

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**AFAZİ OLAN VE OLMAYAN İNMELİ BİREYLERİN PRİMER
BAKIM VERENLERİNİN BAKICI YÜKÜ, YAŞAM KALİTESİ VE
AKTİVİTE PERFORMANSLARININ İNCELENMESİ**

Sultan ÖZGÖTÜRÜCÜ

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2021

**T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**AFAZİ OLAN VE OLMAYAN İNMELİ BİREYLERİN PRİMER
BAKIM VERENLERİNİN BAKICI YÜKÜ, YAŞAM KALİTESİ VE
AKTİVİTE PERFORMANSLARININ İNCELENMESİ**

Sultan ÖZGÖTÜRÜCÜ

**Ergoterapi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI
DR. ÖĞR. ÜYESİ ONUR ALTUNTAŞ**

**ANKARA
2021**

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
AFAZİ OLAN VE OLMAYAN İNMELİ BİREYLERİN PRİMER
BAKIM VERENLERİNİN BAKICI YÜKÜ, YAŞAM KALİTESİ VE
AKTİVİTE PERFORMANSININ İNCELENMESİ

Erg. Sultan ÖZGÖTÜRÜCÜ

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Onur ALTUNTAŞ

Bu tez çalışması 03.09.2021 tarihinde jürimiz tarafından “Ergoterapi Programı” nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Doç. Dr. Sedef Şahin

H. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü

Tez Danışmanı:

Dr. Öğr. Üyesi Onur ALTUNTAŞ

H. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü

Üye:

Dr. Öğr. Üyesi Ayla Günal

Tokat Gaziosmanpaşa Ü. SBF Fiz. Ve Reh. Bölümü

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun bulunmuştur.

23 Eylül 2021

Prof. Dr. Diclehan Orhan

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin/raporumun tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Hacettepe Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinlerin yazılı izin alınarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan "**Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge**" kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / H.Ü. Kütüphaneleri Açık Erişim Sisteminde erişime açılır.

- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- o Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren ... ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- o Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

23/09/2021

Sultan ÖZGÖTÜRÜCÜ

¹"*Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge*"

- (1) *Madde 6. 1. Lisansüstü teze ilgili patent başvurusu yapılması veya patent alma sürecinin devam etmesi durumunda, tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu iki yıl süre ile tezin erişime açılmasının ertelenmesine karar verebilir.*
- (2) *Madde 6. 2. Yeni teknik, materyal ve metotların kullanıldığı, henüz makaleye dönüşmemiş veya patent gibi yöntemlerle korunmamış ve internetten paylaşılması durumunda 3. şahıslara veya kurumlara haksız kazanç imkanı oluşturabilecek bilgi ve bulguları içeren tezler hakkında tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile altı ayı aşmamak üzere tezin erişime açılması engellenebilir.*
- (3) *Madde 7. 1. Ulusal çıkarları veya güvenliği ilgilendiren, emniyet, istihbarat, savunma ve güvenlik, sağlık vb. konulara ilişkin lisansüstü tezlerle ilgili gizlilik kararı, tezin yapıldığı kurum tarafından verilir *. Kurum ve kuruluşlarla yapılan işbirliği protokolü çerçevesinde hazırlanan lisansüstü tezlerle ilişkin gizlilik kararı ise, ilgili kurum ve kuruluşun önerisi ile enstitü veya fakültenin uygun görüşü üzerine üniversite yönetim kurulu tarafından verilir. Gizlilik kararı verilen tezler Yükseköğretim Kuruluna bildirilir. Madde 7.2. Gizlilik kararı verilen tezler gizlilik süresince enstitü veya fakülte tarafından gizlilik kuralları çerçevesinde muhafaza edilir, gizlilik kararının kaldırılması halinde Tez Otomasyon Sistemine yüklenir*

* Tez danışmanının önerisi ve enstitü anabilim dalının uygun görüşü üzerine enstitü veya fakülte yönetim kurulu tarafından karar verilir.

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, Dr. Öğr. Üyesi Onur ALTUNTAŞ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığımı beyan ederim.

Sultan ÖZGÖTÜRÜCÜ

TEŞEKKÜR

Tez süresi boyunca, çalışmanın her adımında bütün bilgi ve tecrübesini tüm kibarlığı ve naifliğiyle aktaran, çok yoğun programında dahi güler yüzünü ve ilgisini eksik etmeyen, öğrencisi olduğum için daima mutluluk ve gurur duyduğum, sevgili tez danışmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi Onur ALTUNTAŞ'a,

Ergoterapist olmamda çok büyük rolleri olan Hacettepe Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Bölüm Başkanı Sayın Prof. Dr. Gonca Bumin'e ve güzel enerjisi ile geleceğe umut ile bakmamı sağlayan Sayın Prof. Dr. Hülya KAYIHAN'a,

Mesleğimi en güzel şekilde yapmam için çaba sarf eden, bilgi ve deneyimlerini paylaşmaktan çekinmeyen ve tezimin oluşmasında emeği olan Hacettepe Üniversitesi Ergoterapi Bölümü'ndeki tüm hocalarıma,

Tez sürecinde gelişimimi destekleyen ve kolaylaştıran Ankara Şehir Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi Başhekimi Sayın Prof. Dr. Evren YAŞAR ve Başhekim Yardımcısı Sayın Doç. Dr. Emre ADIGÜZEL'e

Tezimin oluşmasında beni cesaretlendiren Ankara Şehir Hastanesi Üst Ekstremiteler ve El Fonksiyonları Laboratuvarı Sorumlusu Sayın Prof. Dr. Nebahat SEZER'e

Çalışmamın istatistiksel verilerinin incelenmesinde ve yöntemlerin belirlenmesinde yardımlarını esirgemeyen Sayın Merve KAŞIKÇI ve Sayın Müge VOLKAN'a

Verilerimin toplanma aşamasında beni motive eden iş arkadaşlarım Merve Nur ÜNAL, Leyla TOPAL ve Tuğba YAPRAK'a

Yüksek lisansım boyunca tecrübelerini paylaşan ve her daim desteklerini hissettiğim sevgili arkadaşlarım Uzm. Erg. Gülbahar TATLI ve Dr. Erg. İbrahim Yavuz TATLI'ya

Bugüne gelmemde en büyük katkısı olan annem, babam ve kardeşlerime,

Hayatımın her alanında beni destekleyen, saygı duyan, yorulduğumda beni enerjisiyle motive eden ve bana olan inancıyla yaşadığım zorlukların üstesinden gelmemi sağlayan hayattaki en büyük destekçim, nişanlım Abdulkadir ASLAN'a,

Teşekkürü bir borç bilirim.

ÖZET

Özgötürücü S., Afazi Olan ve Olmayan İnmeli Bireylerin Primer Bakım Verenlerinin Bakıcı Yükü, Yaşam Kalitesi ve Aktivite Performansının İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2021. Bu çalışma afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin primer bakım verenlerinin bakıcı yükü, yaşam kalitesi ve aktivite performanslarını incelemek amacıyla planlandı. Çalışmamıza toplam 102 bakım veren dahil edildi. Tüm katılımcılara sosyodemografik bilgi formu, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği, SF-36 Kısa Form ve Kanada Aktivite Performans Ölçümü testleri uygulandı. Ek olarak günlük yaşam aktivitelerinin ve yaşam kalitelerinin etkilenimlerine yönelik iki tane açık uçlu soru soruldu. Çalışmamızda afazi olan inmeli bireylere primer bakım veren katılımcıların bakıcı yükü düzeylerinin afazi olmayan inmeli bireylere primer bakım veren katılımcılardan daha yüksek olduğu tespit edildi ($t=3,8$, $p=0,01$). Afazi olan inmeli bireye bakım veren katılımcıların afazi olmayan inmeli bireye bakım veren katılımcılara göre algıladıkları ağrının ($t=-2,21$, $p=0,029$) daha yüksek olduğu sosyal fonksiyonlarının ($t=-2,54$, $p=0,013$) ise daha düşük olduğu tespit edildi. Diğer alt parametreler olan fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, genel sağlık, vitalite, mental sağlık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı tespit edildi ($p>0,05$). Afazi olan inmeli bireye bakım veren katılımcıların aktivite performansı ($t=-3,31$, $p=0,001$) ve memnuniyet düzeylerinin ($t=-3,57$, $p=0,001$) afazi olmayan inmeli bireye bakım veren katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Katılımcıların problem yaşadıkları aktiviteler incelendiğinde her iki grupta yer alan katılımcıların serbest zaman ve sosyal katılım alanlarında problem yaşadıkları tespit edilmiştir. Afazi olan inmeli bireylere bakım veren katılımcıların afazi olmayan inmeli bireylere bakım verenlere kıyasla hastaneye gitmek, bankaya gitmek, alışveriş yapmak gibi dışarı çıkmayı gerektiren aktivitelerde ve motivasyon ve dikkat gerektiren eğitim aktivitelerinde daha fazla sorun yaşadıkları görülmüştür. İnme rehabilitasyonunda önemli rol oynayan bakım verenler için uygulanacak ergoterapi değerlendirme ve müdahale programlarında afazi olan inmeli bireylerin bakım verenlerinin bakıcı yükü, ağrı düzeyleri, sosyal fonksiyonları ve aktivite performanslarına yönelik yaklaşımlar yer almalıdır.

Anahtar Kelimeler: İnme, afazi, bakım veren, bakıcı yükü, yaşam kalitesi, aktivite performansı

ABSTRACT

Özgötürücü S., Investigation of Caregiver Burden, Quality of Life and Activity Performance of Primary Caregivers of Stroke Individuals with and Without Aphasia, Hacettepe University Graduate School of Health Sciences, Occupational Therapy Program Master Thesis, Ankara, 2021. This study was planned in order to investigate the caregiver burden, quality of life and activity performance of primary caregivers of stroke individuals with and without aphasia. A total of 102 caregivers were included in our study. Sociodemographic information form, Zarit Caregiver Burden Scale, SF-36 Short Form and Canadian Activity Performance Measurement tests were administered to all participants. In addition, two open-ended questions were asked about the effects of activities of daily living and quality of life. In our study, it was observed that caregivers of stroke individuals with aphasia had higher levels of caregiver burden than primary caregivers of individuals with stroke without aphasia ($t=3.8$, $p=0.01$). Participants caring for stroke individuals with aphasia had higher pain levels ($t=-2.21$, $p=0.029$) and lower social functions ($t=-2.54$, $p=0.013$) compared to participants caring for stroke individuals without aphasia. There was no statistically significant difference between the other sub-parameters, physical role difficulty, physical function, emotional role difficulty, general health, vitality, and mental health levels ($p>0.05$). It was observed that the activity performance ($t=-3.31$, $p=0.001$) and satisfaction levels ($t=-3.57$, $p=0.001$) of the participants caring for a stroke individual with aphasia were lower than the participants caring for a stroke individual without aphasia. When the activities that the participants had problems with were examined, it was determined that the participants in both groups had problems in the areas of leisure and social participation. It has been observed that the participants who care for stroke individuals with aphasia have more problems in activities that require going out such as going to the hospital, going to the bank, shopping, and educational activities that require motivation and attention compared to those who care for stroke individuals without aphasia. Occupational therapy evaluation and intervention programs for caregivers who play an important role in stroke rehabilitation should include approaches to caregiver burden, pain levels, social functions and activity performances of caregivers of individuals with aphasia.

Key Words: Stroke, aphasia, caregiver, caregiver burden, quality of life, activity performance.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYANI	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
ŞEKİLLER	xiii
TABLolar	xiv
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İnme ve Etiyolojisi	4
2.2. İnme ve Epidemiyolojisi	5
2.3. İnme Semptomları	6
2.4. İnme Sonrası Afazi	8
2.4.1. Global Afazi	9
2.4.2. Broca afazisi (Motor afazi)	9
2.4.3. Wernicke afazisi (Duyusal afazi)	9
2.5. İnmeli Bireye Bakım Veren Olmak	9
2.6. Afazili Bireye Bakım Veren Olmak	11
2.7. Bakıcı Yükü	12
2.8. Yaşam Kalitesi	13
2.9. Aktivite Performansı	14

3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Bireyler	16
3.2. Yöntem	17
3.3. Değerlendirme	18
3.3.1.Sosyodemografik form	18
3.3.2. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	18
3.3.3. SF-36 Kısa Form	18
3.3.4. KAPÖ	19
3.4. İstatistiksel Analiz	20
4. BULGULAR	
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Bilgilerine Ait Bulgular	22
4.2. Katılımcıların Bakıcı Yükü Düzeylerine Ait Bulgular	23
4.3. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Düzeylerine Ait Bulgular	23
4.4. Katılımcıların Aktivite Performansı ve Memnuniyetine Ait Bulgular	24
4.5. KAPÖ' ye Göre Katılımcıların Problem Yaşadığı Aktivite Alanlarının Dağılımı	25
4.6. Korelasyon Analizi Sonuçları	27
4.6.1 Afazi Olan İnmeli Bireylerin Primer Bakım Verenlerinin Bakıcı Yükü, Yaşam Kalitesi ve Aktivite Performansları Arasındaki İlişki	27
4.6.2 Afazi Olmayan İnmeli Bireylerin Primer Bakım Verenlerinin Bakıcı Yükü, Yaşam Kalitesi ve Aktivite Performansları Arasındaki İlişki	29
5. TARTIŞMA	31
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	37
7. KAYNAKLAR	39

8. EKLER	49
Ek 1. Tez Çalışması için Etik Kurul Onayı	
EK 2. Orijinallik Raporu	
EK 3. Dijital Makbuz	
EK 4. Aydınlatılmış Onam Formu	
9. ÖZGEÇMİŞ	55

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AOTA	: American Occupational Therapy Association
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
f	: Frekans
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri
K	: Katılımcı
KAPÖ	: Kanada Aktivite Performans Ölçümü
LSD	: Least Significant Difference
n	: Birey Sayısı
p	: İstatistiksel Yanılma Payı
r	: Korelasyon Katsayısı
SF-36	: Kısa Form Yaşam Kalitesi Ölçeği
SPSS	: Statistical Package for the Social Science
SS	: Standart Sapma
TOAST	: <i>Trial Of Org 10172 in Acute Stroke Treatment</i>
YGYA	: Yardımcı Günlük Yaşam Aktiviteleri
X	: Ortalama
%	: Yüzde

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Sol Serebral Hemisfer ve İki Primer Dil Alanı	8
3.1. Grupların Akış Şeması	17

TABLolar

Tablo	Sayfa
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	22
4.2. Katılımcıların Bakıcı Yükü Düzeylerinin Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları	23
4.3. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları	23
4.4. Katılımcıların Aktivite Performansı ve Memnuniyet Düzeylerinin Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları	24
4.5. Katılımcıların KAPÖ'ye Göre Belirledikleri Aktiviteler	25
4.6. Grup 1'de Yer Alan Katılımcıların Bakıcı Yükü, Yaşam Kalitesi ve Aktivite Performansları Arasındaki İlişki	28
4.7. Grup 2'de Yer Alan Katılımcıların Bakıcı Yükü, Yaşam Kalitesi ve Aktivite Performansları Arasındaki İlişki	30

1.GİRİŞ

İnme, aniden başlayan semptomlar ve klinik bulgularla karakterize serebrovasküler bir hastalıktır (1). İnme, ani başlangıçlı ve uzun süreli nörolojik veya bilişsel bozukluklara sebep olduğu için hem inme geçiren kişilerin hem de aile üyelerinin yaşamlarında çeşitli zorlukları beraberinde getirir (2, 3).

