverenlerin yalnızca %11'i çalışmaktadır. Kontrol grubunda ise bu oran %42'ye yükselmektedir (Tablo 2).

AH'na bakımveren katılımcılardan, Beck Depresyon Envanterinden (BDE) kesme puanı olan 17'nin altında puan alan, yani klinik açıdan depresyonda sayılmayacak olanların oranı %81.8 iken (n=18), BDE puanları 17'nin üstünde olanların yani klinik depresyon düzeyi yüksek olanların oranı %18.2'dir (n=4). Kontrol grubunun, BDE puan kategorilerindeki sıklık dağılımları benzer görünmektedir. Bu açıdan

Tablo 1— AH ve kontrol grubundaki bakımveren ve alanların yaş ortalaması ve standart sapmaları

		AH Grubu	Kontrol Grubu	İstatistik Değer
Bakım veren	Ortalama	53.44	49.19	
	ss	7.54	6.89	t=1.71
	alt-üst değer	41-68	36-59	
	n	18	16	
Bakım alan	Ortalama	76.50	76.00	
	ss	6.79	7.21	t=0.223
	alt-üst değer	58-90	60-94	
	n	20	19	



Tablo 2— AH ve kontrol grubundaki bakımverenlerin eğitim, medeni durum, çalışma durumu ve BDE puan kategorilerindeki sıklık dağılımları

		AH Grubu		Kontrol Grubu	
		n	%	n	%
Öğrenim Durumu	Yok	-	-	1	5
	İlkokul	2	9.5	3	15.0
	Ortaokul	5	23.8	4	20.0
	Lise	6	28.6	6	30.0
	Üniversite	8	38.1	6	30.0
Medeni Durum	Evli	14	66.7	10	50.0
	Bekar	4	19.0	7	35.0
	Eşi ölmüş-eyşinden ayrılmış	3	14.3	3	15.0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	2	10.5	8	42.1
	Emekli	10	52.6	2	10.5
	Ev Hanımı	6	31.6	9	47.4
	Bakım verme sebebiyle çalışmıyor	1	5.3	0	0.0
BDE Puan Kategorileri	16 ve altı (klinik depresyon yok)	18	81.8	15	75.0
	17 ve üstü (klinik depresyon)	4	18.2		25.0

iki grubun depresyon düzeylerinin kontrol edildiği varsayılabilir ($X^2(1) = 0.289$, $p > 0.05$, $df = 1$) (Tablo 2).

Özetlemek gerekirse, çalışmadaki bakımverenler toplumun genel standartlarına göre daha yüksek öğrenim düzeyine sahip olup Alzheimer grubundakilerin çoğunluğu evlidir.

Bakım Verme Tarzı ve Alınan Destek Türü ile İlgili Bulgular

Her iki grup paylaşılan destek açısından birbirine benzer görünmektedir. AH grubundaki bakımverenlerin %60'ı ve kontrol grubundaki bakımverenlerin de %61'i bakım sürecinde düzenli olarak destek almaktadırlar ($X^2(1) = 0.005$, $p > 0.05$). AH grubundaki bakımverenlerin %44'ü bu desteği yakın aile üyelerinden alırken, kontrol grubunda bu oran %55'dir. Çalışmada yer alan birincil bakımverenler bakım alanların çocukları, gelin ya da damatları ya da torunlarıdır. Bakım alana yakınlık derecesi açısından karşılaştırıldığında, her iki grupta da bakımverenleri çoğunlukla çocukların oluşturduğu dikkati çekmektedir; AH grubunda bakımverenlerin %89'u çocuklardan, %11'i de gelin ya da damatlardan oluşmakta iken, bu oran kontrol grubunda sırasıyla %70 ve %30 olarak gözlenmektedir (Tablo 3).

Gruplar bakımverme tarzının 3 kategorisi açısından değerlendirildiğinde, AH grubundaki bakımverenlerin

%10'unun evde bakım hizmeti aldığı, kontrol grubunda ise evde bakım hizmeti alan hiçbir katılımcının olmadığı gözle çarpılmaktadır. AH grubundaki katılımcıların %45'i uzman olmayan bakıcı desteği alırken, kontrol grubunda bu oran %11'dir. AH grubundaki bakımverenlerin geri kalanının bu süreçte hiçbir destek almadığı görülmektedir (%44). Öte yandan kontrol grubunda en sık bakım verme tarzının hiçbir destek alınmaksızın tek başına bakım verme olduğu gözlenmektedir (89 %) (Tablo 3).