İnme, yüksek morbidite, mortalite ve engellilik oranına sahip yaygın kronik bir hastalıktır (4). Tıptaki gelişmeler inme mortalite sayısında önemli azalmalar sağlamasına rağmen hastaların yaklaşık yarısı kalıcı fiziksel ve bilişsel yetersizlikler yaşamaktadır (5-8). Bu nedenle inmeli hastaların büyük bir kısmı günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için bir kişinin yardımına gereksinim duymaktadır. Bu yardımı genellikle aile üyeleri sağlamaktadır. Bu nedenle hastalığın yalnızca hastayı değil, bakım verenlerini de etkilediği görülmektedir (7, 9, 10). Bakım verenler, bakıma ihtiyacı olan kişiye fiziksel, emosyonel, psikolojik veya ekonomik destek vererek günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmelerinde sorumluluk alan kişilerdir (11, 12). Bu sorumluluklar bakım veren kişinin zorlanması, gerilmesi, baskı hissetmesi ya da yük altına girmesi olarak tanımlanan bakıcı yüküne neden olmaktadır (12). Bakım yükü bakım verenin kendi gereksinimlerini göz ardı etmesine ve kendileri için anlamlı aktivitelere katılımlarında düşüşe neden olmakta ve sosyal ilişkilerde azalma, fiziksel ve emosyonel sağlıkta bozulma (yorgunluk, anksiyete, baş ağrısı, depresyon...) gibi olumsuz deneyimlere sebep olmaktadır (5, 7, 12, 13). Bu olumsuz deneyimlere ek olarak afazili bireylerde ayrıca iletişim kurma yeteneğinin bozulması, primer bakım verenlerinin daha zor bir durumla karşı karşıya kalmalarına neden olmaktadır (14).Yapılan çalışmalarda afazinin bakım verenler üzerindeki etkilerinin farklılık gösterdiği ve özellikle serbest zaman ve sosyal aktivitelerinde kısıtlamaya gittikleri belirtilmektedir (15, 16). Bakım verenin iyilik halini etkileyen bu kısıtlamalar bakım veren kişinin yaşam kalitesini azaltabilmektedir (10, 12).

Dünya nüfusunun her geçen gün artması ve yaşlanması nedeniyle inme geçiren kişi sayısı da artmaktadır. Mevcut epidemiyolojik veriler, her yıl yaklaşık 17 milyon insanın inme geçirdiğini göstermektedir (17). İnme prevalansındaki bu artış bakıma ihtiyaç duyan inmeli bireyle birlikte bakım veren sayısını da artırmaktadır. Bundan dolayı inmeli bireye bakım verenlerle ilgili araştırmaların yapılması önemli görülmektedir (18-20). Bakım verenlerin bakıcı yükünü inceleyen çok sayıda araştırma olmasına rağmen, bu çalışmaların

büyük oranda inme dışındaki hasta popülasyonlarına (örneğin kanser veya demans) odaklandığı görülmektedir (4, 21).

Günel ve Uyanık'ın inmeli bireylerin bakım verenlerinin yaşadıkları problemi incelediği çalışmada, inmeli bireylerin bakım verenlerinin bakım verme sürecinde birçok problem yaşadıkları gösterilmiştir (22). Buna paralel olarak 2019 yılında Sandra ve arkadaşları tarafından inmeli bireylerin bakım verenlerinin aktivite performanslarının nasıl etkilendiğini inceleyen sistematik derlemede, bakım veren kimliğinin sosyal ve kültürel normlar tarafından şekillendiği için farklı kültürlerdeki toplumlarda bakım verenlerin deneyimlerini inceleyen araştırmalar yapılmasının faydalı olacağı belirtilmiştir. Ek olarak rehabilitasyon alanında çalışan sağlık profesyonellerinin inmeli bireylere bakım verenleri aktivite performansları açısından değerlendirmeleri ve anlamlı amaçlı aktivitelerine katılımlarını sürdürmelerine yardım etmeleri gerektiği vurgulanmıştır (23).

Afazi olan ve olmayan inmeli bireylere bakım verenlerle yapılan bir diğer çalışmada afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin primer bakım verenlerinin bakıcı yükünü incelemek için daha fazla araştırma yapılmasına ihtiyaç olduğu belirtilmiştir (24). Ek olarak gelecekteki çalışmalarda, inme sonrası afazi olan ve olmayan kişilerin aile üyelerinin deneyimlerinin karşılaştırılması, afazinin diğer inme ile ilgili zorluklara karşı benzersiz etkisi hakkındaki bilgilerinin artırılması gerektiği vurgulanmıştır (25).

Buradan yola çıkarak inmeli bireylerin bakım verenlerinin dahil edildiği, afazi olan ve olmayan kişilerin bakım verenlerinin bakıcı yükü, yaşam kalitesi ve aktivite performanslarının incelendiği çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. İnmeli bireylere bakım veren kişilerin yer aldığı bu çalışmanın amacı afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin primer bakım verenlerinin bakıcı yükü, yaşam kalitesi ve aktivite performanslarını incelemektir.

Çalışmanın hipotezleri şunlardır:

H0: Afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin bakım verenlerinin bakıcı yükleri arasında fark yoktur.

H0: Afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin bakım verenlerinin yaşam kalitesi arasında fark yoktur.

H0: Afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin bakım verenlerinin aktivite performansı arasında fark yoktur.

H0: Afazi olan inmeli bireylere bakım verenlerin bakıcı yükü, yaşam kalitesi ve aktivite performansları arasında ilişki yoktur.

H0: Afazi olmayan inmeli bireylere bakım verenlerin bakıcı yükü, yaşam kalitesi ve aktivite performansları arasında ilişki yoktur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnme ve Etiyolojisi

İnme, ani başlangıçlı semptomlar ve klinik bulgularla karakterize serebrovasküler bir hastalıktır (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)' nün yaptığı sınıflamaya göre inmeler, iskemik ve hemorajik olmak üzere iki temel gruba ayrılmaktadır (26). İskemik inme, tüm vakaların %80'ini oluşturan en yaygın inme türüdür. Hemorajik inme ise tüm inmelerin yaklaşık % 20'sini oluşturur (1). İskemik ve hemorajik inmeler, serebral kan akışındaki bir kesintiden kaynaklanır ve beyin bölgelerindeki histopatolojik değişiklikler ve bunun sonucunda nöron ölümü ile karakterizedir (27).

Hemorajik inme, intraserebral ve subaraknoid olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (28).

- 1) İntraserebral Kanama:** Beyin parankimi içine ventriküllere ve nadiren subaraknoid boşluğa uzanabilen kanamadır. İntraserebral kanama, tüm inme vakalarının yüzde 10 ila 15'ini, hemorajik inme vakalarının üçte ikisini oluşturan en yaygın hemorajik inme çeşididir. Aynı zamanda ölüm oranı yüksektir. Kanamanın altta yatan nedenine bağlı olarak, intraserebral kanama primer veya sekonder olarak sınıflandırılır. Vakaların yüzde 78 ila 88'ini oluşturan primer intraserebral kanama, kronik hipertansiyon veya amiloid anjiyopati nedeniyle hasar gören küçük damarların spontan rüptüründen kaynaklanır. Sekonder intraserebral kanama ise vasküler anormallikler (arteriyovenöz malformasyonlar ve anevrizmalar gibi), tümörler veya bozulmuş pıhtılaşma nedeniyle ortaya çıkmakta ve daha az görülmektedir (29).
- 2) Subaraknoid Kanama:** En sık olarak sakküler anevrizmalarının yırtılmasına bağlı olarak meydana gelen hemorajik inme türüdür ve tüm inme türlerinin %3'ünü oluşturur. Mortalite oranı düşmesine rağmen hayatta kalanlar genellikle kalıcı fiziksel yetersizlikler, kognitif bozukluklar (özellikle yürütücü işlevler ve kısa süreli bellek), mental sağlık (depresyon, anksiyete) ve yaşam kalitelerinde azalma problemleri ile karşı karşıya kalmaktadırlar (30).

İskemik inme ise klinik bulguları ve etiyolojisine göre sınıflandırılmaktadır. TOAST (*Trial Of Org 10172 in Acute Stroke Treatment*) olarak yayınlanan bu sınıflandırmaya göre iskemik inmenin beş alt tipi vardır:

1) Geniş arter ateroskleroza (tromboz veya emboli): Geniş arter ateroskleroza bağlı inmelere ve tüm iskemik inmelerin %50'sini oluşturur.

2) Kardiyoembolizm: Kalpten kaynaklanan embolilerdir ve bütün iskemik inmelerin %20'sini oluşturur.

3) Küçük damar oklüzyonu (laküner infarkt): Çoğu zaman hipertansiyonu veya diyabeti olan yaşlı insanlarda, nöroradyolojik olarak 1,5 cm'den küçük, derin infarktların gözlemlendiği iskemik inmelerdir. Bütün iskemik inmelerin %25'ini oluşturur.

4) Belirlenen diğer etyolojiler: Tanımlanan inmeler dışında kalan etyolojilere verilen genel addır. İskemik inmelerin %5'inden daha azını kapsar.

5) Sebebi belirlenemeyen etyolojiler: Yapılan detaylı tetkiklere rağmen etyolojisi bulunamayan veya yeteri kadar tetkik edilemeyen hastaların yer aldığı diğer iskemik inmelerdir (31, 32).

İnmeli bireylerde etkilenen beynin alanına bağlı olarak duyuşsal, bilişsel, motor, vestibuler ve görsel değişiklikler meydana gelebilir. Bu değişiklikler inmeli bireylerde uzun vadeli fonksiyon kaybına neden olmaktadır (27).

2.2. İnme Epidemiyolojisi

Serebrovasküler hastalık (inme), birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkede ikinci en yaygın ölüm nedeni ve engelliliğin en önemli nedenidir (33). İnme aynı zamanda demansın 2. önde gelen nedenidir (34). İnme insidansı ülkeler arasında ve aynı ülkedeki farklı bölgeler arasında farklılık göstermektedir (35, 36). İnme insidansı yaşla birlikte hızla artar ve 55 yaşından sonra her on yılda ikiye katlanır (37). 65 yaş üstü küresel nüfus yılda yaklaşık 9 milyon kişi artmaya devam ederken, önümüzdeki yıllarda dünya genelinde inme prevalansının önemli ölçüde artması beklenmektedir. İnme geçirenlerin küresel prevalansının 2005 yılında 62 milyon olduğu ve 2030 yılına kadar 77 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (38).

Türkiye İstatistik Kurumu raporlarına göre ölüm vakalarının %38,4'ünü oluşturan dolaşım sistemi hastalıklarının %22,4'ü serebrovasküler hastalıklardan kaynaklanmaktadır. Serebrovasküler hastalıklardan hayatını kaybedenlerin sayısı 2018 yılında 36.280'e yükselmiştir. Türkiye'de 2016 yılında 3,4 milyon Türk yetişkinin kardiyovasküler hastalık

geçirdiği ve bunun 0,9 milyonunun da serebrovasküler hastalıklardan kaynaklandığı belirtilmektedir. Kardiyovasküler hastalık prevalansının 2025 yılına kadar 4,2 milyon yetişkine ve 2035 yılına kadar 5,4 milyona çıkacağı öngörüldüğünden inme prevalansının da artacağı tahmin edilmektedir(39). Dünyada ve Türkiye’de inme prevalansı cinsiyete bağlıdır ve erkeklerde hem iskemik hem de hemorajik inme insidansı kadınlardan daha yüksektir (40). Ancak kadınların inme sonrası 3-6 ayda daha kötü prognoz gösterdiği ve daha düşük bağımsızlık seviyesine sahip olduğu belirtilmektedir (41, 42).

Yapılan çalışmalarda inme sonrası hayatta kalanların sayısının inme teşhisi konan tüm hastaların % 84'üne yükseldiği ve bunların arasında % 30'unun da 5 yıl sonra hala önemli fonksiyonel engellere sahip olduğu gösterilmektedir (43, 44). ABD’de yapılan son çalışmalarda inme sonrası hayatta kalanların % 26'sının günlük yaşam aktivitelerinde (GYA) birine bağımlı bir şekilde hayatını sürdürdüğü belirtilmektedir (38, 45).

2.3. İnme Semptomları

İnme semptomları psikolojik semptomlar, fiziksel semptomlar ve sosyal semptomlar olmak üzere üç kategoriye ayrılabilir (46).

1. Psikolojik Semptomlar

İnme geçiren bireyler, hayatlarının aniden değişmesinin olumsuz psikolojik sonuçlara neden olduğunu belirtmişlerdir. İnmenin aniden meydana gelmesi bireylerde gelecekle ilgili korku ve belirsizlik hissinin oluşmasına neden olabilir. İnme geçiren kişiler hayatlarının eskisi gibi olmayacağını ve bu nedenle kimliklerini yeniden tanımlamaya çalışmaları gerektiğini düşünürler. Bu durum kişilerde hem fiziksel hem de zihinsel olarak tükenmişlik hissine neden olmaktadır. İnme geçiren kişiler tekrar inme geçirme ihtimalini düşündüklerinden kendilerine olan güvenleri azalmakta ve alışık oldukları, önceden güvenli emniyetli olarak kabul edilen ev ortamlarını riskli olarak görebilmektedirler. Bu nedenle yalnız kalmak istemezler ve tek başlarına kaldıklarında duş almak gibi aktivitelerini yapmaktan kaçınırlar. Ev dışı ortamlarda bireyler sadece kaygılarını yönetmekle kalmaz aynı zamanda tanıştıkları insanların tepkilerini yönetmeye çalışırlar (47).