Karşılaştırmalı Bulgular

AH grubu ve kontrol grubundaki bakımverenler öncelikle Sürekli Öfke-Öfke Tarzı Ölçeği'nin (SÖÖTÖ) Sürekli Öfke (SÖ), Kontrol-Öfke (KÖ), Öfke-Dışta (ÖD) ve Öfke-İçte (Öİ) alt testleri ile Problem Çözme Envanteri'nin (PÇE) aceleci (A), düşünen (D), kaçınan (K), değerlendirici (DE), kendine güvenli (KG) ve planlı (P) yaklaşım alt testlerinden aldıkları puanlar açısından parametrik testlerin varsayımlarının karşılandığı durumlarda Student's t-testi, karşılanmadığı durumlarda da Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Sonuçlar çalışma grubu ve kontrol grubu arasında anlamlı farklar olmadığını göstermektedir. İki grubun bu ölçeklerin alt testlerinden aldıkları puan ortalama ve standart sapmaları Tablo 4'te görülebilir.



Tablo 3— AH ve kontrol grubundaki bakımverenlerin destek alımı bakımlarla yakınlık derecesi ve bakım verme tarzı kategorilerindeki sıklık dağılımları

		AH Grubu		Kontrol Grubu	
		n	%	n	%
Destek Alımı	Evet	12	60.0	11	61.1
	Hayır	8	40.0	7	38.9
Yakınlık Derecesi	Çocuk	16	88.9	14	70.0
	Damat/Gelin	2	11.1	6	30.0
Bakım Verme Tarzı	Tek Başına Bakım Verme	9	45.0	16	88.9
	Profesyonel Olmayan Bakıcı	9	45.0	2	11.1
	Evde Bakım Hizmeti	2	10.0	0	0.0

Ayrıca, yalnızca AH grubunda yer alan bakımverenlerin SÖÖTÖ ve PÇE alt testlerinden aldıkları puanların bakımlarla AH'nın bakımverenin bildirimine göre içinde buldukları hastalık evresinin farklılaşıp farklılaşmadığı da incelenmiştir. Mann-Whitney U testi sonuçları alt test puanlarının evreye göre değişmediğini ortaya koymuştur (Tablo 5).

Hem AH hem de kontrol grubundaki tüm bakımverenlerin, *grup değişkeninden bağımsız olarak*, SÖÖTÖ ve PÇE alt test puanları bakımverenlerin beyan ettikleri hastalık durumu açısından da karşılaştırılmıştır. Hastalık beyanı olanlar ile olmayanlar arasında PÇE'nin A ve D yaklaşım alt test puanları bakımından anlamlı farklar bulunmuştur (Tablo 6). Her iki alt

Tablo 4— AH ve kontrol grubundaki bakımverenlerin SÖÖTÖ ve PÇE alt test puanlarına dair ortalama ve standart sapma değerleri

	Bakım Verenler	n	Ortalama	Standart Sapma	İstatistik Değer	p
SÖÖTÖ-SÖ	AH Grubu	22	21.00	3.62	t=0.650	0.948
	Kontrol	20	21.00	6.10		
SÖÖTÖ-Öİ	AH Grubu	22	17.68	3.68	t=0.103	0.919
	Kontrol	20	17.55	4.60		
SÖÖTÖ-ÖD	AH Grubu	22	14.09	2.41	U=190,00	0.446
	Kontrol	20	15.40	5.92		
SÖÖTÖ-KÖ	AH Grubu	22	22.23	4.40	t=0.082	0.935
	Kontrol	20	22.10	5.59		
PÇE-A	AH Grubu	19	29.00	7.82	t=0.056	0.955
	Kontrol	20	28.85	8.79		
PÇE-D	AH Grubu	20	9.95	3.60	t=-0.915	0.366
	Kontrol	20	11.15	4.63		
PÇE-K	AH Grubu	20	9.10	4.20	t=-1.241	0.222
	Kontrol	20	10.70	3.95		
PÇE-DE	AH Grubu	20	6.10	1.97	U=200.00	1.000
	Kontrol	20	6.45	3.15		
PÇE-KG	AH Grubu	19	13,21	4.12	t=-0.356	0.724
	Kontrol	19	13.79	5.76		
PÇE-P	AH Grubu	19	7.42	3.22	t=-0.961	0.343
	Kontrol	20	8.35	2.82		