İnme geçiren bireyler genellikle kısa süreli hafıza kaybı, afazi veya anlama ile ilgili problem yaşadıkları için özgüvenleri sarsılmakta ve duygulanım durumlarında olumsuz değişiklikler görülmektedir. Afazili bireyler aktivitelerini gerçekleştiremedikleri veya kendilerini ifade edemedikleri zaman öfke ve hayal kırıklığı yaşadıklarını belirtmişlerdir. Zaman geçtikçe ve gelişmeler yavaşladıkça, hastaların motivasyonu düşmekte ve buna bağlı olarak depresyon görülebilmektedir (48). İnme geçiren kişiler aynı zamanda dikkat, hafıza, konsantrasyon gibi algısal sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir (49).

2. Fiziksel Semptomlar

İnme sonrası, kişi vücudunun bazı bölgeleri üzerindeki kontrolünü geçici veya kalıcı olarak kaybedebilir. İnme geçiren kişilerin büyük bir kısmı mobilite ile ilgili zorluklar yaşadığını belirtmişlerdir. Bu mobilite problemleri, bazı durumlarda tamamen hareket kısıtlılığı veya vücudun bir tarafındaki motor bozukluklardan kaynaklanabilmektedir. Ekstremitelerde motor ve duyu kaybı, denge problemleri, işitme ve görme kayıpları, konuşma bozuklukları, yürüme, yorgunluk gibi fiziksel zorluklar inmeli bireyler için adapte edilmiş bir çevre ihtiyacına neden olmaktadır (50).

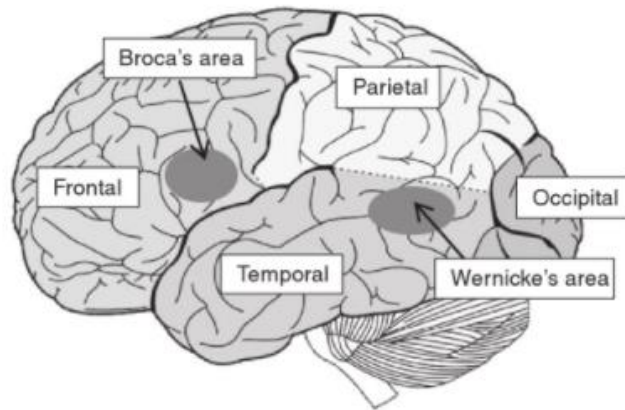
3. Sosyal Semptomlar

İnme sonrası yaşanan psikolojik ve fiziksel zorluklar, bireylerin sosyal ilişkilerinde ve kimliklerinde büyük değişikliklere neden olabilir. Özellikle motor fonksiyonları büyük ölçüde kısıtlanmış ve afazi olan inmeli bireylerin daha belirgin bir şekilde aile ilişkileri ve sosyal yaşamları etkilenmektedir. İnme sonrası eşler, bakım veren olmak ve daha önce eşinin sorumluluğunda olan görevleri üstlenmek, hatta bazen işi bırakmak zorunda kalmaktadırlar. İnme geçiren kişiler önceden yaptıkları görevleri yerine getiremedikleri için aile içinde rol değişimi yaşayabilmektedirler. İnme sonrası yaşanan kısıtlamalar hem aile içinde hem de toplumda katılımı azaltabilmekte ve sosyal izolasyona neden olabilmektedir (47, 51)

2.4. İnme Sonrası Afazi

Afazi, bir kişinin iletişimsel ve sosyal işlevselliğini ve yaşam kalitesini etkileyen, beynin dominant hemisferindeki fokal beyin lezyonundan kaynaklanan edinilmiş bir dil bozukluğudur (52). Akut inme hastalarının %21-38'inde kronik inme hastalarının yaklaşık %10'unda mevcuttur (53). Dil bozukluğu tüm modalitelerde (anlama, konuşma, okuma ve yazma) ve tüm dil bileşenlerinde (fonoloji, morfoloji, sözdizimi, anlambilim ve pragmatik) mevcut olabilir. Afazi anormal sözlü ifade, sözlü veya yazılı dili anlamada zorluklar, tekrarlama, adlandırma, okuma ve yazma gibi hemen hemen tüm sözel becerilerin bozulması olarak kendini gösterir (54, 55). Afazi sadece dili bozmakla kalmaz, diğer tüm sembol sistemlerini etkileyebilir. Bu nedenle afazili bir kişi sayılar ve matematiksel işlem becerisi, para birimlerini tanıma veya saati söyleme konusunda zorluk yaşayabilir (54).

Afazi olan kişinin sergilediği belirli dil semptomları, hasar gören beynin alanına bağlıdır. Sol hemisfer, sağ elini kullanan bireylerin yaklaşık %95'inde dil için baskın hemisfer olarak kabul edilir. Afaziye çoğunlukla beyindeki iki ana dil bölgesi olan posterior, inferior frontal lobda bulunan Broca alanı ve superior, posterior temporal lobda bulunan Wernicke alanlarına kan sağlayan orta serebral arterdeki stroke neden olur (54). Afaziler akıcılık, kavrama ve adlandırma yeteneğine göre sınıflandırılır (56). Akıcı olmayan afaziler; Global afazi, Broca afazisi, Transkortikal Motor afazilerdir. Akıcı afazi: Anomik, İletim afazisi, Wernicke afazisi, Transkortikal Duyusal afazi, Subkortikal afazilerdir (54). Bu sınıflandırma içinde inmede en yaygın görülen afazi türleri Global, Broca ve Wernicke afazileridir (57).



Şekil 2.1. Sol serebral hemisfer ve iki primer dil alanı (54).

2.4.1. Global Afazi

Global afazi, tüm dil modalitelerinde ciddi bir bozulma ile karakterizedir. Bireylerin kavramaları, sözlü ve sözlü olmayan kalıpları üretebilmesi çok zordur. Ancak bu kişiler ruh hallerini yüz ifadesi veya tonlama yoluyla ifade edebilirler. Global afaziye, hem Broca hem de Wernicke alanları kapsayan sol hemisfer beyin lezyonu boyunca meydana gelen büyük bir lezyon neden olur ve genellikle tamamen tıkanmış orta serebral arterin bir sonucu olarak korteksin altındaki beyaz cevherin derinliklerine uzanabilir (54).

2.4.2. Broca afazisi (Motor afazi)

Broca alanı, Brodmann'ın 44 ve 45. alanlarına denk gelen konuşmada görevli alandır (58). Broca afazisi dominant hemisferdeki orta serebral arterin superior kısmı tarafından beslenen sol inferior frontal kortekste meydana gelen hasardan kaynaklanır. Broca afazisi akıcı olmayan konuşma üretimi, genellikle bozuk adlandırma ve tekrarlama ve göreceli olarak korunmuş işitsel anlama ile karakterize olan konuşma bozukluğudur (59).

2.4.3. Wernicke afazisi (Duyusal afazi)

Wernicke afazisine neden olan lezyon, genellikle superior, posterior temporal lobda bulunan Brodmannın 22. alanına denk gelen Wernicke alanındadır. Lezyon, aynı zamanda temporal lobun diğer alanlarına ve parietal loblara da ulaşabilir. Wernicke afazisi, bir diğer tanımla duyusal afazi neolojizmlerden oluşan akıcı konuşma ile karakterizedir. İşitsel anlama genellikle bozulur, bu da bu hastaların kendi konuşmalarını takip etmelerini zorlaştırır. Bu nedenle, hastalar genellikle konuşma sırasındaki hatalarının farkında değildirler. Dinleme sırası kendilerine geldiğinde farkına varmadan sıra dışı konuşmaya devam edebilirler. Okuduğunu anlama, okuma ve yazma zayıftır (54).

2.5. İnmeli Bireye Bakım Veren Olmak

Kronik bir durum olan inme, uzun süreli bakım ve rehabilitasyon gerektirir (4). İnme geçirenlerin %80'inin bakımı, taburculuklarından sonra ve hatta hastanelerdeyken dahi çoğunlukla aile üyeleri tarafından üstlenilmektedir (4, 60). Bundan dolayı inme, hem hastaları hem de bakım ve destek sağlayan aile üyelerini etkileyen bir durumdur. Aile üyelerini aniden bakım verme rolüne zorlayan, beklenmedik, travmatik bir olay olan inme, bakım verenler üzerinde genellikle baskılayıcı bir yük oluşturmakta ve yaşam kalitelerinde

azalmaya neden olmaktadır (61). Bakım verenlerin hissettiği bu yük, inmeli bireyin fiziksel ve duygusal destek gerektiren değişiklikleri ile bakım verenlerin sosyal yaşamındaki değişikliklerden ve serbest zamanlarının azalmasından kaynaklanmaktadır (62-64) .

Bakım verenlerin sıklıkla kadın olma, düşük eğitim seviyesine sahip olma ve yaşlı olma gibi bireysel özellikleri de yükün hissedilmesinde etkili faktörler olarak kabul edilir (65). Bakım verme yükü ayrıca, sağlıkta bozulma, morbidite ve mortaliteyi içeren bakım verenlerdeki duygusal ve fiziksel değişikliklerle ilişkilendirilmektedir (66-69). Hissedilen yük seviyesinin artması, yaşam memnuniyetinin azalması ile ilişkilidir (70). Bakım verenlerin yükü ve düşük yaşam kalitesi seviyeleri arasındaki ilişki göz önüne alındığında, sadece inmeli hastaları değil, aynı zamanda çoğunlukla bakım veren rolünü üstlenen aile üyelerini de hedefleyen değerlendirme ve müdahale araştırmalarına ihtiyaç olduğu görülmektedir (71).

İnme hastalar üzerinde kalıcı hasarlar bırakabileceğinden hastalar uzun süreli GYA'da bağımlılık, sosyal etkileşimlerde azalma, duygusal ve finansal sorunlar gibi problemlerle karşı karşıya kalabilmektedir (72, 73). İnmeli bireye GYA'larını gerçekleştirme sırasında yardımcı olmak, duygusal destek sağlamak genellikle eşler ve çoğunlukla kadınlar tarafından önemli bir bakım rolü olarak görülmektedir (74, 75). Bakım vermenin gerekliliklerini yerine getirmek bakım verenlerin serbest zamanlarını, sosyal aktivitelerini ve uyku sürelerini azaltmalarına neden olmaktadır (76). Bu durum bakım veren kişinin mental sağlığını ve iyilik halini etkilemektedir (77).

Primer bakım verme aynı zamanda çalışma saatlerinde azalma, istifa veya emekli olmak gibi iş üretici aktiviteleri de etkilemektedir (78, 79). Hastaneden taburcu olduktan sonra bakım verenlerin giderlerinde bir artış ve gelirlerinde bir azalma bildirilmiş ve bakımla ilgili harcamaların gelirden daha yüksek olduğu belirtilmiştir (77, 80).

Ayrıca bakım verme süreci, bakım verenlerin kendilerine ayırdıkları zamanı sınırlayabilmekte ve kendileri için anlamlı ve amaçlı aktivitelere katılımlarını kısıtlayabilmektedir (81, 82). Bakım verenlerin bu anlamlı ve amaçlı aktivitelerini gerçekleştirememesi sağlıklarının bozulmasına ve iyilik hallerinin azalmasına neden olabilmektedir (81-83). Ancak şimdiye kadar bakım verenlerin aktivite katılımlarının eksikliğinin doğası, kapsamı ve sonuçları hakkında çok az şey bilinmektedir (82, 84). Kişi için anlamlı ve amaçlı aktiviteler, oyun oynamak, kitap okumak, bir işte çalışmak veya tatile

gitmek gibi her türlü aktiviteler olabilir. İnme geçiren kişiyle ilgilenmek bakım veren aile üyeleri tarafından çok değerli görülse de, yapılan çalışmalarda bakım verenler genellikle aniden yeni bakım rolüyle karşı karşıya kaldıklarını ve bu görevi kendilerinin tercih etmediğini, koşullar tarafından mecbur bırakıldıklarını belirtmektedirler (23, 85).

Ergoterapide, kişilerin aktiviteleri yaşamda önemli bir rol oynar ve sağlık, öz yönetim, kişisel beceri ve deneyimlerin kullanımı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir ve bunların tümü yaşam kalitesini etkiler (86). İnmeli bireylerin bakım verenlerini inceleyen ergoterapi çalışmaları, yaşam kalitesinden daha çok bakım verme yükünü etkileyen faktörlere odaklanmıştır (70, 87) . Bu nedenle, inmeli bireylere bakım verme rolünü üstlenen aile üyelerinin aktivite performanslarıyla ilişkili algılanan yük ve yaşam kalitesi düzeylerini belirlemek için araştırmalara ihtiyaç vardır (79) .

Bakım verenlerin yaşamlarını olumsuz etkileyebilecek bir diğer durum da yaşam kaliteleridir. İnmeli bireylerin bakım verenlerinin, nüfus normuna göre daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğu belirtilmektedir (88). Bakım verenlerin yaşam kalitelerindeki değişiklikler, evlilik ilişkilerinde bozulma, inmeli bireye uzun süre bakım verme, inmeli bireyin yaşadığı fiziksel kısıtlılıklar, hafıza değişiklikleri ve GYA' lardaki bağımlılığı ile ilgili olabilmektedir (73, 74). Düşük yaşam kalitesiyle ilişkili diğer faktörler arasında evde geçirilen sürenin artması, serbest zaman aktivitelerine katılımın azalması ve sosyal izolasyon yer almaktadır (62, 74). İleri yaş, kadın olma, düşük eğitim düzeyi, sosyal ilişkilerin eksikliği, sağlık durumunun kötü olması ve düşük gelir gibi bakım verenlerin kişisel özellikleri de düşük yaşam kalitesiyle ilişkilendirilmektedir (62, 73, 88).

2.6. Afazili Bireye Bakım Veren Olmak

Beyin hasarının neden olduğu dil kullanım yeteneğinin kaybı olan afazi, inmenin neden olduğu bilişsel bozukluklardan biridir (53). Afazi, genellikle aile ve yakın arkadaşlardan oluşan bakım verenleri önemli ölçüde etkilemektedir (89-92). Çalışmalar, afazili insanlara bakım verenlerin yüksek düzeyde psikolojik ve duygusal sorunlar, sosyal geri çekilme, fiziksel sağlıkta bozulma ve düşük yaşam kalitesi gibi problemlerle karşı karşıya kaldıklarını göstermektedir (25, 93). Kişi için anlamlı ve amaçlı aktiviteler, kişinin kimliği ve sağlığıyla yakından ilişkilidir (94, 95). Aktiviteleri anlamlı kılan şey bireyseldir ve yaşa, deneyimlere, sorumluluklara, çevreye, sağlığa ve diğer koşullara bağlı olarak yaşam boyu dinamik olarak değişir. Bakım verenler, kendileri için anlamlı olan aktivitelere

katılımın kendi iyilikleri için gerekli olduğunun farkındadırlar ancak araştırmalar, bakım verenlerin bu aktiviteleri gerçekleştirmek için çok az zaman ayırabildiklerini göstermektedir (96). Özellikle sosyal ve rekreasyonel aktivitelere katılımlarının azaldığı çeşitli çalışmalarda bildirilmektedir (15, 89, 92, 97).