Tablo 5— AH grubundaki bakımverenlerin bakımalan AH'nın içinde buldukları hastalık evre bildirimlerine göre SÖÖTÖ ve PÇE alt test puan istatistikleri

	Alzheimer Hastalık Evresi	n	Ortalama	Standart Sapma	U Değerleri	p
SÖÖTÖ-SÖ	1. ve 2. evre	11	20.09	3.27	19.00	0.332
	3. evre	5	22.20	4.32		
SÖÖTÖ-Öİ	1. ve 2. evre	11	17.82	4.45	26.00	0.864
	3. evre	5	17.20	2.78		
SÖÖTÖ-ÖD	1. ve 2. evre	11	13.82	2.23	25.50	0.817
	3. evre	5	14.00	2.55		
SÖÖTÖ-KÖ	1. ve 2. evre	11	21.18	3.06	21.00	0.460
	3. evre	5	24.20	7.19		
PÇE-A	1. ve 2. evre	11	25.64	7.43	11.00	0.061
	3. evre	5	34.20	6.98		
PÇE-D	1. ve 2. evre	11	9.09	2.62	15.00	0.154
	3. evre	6	12.60	5.03		
PÇE-K	1. ve 2. evre	11	8.00	3.10	17.00	0.231
	3. evre	5	10.80	4.97		
PÇE-DE	1. ve 2. evre	11	6.27	1.68	27.00	0.954
	3. evre	5	6.40	2.88		
PÇE-KG	1. ve 2. evre	11	12.64	4.25	18.50	0.304
	3. evre	5	14.80	4.87		
PÇE-P	1. ve 2. evre	10	7.30	2.58	22.00	0.711
	3. evre	5	8.80	4.87		

testte de hastalık beyanı olanların puanları diğerlerinden daha yüksektir (sırasıyla, $t(31)=-2,855$, $p < .01$; $t(32) = -2.191$, $p < 0.05$) (Tablo 6).

Regresyon Bulguları

Bütün kadın katılımcılarda BDE ile ölçülen depresyon düzeyi bağımlı değişken olarak alındığında, yaşın, grup değişkeninin, hastalık beyanının, SÖÖTÖ alt test puanlarının ve PÇE alt test puanlarının BDE puanları üzerindeki yordayıcı etkisi Aşamalı Çoklu Regresyon analizi ile incelenmiştir. Sonuçlar, yaş ve SÖÖTÖ-Öİ alt test puanlarının bir arada BDE puanlarındaki varyansın yaklaşık %36'sını açıkladığını göstermiştir ($RC = .357$, $p < 0.01$) (Tablo 7). Örneklem sayısının azlığı sebebiyle, söz konusu regresyon analizini her iki grup için de ayrı ayrı yürütmek mümkün olmamıştır.

Korelasyon Bulguları

Hem gruptan bağımsız olarak tüm katılımcılarda, hem de yalnızca AH grubundaki bakımverenlerde değişkenler arasındaki ilişkileri saptayabilmek amacıyla Pearson korelasyon katsayıları hesaplanmıştır.

Tablo 8'de de görülebileceği gibi, gruptan bağımsız tüm katılımcıların dahil olduğu analiz sonuçlarında BDE ile yaş ve SÖÖTÖ-Öİ arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu bulgulanmıştır (sırasıyla, $r=0.543$, $p < 0.001$; $r=0.420$, $p < 0.01$). Hastalık beyanının ise PÇE'nin A ve D alt testleri ile yine pozitif yönde anlamlı ilişki gösterdiği gözlenmiştir (sırasıyla $r=0.456$, $p < 0.01$; $r=0.361$, $p < 0.05$).

Yalnızca AH grubundaki bakımverenlerin puanları ile yürütülen korelasyon sonuçları, tüm grubun dahil olduğu analizlerde BDE'de gözlenen benzer ilişkilere ek olarak, BDE puanlarının ayrıca Alzheimer hastalık başlangıcı, SÖÖTÖ'nün KÖ alt testi ve PÇE'nin D ve KG alt testleri ile de anlamlı düzeyde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (sırasıyla, $r=0.440$, $p < 0.05$; $r=-0.454$, $p < 0.05$; $r=0.525$, $p < 0.05$; $r=0.486$, $p < 0.05$). Hastalık beyanı ise bu grupta hiçbir değişkenle anlamlı korelasyon göstermemiştir (Tablo 9).

TARTIŞMA

Yaşlıların bakım süreci düşünüldüğünde tüm dünyada ailenin en önde gelen kaynak olduğu görülmektedir. Batı ülkelerinde yaşlılık ile ilgili çalışmalar çocuklar genelde aile-



Tablo 6— Grup değişkeninden bağımsız olarak tüm bakımverenlerde hastalık beyanına göre SÖÖTÖ ve PÇE alt test puan istatistikleri

Bakım Verende Hastalık Beyanı		n	Ortalama	Standart Sapma	Test İstatistiği	p
SÖÖTÖ-SÖ	Yok	18	20.44	5.46	t=-1.240	0.224
	Var	18	22.39	3.81		
SÖÖTÖ-Öİ	Yok	18	17.94	4.45	t=0.365	0.717
	Var	18	17.44	3.73		
SÖÖTÖ-ÖD	Yok	18	14.89	6.08	U=113.50	0.361
	Var	18	15.28	2.72		
SÖÖTÖ-KÖ	Yok	18	20.67	4.91	t=-1.870	0.07
	Var	18	23.78	5.07		
PÇE-A	Yok	18	25.44	7.72	t=-2.855**	0.008
	Var	15	33.13	7.69		
PÇE-D	Yok	18	8.89	3.05	t=-2.191*	0.036
	Var	16	11.94	4.95		
PÇE-K	Yok	18	8.56	2.98	U=116.00	0.332
	Var	16	10.56	4.73		
PÇE-DE	Yok	18	5.67	2.70	t=-1.288	0.207
	Var	16	6.81	2.46		
PÇE-KG	Yok	17	12.88	5.16	U=114.50	0.620
	Var	15	13.73	4.95		
PÇE-P	Yok	18	7.50	3.07	t=-0.513	0.611
	Var	16	8.06	3.32		

* p<0.05, **p<0.01

Tablo 7— Grup değişkeninden bağımsız olarak tüm bakımverenlerde yaş ve SÖÖTÖ-Öİ puanlarının BDE puanları üzerindeki yordayıcı etkisine dair Aşamalı Doğrusal Çoklu Regresyon analiz sonuçları

Değişken	RÇ	Standart Hata B	Beta	t	p
Model 1					
Yaş	.252	.168	.502	3.068	.005
Model 2					
Yaş	.357	.161	.446	2.846	.008
SÖÖTÖ-Öİ		.268	.330	2.107	.045

leriyle yaşamadıkları için evlilik statüsü üzerine odaklanılmayken, Yunanistan gibi daha geleneksel ve aile bağlarının nisbeten güçlü olduğu ülkelerde çocukların ebeveynlere ihtiyaç duyulduğu anda sosyal destek sağlayabildiği ifade edilmektedir (6). Bu bulguyu doğrular biçimde yapılan araştırmada da bakım verenlerin büyük çoğunluğu çocuklardır (%88.9 AH grubu, %70.0 kontrol grubu).

AH'na bakım verenlerin öfke, kontrol kaybı, korku, suçluluk ve yalıtılmışlık hissi gibi problemlere daha yatkın ol-

dukları bilinmektedir (11). Bu çalışmada ise AH'na bakım veren kadınların, sağlıklı, herhangi bir demans tanısı almamış, yaşlılarla beraber yaşayıp onların bakımına katkıda bulunan kişilerle arasında öfke seviyesi ve problem çözme yaklaşımları açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun olası sebepleri düşünüldüğünde AH'na bakım veren kişilerin, genelde bu hastalara bakım verenlere oranla, daha düşük bir risk grubu olduğu akla gelmektedir. Örneklem iyi eğitilmiş, gerektiğinde bakım için ek profesyonel yardım alan ve psiko-