Bakım verme rolü; iletişim, ev egzersizleri, tedavi randevuları, ulaşım, mobilizasyon konularında yardım etme ve bakımıyla ilgilenme gibi bir dizi yeni sorumluluğu üstlenmeyi içermektedir. Bakım verenlerin daha önce keyif aldıkları aktiviteler afazili bireyin fiziksel ve iletişim engellerinden dolayı kısıtlanmaktadır. Ayrıca afazili kişilere bakım verenlerin sosyal olarak topluma daha az entegre oldukları ve iş, eğitim ve gönüllülük aktivitelerinde aksaklıklar yaşadıkları ve daha az sosyal ve fiziksel aktivitede buldukları belirtilmektedir (16).

2.7. Bakıcı Yükü

Bakıcı yükü, bakıcı rolünü üstlenmenin sonucunda bakım verenlerin hissettiği yükü tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Objektif ve subjektif yük şeklinde ikiye ayrılabilir. Objektif yük, bakım verenler tarafından gerçekleştirilen bakım görevleri şeklinde sağlanan fiziksel yardımı ifade eder. Subjektif yük, objektif yükün bir sonucu olarak bakım verenler üzerindeki psikolojik, sosyal ve duygusal etkiyi ifade etmektedir (98).

Bakıcı yükü, son zamanlarda düşük ve orta gelirli ülkelerde bile büyük ilgi gören sağlık sorunlarından biridir. Nüfusun yaşlanması ve kronik hastalıkların ardından artan hayatta kalma ile birlikte, bakıcıların mali, fiziksel, zihinsel ve sosyal sorunları ve karşılanmamış ihtiyaçları, tüm başarılı rehabilitasyon ve toplum entegrasyon programları için bir zorluk oluşturmaktadır (99).

Bakım veren yükü, psikolojik, duygusal, fiziksel, sosyolojik ve ekonomik alanları kapsayan, bakım verenlerin deneyimlediği zorlukları içeren karmaşık ve çok boyutlu bir kavramdır (100). Bakıcı yükünü ölçmek için birden fazla değerlendirme aracı geliştirilmiştir ancak bakıcı yükünün artmasına bağımsız olarak katkıda bulunan faktörler konusunda anlaşmazlıklar vardır. Yük ile ilgili en tutarlı bileşenler hasta ve bakım verenin özellikleri ve psikolojik sağlıklarıyla (anksiyete, depresyon ve duygusal sıkıntı) ilgili olanlardır. Bu alanda uygun müdahalelerin uygulanabilmesi için inme hastalarına uzun süre bakım veren kişilerin değerlendirilmesi gereklidir (101).

İnme sonrası bakıcı yükü, önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir ancak afazisi olan ve olmayan inme hastalarına bakım verenlerin bakıcı yükü ve bu yükün primer bakım verenleri nasıl etkilediği hakkında çok az şey bilinmektedir (24, 101). İletişim yeteneğinin kaybı veya bozulması hem inme geçiren kişi hem de primer bakım veren yakını için zor bir durum olarak kabul edilmektedir. İnme geçiren kişiye fiziksel yardım sağlamanın yanı sıra, bakım veren genellikle sözlü olmayan ipuçlarını yorumlama ve inme geçiren kişi adına iletişim kurma konusunda ek sorumluluk üstlenir. Ayrıca yaşanan korku, endişe ve umutsuzluk duyguları hem inme geçiren hem de bakım veren kişi için depresyonla sonuçlanabilir (24).

Yapılan araştırmalar, bakım verme rolünün gerektirdiği çok sayıda görevin artan bakıcı yükü ve düşük yaşam kalitesine neden olduğu ve bunun da bakıcılar için sağlık açısından etkileri olabileceğini göstermektedir (66, 101, 102). Bu nedenle sadece inme hastalarının ihtiyaçlarına odaklanan klinik yaklaşımdan ziyade inme hastalarının bakım veren yakınlarını da dikkate alan bir yaklaşıma geçmek gerekmektedir. Bu yaklaşım ergoterapistlerin bakım verenlerin okupasyonel dengelerini kurmalarını sağlaması ve aktivitelerini yeniden düzenlemesi yoluyla yapılabilir. Ergoterapistler, bakım verenlerin sağlık ve yaşam kalitesine aktivite katılımı yoluyla olumlu katkılar sağlayabilir (79).

2.8. Yaşam Kalitesi

Yaşam kalitesi teriminin tarihi çok eski zamanlara kadar uzanmaktadır (103). Ancak 1946'da DSÖ'nün sağlığı "sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bütün olarak fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali" olarak ifade etmesinden sonra yaşam kalitesine karşı gösterilen ilgi artmıştır (104). Yaşam kalitesine ilginin son zamanlarda artmasının bir diğer sebebi de teknolojik ilerlemelere bağlı olarak sağlıkta önemli gelişmeler yaşanmasıdır. Birçok hastalığın tedavi edilebilmesiyle ortalama yaşam süresi artmış ve hastalıklarla daha uzun süre yaşamı sürdürme ve başa çıkma mecburiyeti doğmuştur. Sonuç olarak, sağlığı yalnızca iyi/hasta ikiliği açısından ölçmek yetersiz kalmış ve bu nedenle hastalık veya yaralanmanın sonuçlarını ve tedavi etkinliğini değerlendirmek için daha hassas ölçümler gerekli bulunmuştur. Böylelikle yaşam kalitesi sağlıkta giderek daha önemli olmuş ve sağlığın en önemli göstergeleri arasında yer almıştır (105, 106).

Yaşam kalitesi, insan fonksiyonunun neredeyse tüm alanlarıyla ilgili olan geniş bir kavram veya referans noktasıdır. Bundan dolayı, sosyal bilimler, psikoloji, ekonomi ve tıp

literatürlerinde kapsamlı bir şekilde araştırılmış, gözden geçirilmiş ve tartışılmıştır. Yaşam kalitesiyle ilgili yüzlerce tanım vardır (107). Bu tanımlar üzerinde bir anlaşma olmamasına rağmen yaşam kalitesinin kişide genel bir iyilik hali veya memnuniyet duygusu ile ilişkilendirilen çok boyutlu bir kavram olduğu kabul görmüştür (108).

Yaşam kalitesi, bir kişinin içinde yaşadığı kültür ve değer sistemleri içinde, amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleriyle ilgili olarak yaşamdaki konumunu algılaması olarak tanımlanır. Aynı zamanda kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri ve çevrenin bileşenlerinden karmaşık bir şekilde etkilenen geniş kapsamlı bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır (109). Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesi (“health-related quality of life”, “HRQoL”) ise, bir kişinin yaşamının tüm komponentlerinden ziyade hastalık, kaza ve tedavilerle ilişkili yönleriyle ilgilidir (110).

Sağlık, çevre ve okupasyonel katılım yaşam kalitesi ve iyilik hali üzerinde dinamik bir etkiye sahiptir. Ergoterapi; sağlık, çevre ve katılım arasındaki bu ilişkiyi göz önüne alarak yaşam kalitesini iyileştirmeye odaklanır (111). Yaşam kalitesi, katılım düzeyinde kişinin okupasyonel performansı ve memnuniyeti ile ilgili olduğundan ergoterapistler kişi için anlamlı ve amaçlı okupasyonları kişinin bakış açısıyla değerlendirir. Bu nedenle, yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, kişi merkezli bir yaklaşımı kolaylaştırır ve yapılması gereken müdahalelerin kişiye en uygun şekilde uyarlanmasını sağlar (112).

2.9. Aktivite Performansı

Okupasyon , fiziksel, mental, sosyal, seksüel, politik, manevi ritüelleri kapsayan ve uyku ve dinlenmeyi de içeren insanların istediği, ihtiyaç duyduğu veya yapmak zorunda olduğu her şey anlamına gelir (113). Okupasyonlar, GYA’ları, yardımcı günlük yaşam aktiviteleri, dinlenme ve uyku, eğitim, iş, oyun, serbest zaman ve sosyal katılım dahil olmak üzere bireylerin, grupların veya popülasyonların dahil olduğu çeşitli yaşam aktiviteleridir. Aktiviteler ise bir okupasyon içinde yapılmaktadır. Örneğin akşam yemeği için yemek planlamak ve hazırlamak veya bir iş başvurusu için yazı yazmak gibi spesifik aktivitelerde oluşur (114). Aktivite performansı kişi, çevre ve aktivite arasındaki dinamik süreçten etkilenen istenilen aktiviteyi gerçekleştirme becerisidir. Aktivite performansını değerlendirmek amacıyla değerlendirme sürecinde kişi ile görüşme, aktivite performansını gözlemlemek veya kayıt incelemek gibi yöntemler kullanılabilir. Sözel ve sözel olmayan, yapılandırılmış ve yapılandırılmamış ve standardize ölçümler veya norm referanslı

değerlendirme araçları kullanılabilir. Performansı etkileyen alanın çeşitli yönleri hakkında nesnel veriler sağlamak için, mümkün olduğunca standardize değerlendirme araçları tercih edilir. Ergoterapistler tarafından kullanılan herhangi bir değerlendirme yönteminde önemli olan, kişinin aktivite performansını yine kişinin kendi algısına göre değerlendirmektir (115).

İnmeden sonra inme geçiren kişinin serbest zaman ve diğer GYA'larının performansı değerlendirilir fakat inmenin bakım veren kişinin aktivite performansı üzerindeki etkisi de göz önünde bulundurulmalıdır. Cameron ve arkadaşlarının inme geçiren kişilerin bakım verenleriyle yaptığı çalışmada aktivitelerini devam ettiren katılımcıların daha iyi fiziksel ve psikolojik sağlığa sahip olduğu belirtilmiştir (116). Yapılan literatür incelemelerinde bakım verenler GYA'larını, iş üretici aktiviteleri ve serbest zaman aktivitelerini sürdürmekte güçlük çektiğini belirtmişlerdir. Bakım verme rolünden önce kendileri için anlamlı olan serbest zaman ve rekreasyonel aktivitelerini tamamen bırakmak zorunda kaldıklarını ve bunun da yaşam kalitelerini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir (87, 117). Yaşanan bu okupasyonel değişiklikler bakım verenlerin aktivite performansında düşüşe ve aktivitelerden alınan zevkin azalmasına neden olur (118). Afazi varlığının bakım verenlerin aktivite performansındaki değişikliğe etkisi hakkındaki bilgi ise hala net değildir (15).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Bireyler

Çalışmaya dahil edilecek katılımcı sayısının hesaplanması için güç analizi yapıldı. %80 güç, %5 yanılma payı ve orta düzeyde bir etki büyüklüğü ile gerekli olan minimum örneklem büyüklüğü toplamda 102 kişi olarak belirlenmiştir. Afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin primer bakım verenlerinin bakıcı yükü yaşam kalitesi ve aktivite performanslarını incelediğimiz bu çalışma için 111 kişi ile görüşülmüş ve çalışma 102 kişi ile tamamlanmıştır.

Bakım verenler; afazi olan inmeli bireylere bakım verenler Grup 1, afazi olmayan inmeli bireylere bakım verenler Grup 2 olacak şekilde gruplara ayrılmış iki grupta incelenmiştir. Çalışmamızın amacı ve içeriği hastalara ve bakım verenlerine ayrıntılı bir şekilde anlatılmıştır. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden bireylere kabul ettiklerine dair aydınlatılmış onam formu imzalatılmıştır. Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda GO 20/988 kayıt numarasına sahip çalışmamız, etik kurul tarafından gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemi dikkate alınarak incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Ankara Şehir Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesinde Üst Ekstremitte ve El Fonksiyon Laboratuvarında tedavi gören inmeli bireylerin dahil edilme kriterlerini karşılayan bakım verenleri gerekli izinler alınarak çalışmaya dahil edilmiştir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri;

- I. Afazisi olan ve olmayan inmeli bireye primer bakım veriyor olmak
- II. En az 6 ay süreyle ücret almadan bakım veriyor olmak
- III. 18 yaş ve üstü olmak
- IV. Herhangi bir psikolojik tanısı olmamak
- V. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmek

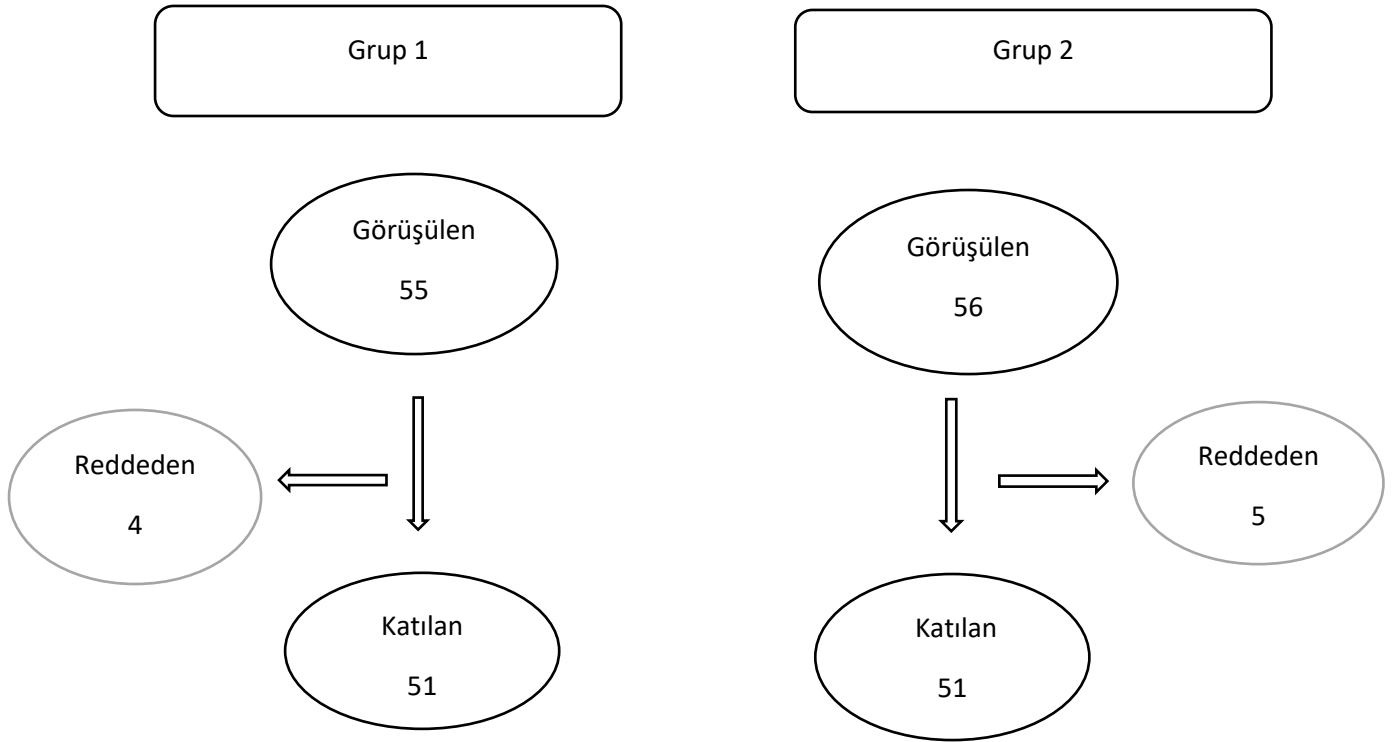
Çalışmamızda dahil edilme kriterlerinin yanı sıra hariç tutulma kriterleri de belirlenmiştir.