Tablo 8— Grup değişkeninden bağımsız olarak, tüm bakımverenlerde çalışmanın temel değişkenleri arasındaki ilişkilere dair korelasyon matrisi.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
1. Grup	r														
	N														
2. Yaş	r	,289	1												
	N	34	34												
3. Hastalık Beyanı	r	,112	,265	1											
	N	36	32	36											
4. BDE	r	,069	,543***	,088	1										
	N	42	34	36	42										
5. SÖÖTÖ-SÖ	r	,010	,274	,208	,226	1									
	N	42	34	36	42	42									
6. SÖÖTÖ-Öİ	r	,016	,145	-,063	,420**	,401**	1								
	N	42	34	36	42	42	42								
7. SÖÖTÖ-ÖD	r	,149	-,035	,042	,086	,578***	,540***	1							
	N	42	34	36	42	42	42	42							
8. SÖÖTÖ-KÖ	r	,013	,200	,305	-,251	-,060	-,181	-,126	1						
	N	42	34	36	42	42	42	42	42						
9. PÇEA	r	,009	,452**	,456**	,304	,329*	,162	,191	,169	1					
	N	39	32	33	39	39	39	39	39	39					
10. PÇED	r	,147	,000	,361*	,092	-,126	-,152	-,152	-,169	,178	1				
	N	40	32	34	40	40	40	40	40	39	40				
11. PÇEK	r	,197	,247	,256	,207	,143	-,157	-,105	,039	,545***	,510***	1			
	N	40	32	34	40	40	40	40	39	40	40	40			
12. PÇEDE	r	,068	-,189	,222	,040	-,168	-,073	-,320*	-,366()	,000	,548***	,139	1		
	N	40	32	34	40	40	40	40	40	39	40	40	40		
13. PÇEKG	r	,059	-,028	,086	,312	-,029	,125	-,162	-,464**	,158	,674***	,471**	,577***	1	
	N	38	31	32	38	38	38	38	38	37	38	38	38	38	
14. PÇEPP	r	,156	,137	,090	,252	,050	-,092	-,120	-,228	,271	,631***	,587***	,419**	,696***	1
	N	39	32	34	39	39	39	39	39	38	39	39	39	37	39

*p<0,05, ** p<0,01, ***p<0,001



Tablo 9— Grup değişkeninden bağımsız olarak, tüm bakımverenlerde çalışmanın temel değişkenleri arasındaki ilişkilere dair korelasyon matrisi.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.Yaş	r													
	N													
2.Hastalık Beyanı	r	.312	1											
	N	18	20											
3. BDE	r	.477*	.215	1										
	N	18	20	22										
4. SÖÖTÖ-SÖ	r	.015	.189	.201	1									
	N	18	20	22	22									
5. SÖÖTÖ-Öİ	r	-.102	-.470*	.089	.089	1								
	N	18	20	22	22	22								
6. SÖÖTÖ-ÖD	r	-.128	.257	.297	.311	.374	1							
	N	18	20	22	22	22	22							
7. SÖÖTÖ-KÖ	r	.122	.364	-.454*	-.311	-.168	-.168	1						
	N	18	20	22	22	22	22	22						
8.PÇE-A	r	.566*	.378	.350	.471*	.302	.139	.140	1					
	N	16	17	19	19	19	19	19	19					
9.PÇE-D	r	.399	.391	.525*	.487*	.082	.489*	-.172	.552*	1				
	N	16	18	20	20	20	20	20	19	20				
10.PÇE-K	r	.605*	.221	.280	.504*	-.173	-.004	.005	.633**	.511*	1			
	N	16	18	20	20	20	20	20	19	20	20			
11.PÇE-DE	r	-.082	.164	.392	.383	.501*	.231	-.358	.256	.386	-.001	1		
	N	16	18	20	20	20	20	20	19	20	20	20		
12.PÇE-KG	r	.095	.147	.486*	.626**	.341	.304	-.331	.486*	.659**	.535*	.582**	1	
	N	16	17	19	19	19	19	19	18	19	19	19	19	
13.PÇE-P	r	.181	-.075	.248	.428	-.203	.205	-.290	.211	.710***	.510*	.601**	.601**	1
	N	16	18	19	19	19	19	19	18	19	19	18	19	19
14. Hastalık	r	.389	.267	.440*	-.049	.023	.089	.123	.330	.541*	.193	-.083	-.083	.342
	N	18	20	22	22	22	22	22	19	20	20	19	19	22
Başlangıcı	r													
	N													