Çalışma için hariç tutulma kriterleri:

- I. 6 aydan kısa bir süredir bakım veriyor olmak

- II. İnmeli birey dışında bakım verdiği birinin olması
- III. Bakım karşılığında bir ücret alıyor olmak

Bu çalışma için uygun kriterleri karşılayan bakım verenlerle yüz yüze iletişime geçilip, çalışmanın amacı, kapsamı ve yöntemi ile ilgili bilgilendirme yapıldıktan sonra araştırmaya katılmaları için davet edilmiştir. Toplamda 111 inmeli bireye bakım veren kişiyle görüşülmüş ve 9 kişi zamanının olmaması, covid salgınının yarattığı endişe gibi nedenlerden dolayı çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir. Sonuç olarak çalışmamız 102 katılımcı ile tamamlanmıştır. Her iki grubun akış şeması Şekil 2’de gösterilmiştir.



Şekil 3.1. Grupların Akış Şeması

3.2. Yöntem

Çalışmaya katılmayı kabul eden bireylerle yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler toplanmıştır. Katılımcılara uygulanacak testlerin amacı ve içeriği detaylı bir şekilde anlatıldıktan sonra görüşmeye başlanmıştır. Görüşme süresi yaklaşık 30 dakika sürmüştür. Katılımcılara demografik bilgilerini sorgulamak amacıyla demografik bilgi formu, bakım veren yükünü ölçmek amacıyla Zarit Bakıcı Yük Ölçeği, yaşam kalitesini ölçmek amacıyla

SF-36 Kısa Form ve aktivite performanslarını ölçmek amacıyla Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ) testleri uygulanmış ve son olarak GYA' larının ve yaşam kalitelerinin nasıl etkilendiğini ifade etmeleri için araştırmacı tarafından hazırlanmış iki tane açık uçlu soru sorulmuştur. Katılımcılara sorulan açık uçlu sorular aşağıda yer almaktadır;

- 1) Bakım veren olmanız günlük yaşam aktivitelerinizde hangi alanları nasıl etkiliyor?
- 2) Bakım veren olmanız yaşam kalitenizi nasıl etkiliyor?

3.3. Değerlendirme

3.3.1. Sosyodemografik Form

Çalışmaya katılan tüm bireylerin ilk olarak sosyodemografik bilgileri kaydedilmiştir. Sosyodemografik bilgi olarak kişinin yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi ve mesleği sorgulanmıştır. Ayrıca şu an mesleğini yapıp yapmadığı, yapmıyorsa yapmama nedeni, bakım alan kişi ile yakınlığı, bakım alan kişinin yaşı, bakım verme süresi, afazi tanısının olup olmadığı bilgileri kaydedilmiştir.

3.3.2. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

Bu ölçek bakım verenlerin hissettiği yükü anlamak amacıyla Zarit ve ark. tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (119). Kronik hastalığı olan bir bireye bakım veren kişilere uygulanabilen bu ölçek bakım verenin kendisi veya araştırmacı tarafından sorular okunarak cevaplanabilir (120). Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük ve bağımlılık parametrelerini değerlendirir. Ölçek asla, nadiren, bazen, oldukça sık ya da hemen her zaman şeklinde 1'den 5'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten alınabilecek puan 18 ve 90 puan arasında değişmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, bakım verenin yaşadığı sıkıntının yüksek olduğu anlamına gelmektedir (121). Ölçeğin Türkçe uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2006 yılında İnci tarafından yapılmıştır (122).

3.3.3. Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (Short Form SF-36)

Bu ölçek Rand Corporation tarafından yaşam kalitesini değerlendirmek amaçlı geliştirilmiştir (123). Ölçeğin Türkçe versiyonun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Koçyiğit ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (124). Türk toplumunun toplumsal normları

ise 2006 yılında Demiral ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ortaya konmuştur (125).

Bu ölçek, fiziksel ve mental sağlığın değerlendirilmesi için 14 yaşından büyük çeşitli hastalığa sahip veya sağlıklı kişilerde kendilerince, yüz yüze veya telefonla görüşme şeklinde kullanılabilir. SF-36 alt ölçeklerle sekiz boyutun ölçümünü sağlayan 36 maddeden oluşur. Bu alt ölçekler;

- 1) Fiziksel fonksiyon
- 2) Rol kısıtlamaları (fiziksel sorunlara bağlı)
- 3) Sosyal fonksiyon
- 4) Rol kısıtlamaları (emosyonel sorunlara bağlı)
- 5) Mental sağlık
- 6) Vitalite (enerji ve yorgunluk)
- 7) Ağrı
- 8) Genel sağlık algısıdır (123).

Değerlendirme bazı maddeler hariç (3.madde, 5.madde, 6.madde) likert tipi ölçümle yapılmaktadır. Sorulara yanıt alınırken son 4 hafta göz önüne alınarak cevaplandırılması istenmektedir. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirir (0- kötü sağlık durumu, 100- iyi sağlık durumu). Yüksek puan iyi yaşam kalitesini gösterir (126).

3.3.4. Kanada Aktivite Performans Ölçümü (KAPÖ)

KAPÖ, bireyin kendine bakım, iş-üretici aktiviteler ve serbest zaman aktiviteleri alanlarındaki aktivite performansına ilişkin kendi algısının bir ölçümüdür. KAPÖ, kişinin günlük okupasyonlarda karşılaştığı problemleri yarı yapılandırılmış bir görüşme tekniği ile belirleyen bir değerlendirme aracıdır. Bu ölçüm, bireylerin aktivite performans problemlerini kendilerinin verdiği performans ve memnuniyet puanları ile değerlendirmektedir. İlk basamakta bireylerin rutininde yapamadığı, yapmak istediği veya yapmakta zorlandığı kendine bakım, üretkenlik ve serbest zaman aktivitelerini belirlemesi istenir. İkinci basamakta ise bireylerin bu belirledikleri aktivitelerin her birine 1 ile 10 arasında bir önem puanı vermesi istenir. Üçüncü basamakta ise önem puanına göre sıralanan aktivitelerden en fazla 5 aktivite seçip, her bir aktivite için yine 1 ile 10 arası performans ve memnuniyet puanı vermesi istenir. Elde edilen performans ve memnuniyet puanları toplanıp aktivite sayısına bölünerek bireyin performans ve memnuniyet puanları elde edilir (127).

Ölçeğin Türkçe kültürel adaptasyonu, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Torpil tarafından yapılmış cronbach alfa değeri 0,9 bulunmuştur (128).

American Occupational Therapy Association (AOTA) tarafından yayınlanan ergoterapi referans çerçevesi okupasyonları GYA, yardımcı günlük yaşam aktiviteleri (YGYA), dinlenme ve uyku, eğitim, iş, oyun, serbest zaman ve sosyal katılım olarak geniş bir yelpazede kategorize eder. GYA'lar kişinin kendi bedeniyle ilgilenmeye yönelik ve sosyal bir dünyada yaşamak için gerekli olan temel aktivitelerdir. YGYA ise genellikle daha karmaşık etkileşimler gerektiren, ev ve topluluk içindeki günlük yaşamı desteklemeye yönelik aktiviteleri kapsar. Dinlenme ve uyku diğer aktivitelere aktif katılımı gerçekleştirmek ve sağlıklı olabilmek için dinlenme ve uyku ile ilgili aktivitelerden oluşur. Eğitim, öğrenme ve eğitim ortamına katılmak için gerekli aktiviteleri kapsar. İş, emek veya efor gerektiren yaşamı organize etme süreçlerini içeren ücretli veya ücretsiz gerçekleştirilen aktiviteleri kapsar. Oyun, yapılmasından zevk duyulan, eğlenceli veya eğlenmeyi sağlayan kendiliğinden veya organize edilen aktivitelerdir. Serbest zaman, içsel olarak motive eden, isteğe bağlı yapılan, zorunlu olmayan diğer aktiviteleri kapsar. Sosyal katılım, akranlar, arkadaşlar ve aile ortamlarına katılımı desteklemek için yapılan aktivitelerden oluşmaktadır. Sosyal katılım yüz yüze olabileceği gibi uzaktan teknoloji araçları ile de gerçekleştirilebilir. Araştırmamızda, KAPÖ'nün kullanımındaki amaç bireylerin bakım verme sürecinde bu alanlardan sorun yaşadıkları aktiviteleri ve aktivite performansını belirlemektir (115).

3.4. İstatistiksel Analiz

Verilerin Analizi

Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS 25.0 programı ile yapılmıştır. Araştırmada ilk olarak veri toplama araçlarının normal dağılım hipotezine uyup uymadığı çarpıklık ve basıklık katsayılarına bakılmak suretiyle tespit edilmiş, veri setinde aykırı değerlerin olmadığı belirlenmiş ve parametrik test yöntemleri tercih edilmiştir (Tablo 4.1). Ardından veri toplama araçlarının güvenilirliği değerlendirilmiş ve daha sonrasında tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Son olarak da hipotez değerlendirmesi yapılmıştır. Hipotez değerlendirmesi yapılırken iki yöntem seçilmiştir. Bunlar;

1. Araştırma kapsamındaki kişilerin bakıcı yükü, yaşam kalitesi ve aktivite performans düzeylerinin yaşlarına göre farklılık gösterip göstermediği tespitinde normal dağılım varsayımını sağladığı için tek yönlü varyans analizi ile değerlendirilmiştir.

Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek amacıyla varyansların homojen olduğu durumlarda tamamlayıcı Post Hoc analizlerinden LSD, varyansların homojen olmadığı durumlarda tamamlayıcı Post Hoc analizlerinden Tamhane T2 tamamlayıcı analizleri kullanılmıştır.

2. Araştırma kapsamındaki kişilerin bakıcı yükü, yaşam kalitesi ve aktivite performans düzeyleri arasında ilişki olup olmadığı tespitinde normal dağılım varsayımını sağladığı için Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir (129, 130) .

Ulaşılan bütün sonuçlarda istatistiki anlamlılık $p < 0,05$ seviyesinde değerlendirilmiş ve r korelasyon katsayısının 0,40 dan az olması zayıf düzeyde korelasyon; 0,40 – 0,60 arasında olması orta düzeyde korelasyon; 0,60 – 0,70 yüksek düzeyde korelasyon; 0,70 – 0,90 çok yüksek düzeyde korelasyon şeklinde yorumlanmıştır (131).

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Bulgular

Grup 1’de yer alan katılımcıların yaş ortalamasının $50,1 \pm 13,93$ yıl, Grup 2’de yer alan katılımcıların yaş ortalamasının ise $47,12 \pm 14,48$ yıl olduğu belirlenmiştir. Her iki grupta yer alan katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 4.1’de yer almaktadır. Grupların sosyodemografik bilgilerini karşılaştırdığımızda cinsiyet ($p=0,825$), eğitim düzeyi ($p=0,489$), yaş ($p=0,292$) ve bakım alan kişinin yaşı ($p=0,537$) bakımından istatistiksel olarak bir fark bulunmadığı ve grupların homojen olduğu görülmüştür ($p>0,05$).

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

	Grup 1 n:51		Grup 2 n: 51	
	n	%	n	%
Cinsiyet				
Kadın	37	72,5	38	74,5
Erkek	14	27,5	13	25,5
Eğitim				
Okur yazar değil	3	5,9	4	7,8
İlkokul	16	31,4	19	37,3
Ortaokul	5	9,8	7	13,7
Lise	12	23,5	8	15,7
Üniversite	11	21,6	13	25,5
Lisanüstü	4	7,8	0	0
Yakınlık				
1.derece yakınlık	51	100	49	96,1
2.derece yakınlık	0	0	2	3,9
Bakım süresi				
6-8 ay	31	60,8	32	62,7
8-12 ay	8	15,7	7	13,7
12-24 ay	6	11,8	7	13,7
24 ay ve üzeri	6	11,8	5	9,8
Çalışma durumu				
Çalışıyor	4	7,86	10	19,6
Bakım verdiği için çalışmıyor	37	72,54	34	66,7
Diğer nedenlerden dolayı çalışmıyor	10	19,60	7	13,7

4.2. Katılımcıların Bakıcı Yükü Düzeylerine Ait Bulgular

Katılımcıların bakıcı yükü düzeylerinin farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=3,8$, $p=0,01$). Grup 1 de yer alan katılımcıların bakıcı yükü düzeylerinin Grup 2’de yer alan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4.2. Katılımcıların Bakıcı Yükü Düzeylerinin Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları

	Grup	n	X	SS	T	df	p
Zarit Bakıcı							
Yükü	Grup 1	51	3,56	0,82	3,801	100	*0,01
	Grup 2	51	2,91	0,90			

* $p<0.05$

4.3. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Düzeylerine Ait Bulgular

Grup 1 ve Grup 2’de yer alan katılımcıların SF-36 alt parametrelerinden olan ağrı düzeylerinin ($p=0,029$, $p<.05$) ve sosyal fonksiyon düzeylerinin ($t=-2.54$, $p=0,013$ $p<.05$) farklılığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Grup 1 de yer alan katılımcıların ağrı düzeylerinin Grup 2’de yer alan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Grup 2 de yer alan katılımcıların sosyal fonksiyon düzeylerinin ise Grup 1 de yer alan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Katılımcıların fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, genel sağlık, vitalite, mental sağlık düzeylerinin afazi durumlarına göre istatistiksel olarak %95 güven düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>05$).

Tablo 4.3. Katılımcıların Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları

	Afazi	n	Ort.	Std.Sapma	t	df	p
Fiziksel Fonksiyon	Grup 1	51	76,67	23,27	-0,652	100	0,516
	Grup 2	51	79,51	20,72			
Fiziksel Rol Güçlüğü	Grup 1	51	17,65	33,65	-1,629	100	0,106
	Grup 2	51	28,92	36,18			
Emosyonel Rol Fonksiyonu	Grup 1	51	18,30	31,49	-1,283	100	0,202
	Grup 2	51	26,80	35,29			
Ağrı	Grup 1	51	40,05	29,86	-2,212	100	*0,029
	Grup 2	51	52,70	27,86			
Genel Sağlık	Grup 1	51	45,20	25,69	-1,172	100	0,244
	Grup 2	51	50,98	24,13			
Sosyal Fonksiyon	Grup 1	51	36,81	29,33	-2,535	100	*0,013
	Grup 2	51	52,94	34,69			
Vitalite	Grup 1	51	22,16	23,22	-1,741	100	0,085
	Grup 2	51	31,47	30,34			
Mental Sağlık	Grup 1	51	37,81	24,54	-0,948	100	0,346
	Grup 2	51	42,82	28,71			

*p<.05

4.4. Katılımcıların Aktivite Performansı ve Memnuniyetine ait Bulgular

Her iki grupta yer alan katılımcıların aktivite performans düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($t=-3,31$, $p=0,001$). Grup 2’de yer alan katılımcıların aktivite performansı düzeylerinin Grup 1’de yer alan katılımcıların aktivite performansı düzeylerinden daha yüksek olduğu görülmüştür.

Her iki grupta yer alan katılımcıların memnuniyet düzeyleri arasında istatistiksel anlamlılık bulunmuştur ($t=-3,57$, $p=0,001$). Grup 2’de yer alan katılımcıların memnuniyet düzeylerinin grup 1’de yer alan katılımcıların memnuniyet düzeylerinden daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4.4. Katılımcıların Aktivite Performansı ve Memnuniyet Düzeylerinin Farklılıklarına Ait Analiz Sonuçları

	Grup	n	X	SS	t	df	p
Aktivite performansı	Grup 1	51	1,99	0,84	-3,303	100	*0,001
	Grup 2	51	2,63	1,12			
Aktivite memnuniyeti	Grup 1	51	2,95	1,74	-3,572	100	*0,001
	Grup 2	51	4,34	2,17			

*p<.05

4.5. KAPÖ'ye Göre Katılımcıların Problem Yaşadığı Aktivite Alanlarının Dağılımı

Tablo 4.5'de detayları verilen KAPÖ'ye göre Grup 1'de yer alan katılımcıların aktiviteleri incelendiğinde, %58,8'inin alışveriş yapma, %37,2'sinin aile görüşmeleri, %33,3'ünün yürüyüş yapma, %29,4'ünün iş aktivitesi, ve %25,5'inin kuaföre gitme gibi dışarıya çıkmayı gerektiren aktivitelerde daha çok problem yaşadıkları görülmüştür. Grup 2'de yer alan katılımcıların ise %43,13'ünün aile görüşmeleri, %33,3'ünün iş aktivitesi, %33,3'ünün yürüyüş yapma, %27,5'inin ev temizliği, %21,6'sının uyuma ve %11,8'inin banyo yapma aktivitelerinde problem yaşadıkları görülmüştür.

Tablo 4.5. Katılımcıların KAPÖ'ye Göre Belirledikleri Aktiviteler

Aktiviteler	Grup 1		Grup 2	
	n	%	n	%
GYA				
Kuaföre gitmek	13	25,5	5	9,8
Berbere gitmek	8	15,7	3	5,9
Yemek yemek	5	9,8	2	3,9
Banyo yapmak	4	7,8	6	11,8
Cilt bakımı yapmak	-	-	1	2,0
Diyet yapmak	-	-	1	2,0
YGYA				
Alışveriş yapmak	30	58,8	25	49,0
Ev temizliği	12	23,5	14	27,50
Çocuklarla ilgilenmek	6	11,8	-	-
Yemek yapmak	6	11,8	8	15,7
İbadet etmek	4	7,8	3	5,9
Hastaneye gitmek	3	5,9	1	2
Bankaya gitmek	2	3,9	-	-
Ev yönetimi	2	3,9	-	-
Ulaşım	1	2,0	1	2,0
Evcil hayvan bakmak	1	2,0	-	-
Telefon görüşmeleri	1	2,0	1	2,0
Kışlık hazırlamak	-	-	1	2,0
İş Aktiviteleri				
İşte çalışmak	15	29,4	17	33,3

Tablo 4.5. (devam) Katılımcıların KAPÖ'ye Göre Belirledikleri Aktiviteler

Sera/bahçe işleri	11	21,5	10	19,6
Toplantıya katılmak	2	3,9	-	-
Tarla sürmek	1	2	-	-
Eğitim				
Ders çalışmak	3	5,9	2	3,9
Eğitim vermek	1	2	-	-
Makale yazmak	1	2	-	-
Okuma yapmak	1	2	-	-
Kursa gitmek	-	-	2	3,9
Dinlenme ve uyku				
Uyumak	4	7,8	11	21,6
Serbest zaman				
Yürüyüş yapmak	17	33,3	17	33,3
Gezmek	15	29,4	14	27,5
El işi yapmak	7	13,7	13	25,5
Seyahat etmek	6	11,8	10	19,6
Spor yapmak	5	9,8	11	21,6
Kitap okumak	5	9,8	2	3,9
Tatile gitmek	6	11,8	2	3,9
Film/dizi izlemek	3	5,9	2	3,9
Müzik dinlemek	1	2	1	2
Resim yapmak	-	-	1	2,0
Sinemaya gitmek	-	-	1	2,0
Tiyatroya gitmek	-	-	1	2,0
Piknik yapmak	-	-	1	2,0
Oyun				
Voleybol oynamak	1	2,0	-	-
Sosyal katılım				
Ailemle görüşmek	19	37,2	22	43,13
Arkadaşlarla görüşmek	14	27,5	8	15,7
Akraba ziyareti	6	11,8	9	17,6
Gün yapmak	3	5,9	-	-
Torunlarla görüşmek	1	2	2	3,9
Pazar kahvaltısı	-	-	1	2,0

4.6. Korelasyon Analizi Sonuçları

4.6.1. Afazi Olan İnmeli Bireylerin Primer Bakım Verenlerinin Bakıcı Yükü,

Yaşam Kalitesi ve Aktivite Performansları Arasındaki İlişki

Katılımcıların bakıcı yükü düzeyleri ile SF-36 alt parametrelerinden fiziksel fonksiyon ($r=-.351$, $p=0,01$), fiziksel rol güçlüğü ($r=-.421$, $p=0,01$), emosyonel rol güçlüğü ($r=-.429$, $p=0,002$), ağrı ($r=-.430$, $p=0,002$) ve genel sağlık düzeyleri ($r=-.449$, $p=0,001$) arasında zayıf düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcıların bakıcı yükü ile SF-36 alt parametrelerinden sosyal fonksiyon ($r=-.545$, $p=0$), vitalite ($r=-.601$, $p=0$), ve mental sağlık ($r=-.549$, $p=0$) düzeyleri arasında orta düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

Katılımcıların aktivite performans düzeyleri ve bakıcı yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmazken, aktivite memnuniyet düzeyleri ile bakıcı yükü düzeyleri arasında orta düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=-.415$, $p=0,002$).

Katılımcıların aktivite performansı düzeyleri ile SF-36 alt parametrelerinden fiziksel rol güçlüğü ($r=.388$, $p=0,005$), vitalite ($r=.360$, $p=0,009$) ve mental sağlık ($r=.286$, $p=0,042$) arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcıların aktivite memnuniyeti ile vitalite arasında ise zayıf düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=.310$, $p=0,027$).

Tablo 4.6. Grup 1’de Yer Alan Katılımcıların Bakıcı Yükü, Yaşam Kalitesi ve Aktivite Performansları Arasındaki İlişki

Grup 1		Aktivite performansı	Aktivite memnuniyeti	Zarit bakıcı yükü	Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Emosyonel rol güçlüğü	Ağrı	Genel sağlık	Sosyal fonksiyon	Vitalite	Mental sağlık
Aktivite performansı	R		0,161	-0,27	0,083	,388**	0,212	0,244	0,222	0,047	,360**	,286*
	P		0,258	0,055	0,562	0,005	0,136	0,085	0,117	0,745	0,009	0,042
	N		51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
Aktivite memnuniyeti	R	0,161		-,415**	0,056	0,141	0,102	0,209	0,27	0,094	,310*	0,208
	P	0,258		0,002	0,698	0,325	0,475	0,141	0,055	0,513	0,027	0,143
	N	51		51	51	51	51	51	51	51	51	51
Zarit bakıcı yükü	R	-0,27	-,415**		-,351*	-,421**	-,429**	-,430**	-,449**	-,545**	-,601**	-,549**
	P	0,055	0,002		0,012	0,002	0,002	0,002	0,001	0	0	0
	N	51	51		51	51	51	51	51	51	51	51
Fiziksel fonksiyon	R	0,083	0,056	-,351*		,313*	0,108	,410**	,428**	-0,07	,301*	0,225
	P	0,562	0,698	0,012		0,025	0,452	0,003	0,002	0,625	0,032	0,113
	N	51	51	51		51	51	51	51	51	51	51
Fiziksel rol güçlüğü	R	,388**	0,141	-,421**	,313*		,570**	,385**	0,248	,309*	,485**	0,235
	P	0,005	0,325	0,002	0,025		0	0,005	0,08	0,027	0	0,097
	N	51	51	51	51		51	51	51	51	51	51
Emosyonel rol fonksiyonu	R	0,212	0,102	-,429**	0,108	,570**		,315*	0,148	,380**	,337*	,353*
	P	0,136	0,475	0,002	0,452	0		0,025	0,3	0,006	0,016	0,011
	N	51	51	51	51	51		51	51	51	51	51
Ağrı	R	0,244	0,209	-,430**	,410**	,385**	,315*		,451**	,302*	,406**	0,177
	P	0,085	0,141	0,002	0,003	0,005	0,025		0,001	0,031	0,003	0,215
	N	51	51	51	51	51	51		51	51	51	51
Genel sağlık	R	0,222	0,27	-,449**	,428**	0,248	0,148	,451**		,346*	,553**	,418**
	P	0,117	0,055	0,001	0,002	0,08	0,3	0,001		0,013	0	0,002
	N	51	51	51	51	51	51	51		51	51	51
Sosyal fonksiyon	R	0,047	0,094	-,545**	-0,07	,309*	,380**	,302*	,346*		,371**	0,271
	P	0,745	0,513	0	0,625	0,027	0,006	0,031	0,013		0,007	0,054
	N	51	51	51	51	51	51	51	51		51	51
Vitalite	R	,360**	,310*	-,601**	,301*	,485**	,337*	,406**	,553**	,371**		,739**
	P	0,009	0,027	0	0,032	0	0,016	0,003	0	0,007		0
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51		51
Mental sağlık	R	,286*	0,208	-,549**	0,225	0,235	,353*	0,177	,418**	0,271	,739**	
	P	0,042	0,143	0	0,113	0,097	0,011	0,215	0,002	0,054	0	
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	

*p<.05, **p<.01

4.6.2. Afazi Olmayan İnmeli Bireylerin Primer Bakım Verenlerinin Bakıcı Yükü, Yaşam Kalitesi ve Aktivite Performansları Arasındaki İlişki

Katılımcıların bakıcı yükü düzeyleri ile fiziksel rol güçlüğü ($r=-.287$, $p=0,041$), emosyonel rol güçlüğü ($r=-.318$, $p=0,023$), genel sağlık ($r=-.413$, $p=0,003$) düzeyleri arasında zayıf düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Katılımcıların bakıcı yükü ile fiziksel fonksiyon ($r=-.455$, $p=0,001$), ağrı ($r=-.629$, $p=0$), vitalite ($r=-.652$, $p=0$), mental sağlık ($r=-.731$, $p=0$), sosyal fonksiyon ($r=-.501$, $p=0$), düzeyleri arasında orta düzeyde negatif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

Katılımcıların aktivite memnuniyet düzeyleri ile bakıcı yükü düzeyleri arasında negatif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=-.465$, $p=0,001$).

Katılımcıların aktivite memnuniyet düzeyleri ile SF-36 alt parametrelerinden ağrı düzeyleri ($r=.319$, $p=0,022$), genel sağlık ($r=.290$, $p=0,039$), vitalite ($r=.333$, $p=0,017$), mental sağlık ($r=.307$, $p=0,028$) düzeyleri arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

Tablo 4.7. Grup 2’de Yer Alan Katılımcıların Bakıcı Yükü, Yaşam Kalitesi ve Aktivite Performansları Arasındaki İlişki

Grup 2	Aktivite performansı	Aktivite memnuniyeti	Zarit bakıcı yükü	Fiziksel fonksiyon	Fiziksel rol güçlüğü	Emosyonel rol güçlüğü	Ağrı	Genel sağlık	Sosyal fonksiyon	Vitalite	Mental sağlık
Aktivite performansı	R	,497**	-0,101	-0,073	-0,085	0,009	0,088	0,014	-0,033	0,112	0,062
	P	0	0,483	0,609	0,554	0,952	0,54	0,922	0,816	0,433	0,664
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
Aktivite memnuniyeti	R	,497**	-.465**	-0,053	0,114	0,142	,319*	,290*	0,178	,333*	,307*
	P	0	0,001	0,713	0,426	0,321	0,022	0,039	0,211	0,017	0,028
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
Zarit bakıcı yükü	R	-0,101	-.465**	-.455**	-.287*	-.318*	-.629**	-.413**	-.501**	-.652**	-.731**
	P	0,483	0,001	0,001	0,041	0,023	0	0,003	0	0	0
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
Fiziksel fonksiyon	R	-0,073	-0,053	-.455**	,426**	0,16	,468**	,307*	0,146	,424**	,427**
	P	0,609	0,713	0,001	0,002	0,263	0,001	0,028	0,305	0,002	0,002
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
Fiziksel rol güçlüğü	R	-0,085	0,114	-.287*	,426**	,516**	,580**	,448**	,439**	,339*	,307*
	P	0,554	0,426	0,041	0,002	0	0	0,001	0,001	0,015	0,029
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
Emosyonel rol güçlüğü	R	0,009	0,142	-.318*	0,16	,516**	,471**	0,25	,431**	,333*	,305*
	P	0,952	0,321	0,023	0,263	0	0	0,076	0,002	0,017	0,029
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
Ağrı	R	0,088	,319*	-.629**	,468**	,580**	,471**	,634**	,549**	,643**	,652**
	P	0,54	0,022	0	0,001	0	0	0	0	0	0
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
Genel sağlık	R	0,014	,290*	-.413**	,307*	,448**	0,25	,634**	,598**	,548**	,461**
	P	0,922	0,039	0,003	0,028	0,001	0,076	0	0	0	0,001
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
Sosyal fonksiyon	R	-0,033	0,178	-.501**	0,146	,439**	,431**	,549**	,598**	,465**	,462**
	P	0,816	0,211	0	0,305	0,001	0,002	0	0	0,001	0,001
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
Vitalite	R	0,112	,333*	-.652**	,424**	,339*	,333*	,643**	,548**	,465**	,864**
	P	0,433	0,017	0	0,002	0,015	0,017	0	0	0,001	0
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
Mental sağlık	R	0,062	,307*	-.731**	,427**	,307*	,305*	,652**	,461**	,462**	,864**
	P	0,664	0,028	0	0,002	0,029	0,029	0	0,001	0,001	0
	N	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51

*p<.05, **p<.01

5. TARTIŞMA

Afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin primer bakım verenlerinin bakıcı yükü, yaşam kalitesi ve aktivite performanslarını incelediğimiz bu çalışmada afazi olan inmeli bireylerin primer bakım verenlerinin afazi olmayan inmeli bireylere primer bakım verenlere göre aktivite performans düzeylerinin daha düşük ve bakıcı yükü düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda elde edilen bir diğer sonuç da afazi olan inmeli bireye bakım verenlerin afazi olmayan inmeli bireye bakım verenlere göre ağrı düzeylerinin daha yüksek olması ve sosyal fonksiyonların daha düşük olmasıdır.