*p<0.05, ** p<0.01, ***p<0.001



eğitimsel faaliyetlere önem verip katılan, genelde de depresyon seviyesi yüksek olmayan kişilerden oluşmaktadır. Bu özelliklerin tükenmeye karşı onları korumuş olabileceği düşünülmektedir. Gerçekten de bakım sürecinde destek alabilmek, bilindiği üzere bakım veren üzerindeki stres-yük derecesini azaltmakta, hatta bir tür "koruyucu etki" (buffering) yapmaktadır. Üstelik bakım sürecinin kadınlar için ödüllendirici bir süreç olduğunu iddia eden çalışmalar da mevcuttur (17, 18). Örneğin Koopmanschap ve arkadaşları (17) bakım sürecinin bakımı verene tatmin ve kendilik değeri açısından olumlu katkılarından söz etmektedirler. Tüm bunlardan yola çıkılarak kadınların bakım süreci esnasında yoğun karar verme sürecinden geçtiklerini ve bu yüzden kendini adayışlarının hem ailede hem de toplumun gözünde statü, ve takdir kazandığını tahmin edebiliriz. Bu sonuçları açıklamak için akla gelen bir başka faktör aslında herhangi bir yaşlı ile yaşamın ve bakım vermenin başlıbaşına bir stresli deneyim olmasıdır.

Tüm grup bu yüzden analize alınıp aşamalı bir regresyon analizi yapıldığında tüm kadın bakım verenlerin BDE puanlarındaki varyansı yaş ve bastırılmış öfke puanlarının açıkladığı görülmüştür. Bu sonuç bize yaşın bastırılmış öfke ile birlikte katılımcıların depresyon seviyelerini etkileyen önemli faktör olduğunu düşündürmektedir. Muhtemelen bakım süreci ile ilgili öfkelerini ifade edemeyen yaşlı bakım verenler, daha depresif olma eğilimindedirler.

Bu çalışmanın diğer bulguları, grup değişkeninden (AH'na veya hasta olmayan yaşlıya bakım vermek) bağımsız olarak, daha fazla fiziksel hastalığı olanların daha çok stres altında olduğunu söyleyen çalışmalarla uyum içindedir (23, 20). PÇE 'nin aceleci ve düşünen yaklaşım alt testlerinde hastalık beyan edenlerle etmeyenler arasında anlamlı farklar bulunmuştur. Her iki alt testte de hastalık beyan edenler daha yüksek puan almışlardır ve bu durum bakım vermenin yanı sıra bir de fiziksel hastalığa sahip olma yükünün kişinin problem çözme kapasitesini azaltarak daha olumlu problem çözme stratejileri kullanmalarını zorlaştırmış olabileceğini düşündürmektedir.

Tüm grup üzerinden beyan edilen hastalık, öfke seviyesi, yaş, problem çözme stratejileri ve depresyon değişkenleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde; yaş ve bastırılmış öfke'nin BDE puanları ile anlamlı biçimde ilişkili olduğu görülmektedir. Sadece AH'na bakım verenlere bakıldığında hastalığın ortaya çıkışı (süre) değişkeninin de bunlara eklendiği anlaşılmaktadır. Her ne kadar AH ve kontrol grubundaki bakımverenler depresyon açısından farklılaşmasa da, sadece AH grubu kendi içinde incelendiğinde, daha uzun süre AH'na bakım verenlerin depresyona daha yatkın olduğu görülmektedir. Bu AH'na bakımverenler ile ilgili son derece önemli bir sonuçtur. Son olarak SÖÖTÖ-KÖ, PÇE-A ve PÇE-KG puanları da

BDE ile anlamlı ilişki içindedir, bu bize bekleneceği üzere, öfke seviyesinin ve problem çözme yaklaşımındaki zorlukların depresyon seviyesini arttırdığını düşündürmektedir.

Daatland (4), sosyal gerontolojinin iddialı kuramsal modellemelere gitmek yerine küçük ölçekli veriler üzerinden çalışarak modeller oluşturmaya doğru bir yönelmeden söz etmektedir. Bu yaklaşıma uygun bir çalışma gibi düşünülse de, bu araştırmanın en önemli sınırlılıklarından birisi veri toplama aşamasının kendine has zorluklarına bağlı olarak örneklemin arzu edilenden küçük kalmasıdır. Özellikle kırsal kesimden gelen dolayısı ile yardım almaya imkan bulamayan AH ve onların yakınlarına, okuma yazması olmayanlara ulaşmak çok zordur. Bu zorluklar araştırmacıların ulaşacağı veriyi de sınırlamıştır.