İnmeli bireylerin primer bakım verenleriyle yapılan çalışmalar, bakım verme rolünü çoğunlukla kadınların üstlendiğini ve bakım verenlerin genellikle eş, ebeveyn, evlat gibi aile yakınlarından oluştuğunu göstermektedir (16, 22, 74, 79, 132). Çalışmamızda her iki grupta yer alan katılımcıların çoğunun kadın olması literatürle paralellik göstermektedir. Aynı zamanda bu bakım verenlerin çoğunun eş, ebeveyn, evlat gibi birinci derece akraba olması yine literatürle benzerlik gösteren bir diğer sonuçtur. Aile bireylerin bakım verme konusunda rol üstlenmesinin Türk toplumunda kültürel olarak aile bütünlüğüne önem verilmesi ve bu bütünlüğün korunması düşüncesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz. Ayrıca çalışmamızda kadın bakım verenlerin fazla olmasının bakım verme rolünün kadınlar tarafından üstlenilmesinin toplumsal olarak kabul görülmesinden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

Literatüre baktığımızda inmeli bireylere primer bakım veren kişilerle yapılan çalışmalar, bakım verme sürecinin çalışma saatlerinde azalma, istifa veya aile üyesine bakmak için işten ayrılmaya neden olduğunu ortaya koymuştur (78). Aynı şekilde McGurk ve Kneebone'nin 2013'te afazili bireylere bakım verenlerle yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %80'inin istihdamının azaldığını veya işlerini tamamen bıraktığını ortaya koymuştur (133). Çalışmamızda bu çalışmalarda olduğu gibi her iki grupta yer alan katılımcıların büyük çoğunluğunun bakım verdiği için mesleğini yapamadığı tespit edilmiştir. İnmenin uzun süren bir iyileşme süreci olması ve özellikle aile yakınlarının bu süreçte aktif olarak rol almalarının bakım verenlerin işten ayrılmalarında etken olabileceği düşünülmektedir.

İnme, GYA'da fonksiyonel limitasyonlara, bilişsel bozulmaya ve davranışsal bozukluğa neden olur ve bunların tümü bakım verme yükünü artırır (74). Bakas ve

arkadaşlarının 2006’da afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin bakım veren aile üyelerini incelediği çalışmada, inme sonrası afazili kişilere bakım verenlerin, afazisi olmayan inme geçirmiş kişilere bakarlara göre daha fazla bakım yükü yaşadıkları belirtilmiştir (91). Çalışmamızda benzer olarak Grup 1’de yer alan katılımcıların bakıcı yükü düzeylerinin Grup 2’de yer alan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun nedeninin literatürde belirtildiği gibi (24, 134, 135) bakım verenin genellikle sözlü olmayan ipuçlarını yorumlama ve inme geçiren kişi adına iletişim kurma konusunda ek sorumluluk üstlenmesinden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Bu sonucumuzu destekleyen katılımcı görüşlerinden örnekler aşağıda yer almaktadır:

“Eşimin kendini ifade edememesi benim tüm günümü etkiliyor (Grup 1 K2).”

“Annem kendini ifade edemediği için onu hiç yalnız bırakamıyorum. Kendi zamanım, günüm kalmadı (Grup 1 K4).”

“Sürekli ne zaman konuşacak diye düşünüyorum, eşimin kendini ifade edememesi benim tüm günümü etkiliyor (Grup 1 K2).”

İnmeli bireylere bakım verme sürecinin bakım verenlerin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi hakkında literatüre baktığımızda, Lutz ve arkadaşları 2010 yılında yaptıkları çalışmada bakım veren aile üyelerinin fiziksel sağlıkta düşüş, yaşam kalitesinde azalma ve depresyon yaşadıklarını ortaya koymuşlardır (61). Yapılan çalışmalar, afazi olan inmeli bireye bakım verenlerin afazi olmayan inmeli bireylere bakım veren kişilere göre daha olumsuz sağlık koşullarına sahip olduklarını göstermiştir (91, 136). Çalışmamızda da benzer şekilde Grup 1’de yer alan katılımcıların SF-36 alt parametresi olan ağrı düzeylerinin Grup 2’de yer alan katılımcılardan daha yüksek olduğu görülmüştür. Afazi olan inmeli bireylerin konuşma sırasında kendini ifade etmekte daha fazla güçlük çekmesinin hem inmeli bireyde hem de bakım vereninde oluşturduğu duygusal sorunların vücut ağrılarını daha çok hissedilmesine neden olabileceğini düşündürmektedir. Grup 1’de yer alan katılımcıların bu görüşümüzü destekleyen ifadeleri aşağıda yer almaktadır:

“Eşim konuşamadığı için çok üzülüyor ve çok öfkeleniyor. Onun bu hali beni de çok üzüyor ve bitmeyen baş ağrılarına neden oluyor. Hastane ortamında olmak baş ağrılarımı daha fazla artırdı, benim de yaşam kalitem çok etkilenmiş durumda (Grup 1 K2).”

“Önceki hayatımda özgürdüm, mutluydum şu an özgürlüğüm kısıtlandı ve yaşam kalitem eskisine göre çok değişti (Grup 1 K8).”

“Yaşam kalitem çok etkilenmiş durumda. Eşim kendini ifade edemediği için günün 24 saati yanında olmak zorundayım (Grup 1 K11).”

McClenahan ve Weinman’ın afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin bakım verenleri arasındaki farklılıkları araştırdığı çalışmalarında, her iki grup arasında genel sağlık algıları, algılanan sosyal destek, başa çıkma becerisi ve öz-yeterlik açısından farklılık olmadığını ortaya koymuşlardır (137). Çalışmamızda bu çalışmadan farklı olarak afazi olan inmeli bireylere bakım veren katılımcıların SF-36 alt parametresi olan sosyal fonksiyon düzeylerinin Grup 2’de yer alan katılımcılardan daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bunun nedeninin afazi olan inmeli bireylerin bakım verenlerinin daha fazla bakım yükü hissedip yakınlarını yalnız bırakmamak için sosyal fonksiyonlarına ayırdığı zamanı azaltmaya gittiklerinden kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz.

İnmeli bireylere bakım vermek, genel olarak stresli, zaman alıcı ve yorucu olarak kabul edilmektedir. Haley 2020’de afazi olan inmeli bireylere bakım veren kişilerin aktivite tercihlerini ve aktivite dengesini incelediği çalışmasında bakım verenlerin serbest zaman aktivitelerini, arkadaş ve akraba ziyaretlerini daha az yaptığı sonucuna varmıştır. Bu çalışmada aynı zamanda afazili kişilere bakım verenler, genellikle bakım sorumluluklarıyla meşgul oldukları ve kendileri için zevkli ve iyilik halini artırıcı fiziksel aktivitelerde bulunmak için sınırlı zamanları olduğunu hissettiklerini de belirtmiştir (16). Çalışmamızda Grup 1’de yer alan katılımcıların aktivite performans ve memnuniyet düzeylerinin Grup 2’de yer alan katılımcılardan daha düşük olduğu sonucu Halley’in çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Bu sonucumuzun afazili bireyin yaşadığı çevrede ihtiyaçlarını dile getirememesi ve bakım verenin bakım vermeye ilgili daha fazla sorumluluk almasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Buna ek olarak aktivite performansı düşük olan katılımcıların memnuniyetlerinin de düşük olmasının birey için anlamlı olan aktivitelerin gerçekleştirilememesinin bir yansıması olabileceğini düşünmekteyiz.

Halley’in çalışmasında afazi olan inmeli bireye bakım verenlerin toplumda sosyal olarak, iş, eğitim ve gönüllü aktiviteler açısından daha az etkileşimde buldukları gösterilmiştir (16). Çalışmamızda Grup 1’de yer alan katılımcıların problem yaşadığı aktiviteler incelendiğinde de Halley’in çalışmasına paralel olarak iş, eğitim aktiviteleri, serbest zaman, sosyal katılım, yürüyüş ve gezme gibi iyilik halini artırıcı fiziksel aktiviteleri belirten katılımcı sayısının yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonucumuzu destekleyen afazili bireye bakım veren katılımcı görüşlerinden bazıları aşağıda verilmiştir:

“Bakım verme süreci hayatımı çok etkiledi. En önemlisi mesleğimi yapamıyorum, sosyal aktivitelere katılımım kalmadı. Kafeye gidip bir çay içemiyorum, spor yapamıyorum (Grup 1 K3).”

“İşimi yapamıyorum, arkadaşlarımla görüşemiyorum, ailemle görüşemiyorum (Grup 1 K9).”

“Hayatım bu süreçte çok etkilendi. İşimi yapamıyorum, sosyal hayatım kalmadı (Grup 1 K16).”

“Babamın hastalığı ve kendini ifade edememesi iş hayatımı, sosyal yaşamımı çok etkiledi. İş seyahati yapmam gerekiyor yapamıyorum, makale yazmam gerekiyor yazamıyorum (Grup 1 K50).”

Dongen ve arkadaşlarının 2014’te inme sonrası yakınlarına bakım veren bireylerin okupasyonlarındaki değişiklikleri inceledikleri çalışmalarında bakım verenlerin, yakınına yalnız bırakmanın yarattığı endişe ve suçluluk duygusu nedeniyle serbest zaman aktivitelerine daha az zaman ayırdıkları belirtilmiştir (118). Çalışmamızda yukarıdaki durumu ifade eden her iki grupta yer alan katılımcı görüşleri aşağıda yer almaktadır:

“Serbest zamanlarımda spora giderdim çok aktif bir yaşamım vardı ve şu an ara vermiş durumdayım, Acaba bir şeye ihtiyacı olur mu diye düşünmekten kafeye gidip kahve, çay içmek istemiyorum (Grup 1 K3).”

“Onu bırakıp bir yere gidemiyorum. Serbest zaman ve sosyal aktivitelerimin hiçbirini yapamaz oldum. Bir an olsun bırakmak istemiyorum (Grup 2 K2).”

“Tüm günümü eşime adıyorum. Sosyal aktivitelerim kalmadı, kendi hayatımı arka plana aldım, eşimi yalnız bırakmak istemiyorum (Grup 2 K20).”

Afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin bakım verenlerin yaşadığı problemleri karşılaştıran çalışmaların sonuçları, yaşanan aktivite problemlerin çoğunun afazisi olan inmeli bireylerin bakım verenleri tarafından daha fazla yaşandığını göstermektedir (138, 139). Grawburg ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptıkları çalışma sonucunda afazi olan inmeli bireylerin bakım verenlerinin beslenme alışkanlıklarında da değişiklikler yaşadıklarını belirtmiştir (140). Çalışmamızda yemek yeme aktivitesinde problem yaşadığını belirten katılımcılar incelendiğinde Grup 1’de yer alan katılımcıların oranının daha yüksek olması bu çalışmaların sonuçlarıyla benzerdir. Grup 1’de yer alan katılımcıların

Grup 2’de yer alan katılımcılara göre yemek yeme aktivitesinde daha fazla problem yaşadıklarını belirtmesini, diğer inmeli bireylere kıyasla bakım verme sorumluluklarının fazla olmasına ve bu durumun beslenme rutinlerini aksatabilmesinden kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Mcgurk ve Kneebone’nin yaptıkları çalışmada afazi olan inmeli bireylere bakım verenlerin bu bireylerle yaşadıkları iletişim zorlukları nedeniyle afazi olmayan inmeli bireylere bakım veren bireylere kıyasla serbest zaman aktivitelerine daha fazla problem yaşadıklarını belirtmişlerdir (133). Çalışmamızda bu çalışmadan farklı olarak serbest zaman aktivitelerinde problem yaşadığını belirten katılımcı sayısı Grup 2’de daha fazla bulunmuştur. Grup 1’de yer alan katılımcıların problem yaşadıkları aktivite alanları incelendiğinde bu grubun daha çok eğitim aktivitelerinde, kuaföre gitme, berbere gitme, bankaya gitme, ev yönetimi, çocuklarla ilgilenme gibi temel ve yardımcı GYA alanlarında problem yaşadıkları görülmüştür. Bu sonucun ortaya çıkmasında Grup 1’de yer alan katılımcıların daha temel olan günlük yaşam aktivitelerinde problem yaşamalarının ve serbest zaman aktivitelerine öncelik verememelerinin etken olduğunu düşünmekteyiz.