Bir diğer sınırlılık, katılımcıların bakım vermekte oldukları yaşlı grubuna ait sağlıklı oluş-bilişsel bozulma veya evre bilgisi ile ilgilidir. Bu bilgiler bakımvermekte olanların beyanına dayanmaktadır. Sonuçlar yorumlanırken bu konuya özenle yaklaşılmalıdır.

Bir başka konu AH'na bakım verenlerin homojen bir grup olmamalarıdır (4). Aralarında büyük bir farklılaşma vardır ve bu farklılaşmayı yaratan ve kontrol edilmesi zor olan değişkenler (kültürel arkaplan, aile çatışması, ekonomik koşullar, bakım verenin kişiliği) özellikle karşılaştırmalı analizlerde net sonuçlara ulaşmayı zorlaştıracaktır. Gelecekte yapılacak araştırmalarda, daha uzun bir süre zarfında daha büyük bir örneklem grubuna ulaşmak, her iki cinsiyetten bakım verenlerle çalışmak hedeflenmelidir. Eğer örneklem düşük eğitilmiş, yalnız yaşayan ve çalışan bakım verenlerin daha çok temsil edilmesine imkan verirse bakım yükünün etkilerini daha iyi gözlemlemek mümkün olabilir.

Özetle, bu çalışmanın sonuçları bize AH'na bakım vermektен bağımsız olarak her iki bakım veren grubunda da, yaş ve bastırılmış öfkenin depresyon seviyesini etkileyen önemli faktörler olduğunu göstermektedir. Bakım veren kişinin sağlık durumu (fiziksel hastalıklara sahip olması) problem çözme yaklaşımı üzerinde belirleyici bir faktördür.

Teşekkür: Bu çalışmanın veri toplama aşamasında destek veren Türk Alzheimer Derneği'ne teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Fernández-Ballesteros R, Caprara M. Psychology of aging in Europe. *European Psychologist* 2003; 8(3): 129-130.
2. Altın, M. Alzheimer tipi demans hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik ve anksiyete. pp. 1, 69-71. Uzmanlık Tezi. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul 2006.



3. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta Evde Bakım. *Turkish Journal of Geriatrics* 2002; 5(4): 155-159.
4. Daatland SO. From variables to lives: Inputs to a fresh agenda for psychological aging research in Norway. *European Psychologist* 2003; 8(3): 200-207.
5. Caprara GV, Caprara M, Steca P. Personality's correlates of adult development and aging. *European Psychologist* 2003; 8(3): 131-147
6. Efklides A, Kalaitzidou M, Chankin G. Subjective quality of life in old age in Greece: The effect of demographic factors, emotional state and adaptation to aging. *European Psychologist* 2003; 8(3): 178-191.
7. Tanji H, Ootsuki M, Matsui T, Maruyama M, Nemoto M, Tomita N, Seki T, Iwasaki K, Arai H, Sasaki H. Dementia caregivers' burdens and use of public services. *Geriatrics and Gerontology International* 2005; 5 (2): 94-98.
8. Roy R (Ed): *Chronic Pain and Family: A Clinical Perspective*. pp. 4-15. Springer, New York 2006.
9. Teri L. Behavior and caregiver burden: behavioral problems in patients with Alzheimer's Disease and its association with caregiver distress. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1997; 11 (supp. 4): 35-8.
10. Millan-Calenti JC, Gandoy-Crego M, Antelo-Martelo M, Lopez-Martinez M, Riveiro-Lopez MP, Mayan-Santos JM. Helping the family carers of Alzheimer's patients: from theory to practice. A preliminary study. *J Fam Psychol* 2000; 10 (2): 131-138.
11. Gwyther LP. Social issues of the Alzheimer's patient and family. *Am J Med* 1998; 104 (4): 175-215.
12. Barnes RF, Raskind MA, Scott M, Murphy C. Problems of families caring for Alzheimer's patients: use of a support group. *J Am Geriatr Soc* 1981; 29 (2): 80-85.
13. Winston MR, McGraw M, Denton AP. Family caregivers are the second victims of Alzheimer's Disease. *J Gerontol* 48 (4): 202-9.
14. Zanetti O, Magni E, Sandri C, Frisoni GB, Bianchetti A, Trabucchi M. Determinants of burden in an Italian sample of Alzheimer's patient caregivers. *Behav Sci* 1996; 11 (1): 17-27.
15. Flaskerud JH, Lee P. Vulnerability to health problems in female informal caregivers of persons with HIV/AIDS and age-related dementias. *J Adv Nurs* 2001; 33 (1): 60-8.
16. Koopmanschap MA, van Exel NJA, van den Bos GAM, van den Berg B, Brouwer WBF. The desire for support and respite care: preferences of Dutch informal caregivers. *Health Policy* 2004; 68: 309-320.
17. Brewer L. Gender socialization and the cultural construction of elder caregivers. *J Aging Stud* 2001; 15: 217-235.
18. Jolicoeura PM, Madden T. The good daughters: Acculturation and caregiving among Mexican-American women. *J Aging Stud* 2002; 16: 107-120.
19. Rodriguez G, De Leo C, Girtler N, Vitali P, Grossi E, Nobili F. Biomedical and life sciences and Medicine. *J Neurol Sci* 2003; 24 (5): 329-335.
20. Boziki M, Tsolaki M, Tsantali E, Tikistirma M, Kazis A. Subjective caregivers' burden of mild cognitive impairment and Alzheimer's Disease patients. *Alzheimers Dement* 2006; 2(3): 582.
21. Gonzales-Salvador MT, Arango C, Lyketsos CG, Barba AC. The stress and psychological morbidity of the Alzheimer's patient caregiver. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14 (9): 701-710.
22. Belmin J. Contribution of interventional studies on family caregivers of patients with Alzheimer's Disease. *Presse Med* 2003; 32 (24): 9-13.
23. Baumgarten M, Battista RN, Infante-Rivard C, Hanley JA, Becker R, Bilker WB, Gauthier S. Use of physician services among family caregivers of elderly persons with dementia. *J Clin Epidemiol* 1997; 50 (11): 1265-1272.
24. Tabak N, Ehrenfeld M, Alpert R. Feelings of anger among caregivers of patients with Alzheimer's Disease. *Int J Nurs Pract* 1999; 3 (2): 84-8.
25. Spence SH, Sheffield J, Donovan C. Problem-solving orientation and attributional style: moderators of the impact of negative life events on the development of depressive symptoms in adolescence. *J Clin Child Psychol* 2002; 31(2): 219-29.
26. Almgberg B, Grafström M, Winblad B. Major strain and coping strategies as reported by family members who care for aged demented relatives. *J Adv Nurs* 1997; 26: 683-691.
27. Papastavrou E. The burden experienced by caregivers of patients with Alzheimer's disease and related dementias. *Alzheimers Dement* 2006; 2(3): S579.
28. Oğuz MK, Yener G, Baklan B, Uzunel F, Yılmaz M, Şengün İ. 'Probable Alzheimer' hastalığı olgularında Mini Mental Durum değerlendirmesinin kısa kognitif muayeneye denkliği. *J Neurol Sci Turish* 2003; 20 (1): 29-33.
29. Cangöz B, Akdemir A, Örsel S. Alzheimer Tipi Demansa (ATD) algısal ve kavramsal örtük bellek işlevlerinin incelenmesi. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 2002; 10 (4): 331-340.
30. Cansever A, Dönmez E, Uzun Ö, Özşahin A. Alzheimer hastalığında davranışsal belirtiler: Vasküler demans ile karşılaştırılmalı bir çalışma. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 2002; 10 (4): 351-356.
31. Karaman Y, Akpoyraz A, Köseoğlu E, Mirza M, Turan HÖ, Çatakoğlu Ö. Vasküler Demansların Nöropsikolojik ve Nörofizyolojik Özellikleri. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi* 1997; 3 (2): 55-65.
32. Örsel S, Özbay MH. Demansın Psikolojik-davranışsal boyutu ve Psikoterapötik yaklaşımlar. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 2001; 9 (2): 255-262.
33. Eker E. Alzheimer hastalığında kognisyonu artırıcı tedaviler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 1998; 8 (3): 119-123.
34. Saracoglu M, Tanrıdağ T, Tanrıdağ O. Alzheimer hastalığında kognitif tedavi yaklaşımları. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 1998; 8 (4): 197-201.
35. Zencir M, Kuzu N, Gördeles B, Ergin A, Çatak B, Şahiner T. Cost of Alzheimer's disease in a developing country setting. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20 (7): 616-622.
36. Savaşır I, Şahin NH (Ed): *Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*. pp. 23-38, 71-85. TPD Yayınları, Ankara 1997.