Mcgurk ve Kneebone aynı çalışmada afazi olan inmeli bireylerin bakım verenlerinin, afazi olmayan inmeli bireyin bakım verenlerine göre ev işleri ile ilgili daha fazla sorun yaşadıklarını belirtmiştir (133). Çalışmamızda grupların problem yaşadıkları aktiviteler incelendiğinde Grup1’de alışveriş yapma, çocuklarla ilgilenme gibi ev işlerinde sorun yaşadığını belirten katılımcı sayısının fazla olması ve Grup 2’de yer alan katılımcılardan farklı olarak ev yönetiminde sorun yaşadıklarını belirtmesi bu çalışmanın sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Grupların aktivite performans ve memnuniyet düzeylerini incelediğimizde Grup 1’de yer alan katılımcıların aktivite performansı ve memnuniyet skorlarının Grup 2’de yer alan katılımcıların skorlarından daha düşük olduğunun görülmesi de bu çalışmanın sonuçlarıyla benzerdir. Bu sonucun Grup 1’de yer alan katılımcıların daha önce ev yönetimi rolünü paylaştığı afazi olan eşi veya yakını ile iletişim kurmakta zorlanmasından kaynaklanabileceğini düşünmekteyiz. Afazisi olan inmeli bireylerin ve eşlerinin inme sonrası ev yaşamında değişen rollerinin ve bu değişimin etkilerinin incelendiği çalışmalar yapılmasının bu alana katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Yapılan çalışmalar bakım verme sürecinin, bakım verenler için serbest zaman, sosyalleşme, uyku ve dinlenme aktivitelerine ayırdıkları zamanın azalmasına neden

olduğunu ve bu durumun bakım verenlerin sağlığını ve yaşam kalitesini etkileyebileceğini göstermektedir (76, 77). Steber ve arkadaşlarının 2017 yılında inmeli bireylere bakım verenlerin serbest zaman aktiviteleri üzerine etkisini incelediği çalışmada özellikle serbest zaman aktivitelerindeki kısıtlılığın zamanla bakım verenlerde duygusal sıkıntı ve yüke neden olduğunu ortaya koymuştur. Bakım verenlerin hissettiği bu yükün bakım verenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği de belirtilmiştir (117). Grup 1 ve Grup 2’de yer alan katılımcıların bakıcı yükü düzeylerinin arttıkça fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, genel sağlık, sosyal fonksiyon, vitalite ve mental sağlık düzeylerinin de azalması bu çalışmaların sonuçlarıyla paraleldir. Aynı zamanda bu çalışmalara benzer olarak katılımcıların bakıcı yükü arttıkça ağrılarının da arttığı görülmüştür.

Karayazgan’ın 2013’te şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptığı çalışma sonucunda bakım verenlerin aktivite memnuniyeti ve ağrı düzeyleri arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (141). Çalışmamızda bu çalışmadan farklı olarak Grup 2’de yer alan katılımcıların aktivite memnuniyet düzeyleri arttıkça ağrılarının da azaldığı görülmüştür. Buna ek olarak her iki grupta yer alan katılımcıların bakıcı yükleri azaldıkça aktivite memnuniyetlerinin arttığı tespit edilmiştir.

Bu çalışmanın limitasyonu Covid-19 pandemi döneminde yapılması nedeniyle yüz yüze görüşmenin daha kısa olması ve yarı yapılandırılmış görüşmenin ayrıntılı olarak yapılamamasıdır.

Afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin primer bakım verenlerini bakıcı yükü, yaşam kalitesi ve aktivite performansını incelediğimiz bu çalışmada afazi olan inmeli bireye bakım verenlerin afazi olmayan inmeli bireye bakım verenlere göre daha fazla bakıcı yükü yaşadıkları, daha fazla ağrı yaşadıkları, daha az sosyal fonksiyon gösterdikleri ve aktivite performanslarının daha düşük düzeyde olduğu sonucu ortaya konmuştur. İnme rehabilitasyonunun önemli bir üyesi olan bakım verenler için hazırlanacak destek programlarında afazili bir bireye bakım verenlerin bakıcı yükü, ağrı, sosyal fonksiyon ve aktivite performanslarının da değerlendirilmesi ve bunlara yönelik müdahalelerin yer alması önerilmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

1. Afazi olan inmeli bireylere bakım veren katılımcıların afazi olmayan bireylere bakım veren katılımcılardan daha fazla bakıcı yükü hissettiği görülmüştür. Afazisi olan inmeli bireylerin yakınlarıyla yaşadıkları iletişim problemleri bakım verenlerin daha fazla yük hissetmesine neden olabilmektedir. Afazi olan inmeli bireyler ve bakım verenleri arasındaki iletişim becerilerini geliştirmek amacıyla afazili bireylerin güçlü yönlerini keşfetmeye yönelik ergoterapi müdahalelerinin yapılmasının ve farkındalık eğitimlerinin düzenlenmesinin bakım verenlerin bakıcı yükünü azaltabileceğini düşünmekteyiz.
2. Afazi olan inmeli bireylere bakım verenlerin afazi olmayan bireylere bakım veren katılımcılardan daha fazla ağrı yaşadıkları ve daha düşük sosyal fonksiyonlara sahip olduğu görülmüştür. Afazi olan inmeli bireylerin bakım verenlerinin daha fazla bakıcı yükü hissetmesinin yaşam kalitesinde azalmaya neden olduğu görülmektedir. Bu bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesinin ve bakım verenlerin algıladıkları yükü azaltmaya yönelik yapılacak ergoterapi müdahalelerinin bakım verenlerin yaşam kalitesinin artırılmasında katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.
3. Afazi olan inmeli bireylere bakım verenlerin aktivite performans ve memnuniyet skorlarının afazi olmayan inmeli bireylere bakım veren katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmüştür. Afazi olan inmeli bireylere bakım verenler inme geçiren yakınlarıyla daha fazla iletişim ve algısal sorunlar yaşadığından sevdikleriyle beraber yapabilecekleri aktiviteleri yeniden keşfetme konusunda yardıma ihtiyaç duyabilirler. İnmeden önce yapılan birçok aktivite aktif iletişimi gerektirebileceğinden, bakım verenlerin yakınlarıyla birlikte aktivite katılımını artırmayı hedefleyen ergoterapi programları ve rehberlik hizmetlerinin sunulması yararlı olacaktır.
4. Afazisi olan inmeli bireye bakım verenlerin diğer gruba kıyasla alışveriş yapmak, bankaya gitmek, hastaneye gitmek, kuaföre gitmek gibi dışarı çıkmayı gerektiren ve motivasyon ve dikkati sürdürmeyi içeren eğitim aktivitelerinde daha fazla

zorluk yaşadıkları görülmektedir. Afazi olan inmeli bireylere bakım verenler yakınlarının kendini ifade edememesinden dolayı onları yalnız bırakmaktan kaçınılmaktadırlar. Afazisi olan inmeli bireylere bakım veren kişilerin aktivite performanslarını arttırmayı hedefleyen ergoterapi müdahale ve değerlendirme programlarının düzenlenmesi bakım verenlerin anlamlı aktivitelere katılımlarını arttırmalarına katkı sağlayacaktır.

5. İnmeli bireylere bakım veren kişilerin büyük bir kısmının iş ve üretici aktivitelerini gerçekleştiremedikleri görülmüştür. Çalışmamızda her iki grupta yer alan katılımcıların aynı zamanda sosyal katılım ve serbest zaman aktivitelerini gerçekleştirmede problemler yaşadıkları görülmüştür. Bakım verenlerin yeni rollerine uyum sağlaması ve okupasyonel dengesini sürdürmeye yardımcı olacak ergoterapi rehberliğinin ve müdahalelerinin genişletilmesi bu alanda bakım verenlere faydalı olacaktır. Ayrıca inmeli bireylerle çalışan ergoterapistlerin inmeli bireylere bakım veren kişilerin de aktivite dengelerini değerlendirmesinin önemli olduğunu düşünmekteyiz.

7. KAYNAKLAR

1. Boursin P, Paternotte S, Dercy B, Sabben C, Maïer B. Semantics, epidemiology and semiology of stroke. *Soins; La Revue De Reference Infirmiere*. 2018;63(828):24-7.
2. Sit JW, Wong TK, Clinton M, Li LS, Fong Ym. Stroke care in the home: the impact of social support on the general health of family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*. 2004;13(7):816-24.
3. Ski C, O'Connell B. Stroke: the increasing complexity of carer needs. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2007;39(3):172-9.
4. Han Y, Liu Y, Zhang X, Tam W, Mao J, Lopez V. Chinese family caregivers of stroke survivors: determinants of caregiving burden within the first six months. *Journal of Clinical Nursing*. 2017;26(23-24):4558-66.
5. Mollaoğlu M, Özkan Tuncay F, Kars Fertelli T. İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2011;C4/S3.
6. Fertelli TK, Tuncay FÖ. İnmeli bireye bakım verenlerde bakım yükü, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Journal of Academic Research in Nursing*. 2019;5(2):107-115.
7. Selçuk KT, Avcı D. Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016;7(1):1-9.
8. Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Co'te R, Durcan L, Carlton J. Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2002;83(8):1035-42.
9. Tuncay FÖ, Mollaoğlu M, Fertelli TK. Kronik hastalığı olan bireye bakım verenlerde bakım yükü ve sosyal destek düzeyi. *Psikiyatri/Nöroloji/Davranış Bilimleri Dergisi*. 2015;8:5-10.
10. Limpawattana P, Theeranut A, Chindapasirt J, Sawanyawisuth K, Pimporm J. Caregivers burden of older adults with chronic illnesses in the community: a cross-sectional study. *Journal of Community Health*. 2013;38(1):40-5.
11. González GMC, Herrera BS, Ortiz LB, Díaz LC. Carga del cuidado de la enfermedad crónica no transmisibile. *Aquichan*. 2013;13(2):247-60.
12. İnci FH, Kartal A, Koştı N. İnmeli hastaya bakım verenlerin bakım yüküne yönelik kanıta dayalı uygulamalar. *Türkiye Klinikleri*. 2017;3(1).
13. Yu Y, Hu J, Efird JT, McCoy TP. Social support, coping strategies and health-related quality of life among primary caregivers of stroke survivors in China. *Journal of Clinical Nursing*. 2013;22(15-16):2160-71.

14. Hickey J. Clinical practice of neurological & neurosurgical nursing: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
15. Kniepmann K, Cupler MH. Occupational changes in caregivers for spouses with stroke and aphasia. *British Journal of Occupational Therapy*. 2014;77(1):10-8.
16. Haley KL, Jacks A, Morrison B, Richardson JD. Balance and preference in activity participation for informal caregivers of people with aphasia: A questionnaire study. *Aphasiology*. 2020;34(9):1182-200.
17. Béjot Y, Daubail B, Giroud M. Epidemiology of stroke and transient ischemic attacks: Current knowledge and perspectives. *Revue Neurologique*. 2016;172(1):59-68.
18. Katan M, Luft A, editors. Global burden of stroke. *Seminars in neurology*; 2018: Georg Thieme Verlag.
19. Hu P, Yang Q, Kong L, Hu L, Zeng L. Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medicine*. 2018;97(40).
20. Efi P, Fani K, Eleni T, Stylianos K, Vassilios K, Konstantinos B, et al. Quality of life and psychological distress of caregivers' of stroke people. *Acta Neurol Taiwan*. 2017;26(4):154-66.
21. Longacre ML, Applebaum AJ, Buzaglo JS, Miller MF, Golant M, Rowland JH, et al. Reducing informal caregiver burden in cancer: evidence-based programs in practice. *Translational Behavioral Medicine*. 2018;8(2):145-55.
22. Günel A. Social problem solving approach, caregiving role, depression and quality of life in stroke caregivers. *Journal of Human Rhythm*. 2019;5(2):86-102.
23. Jellema S, Wijnen MA, Steultjens EM, Nijhuis-van der Sanden MW, van der Sande R. Valued activities and informal caregiving in stroke: a scoping review. *Disability and Rehabilitation*. 2019;41(18):2223-34.
24. Rombough RE, Howse EL, Bartfay WJ. Caregiver strain and caregiver burden of primary caregivers of stroke survivors with and without aphasia. *Rehabilitation Nursing*. 2006;31(5):199-209.
25. Grawburg M, Howe T, Worrall L, Scarinci N. A qualitative investigation into third-party functioning and third-party disability in aphasia: Positive and negative experiences of family members of people with aphasia. *Aphasiology*. 2013;27(7):828-48.
26. Beydoğan A, Öneş K. Serebrovasküler olay geçiren hastalarda volar statik el-el bileği ortez kullanımının etkinliği. İstanbul, 2008.
27. Hudspeth AJ, Jessell TM, Kandel ER, Schwartz JH, Siegelbaum SA. Principles of neural science: McGraw-Hill, Health Professions Division; 2013.
28. Martin ST, Kessler M. Neurologic Interventions for Physical Therapy-E-Book: Elsevier Health Sciences; 2020.

29. Qureshi AI, Tuhim S, Broderick JP, Batjer HH, Hondo H, Hanley DF. Spontaneous intracerebral hemorrhage. *New England Journal of Medicine*. 2001;344(19):1450-60.
30. Muehlschlegel S. Subarachnoid hemorrhage. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*. 2018;24(6):1623-57.
31. Adams Jr HP, Bendixen BH, Kappelle LJ, Biller J, Love BB, Gordon DL, et al. Classification of subtype of acute ischemic stroke. Definitions for use in a multicenter clinical trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke*. 1993;24(1):35-41.
32. Adams Jr HP, Biller J. Classification of subtypes of ischemic stroke: history of the trial of org 10 172 in acute stroke treatment classification. *Stroke*. 2015;46(5):e114-e7.
33. Mirzaei M, Truswell AS, Arnett K, Page A, Taylor R, Leeder SR. Cerebrovascular disease in 48 countries: secular trends in mortality 1950–2005. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2012;83(2):138-45.
34. Wolters FJ, Ikram MA. Epidemiology of vascular dementia: nosology in a time of epimics. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*. 2019;39(8):1542-9.
35. Ozturk S. Epidemiology and the global burden of stroke--situation in Turkey. *World Neurosurgery*. 2013;81(5-6):e35-6.
36. Hamamcı M. Ardahan İlinin İnme İnsidansı ve İldeki İnme Hastalarının Demografik Özellikleri. *Turk J Neurol*. 2019;25:129-34.
37. Ovbiagele B, Nguyen-Huynh MN. Stroke epidemiology: advancing our understanding of disease mechanism and therapy. *Neurotherapeutics*. 2011;8(3):319-29.
38. Mukherjee D, Patil CG. Epidemiology and the global burden of stroke. *World Neurosurgery*. 2011;76(6):S85-S90.
39. Balbay Y, Gagnon-Arpin I, Malhan S, Öksüz ME, Sutherland G, Dobrescu A, et al. Modeling the burden of cardiovascular disease in Turkey. *Anatolian Journal of Cardiology*. 2018;20(4):235.
40. Goldstein LB, Bushnell CD, Adams RJ, Appel LJ, Braun LT, Chaturvedi S, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2011;42(2):517-84.
41. Silva GS, Lima FO, Camargo EC, Smith WS, Lev MH, Harris GJ, et al. Gender differences in outcomes after ischemic stroke: role of ischemic lesion volume and intracranial large-artery occlusion. *Cerebrovascular Diseases*. 2010;30(5):470-5.
42. Gargano J, Reeves MJ, Paul Coverdell National Acute Stroke Registry Michigan Prototype Investigators. Sex differences in stroke recovery and stroke-specific quality of life: results from a statewide stroke registry. *Stroke*. 2007;38(9):2541-8.
43. Feigin VL, Mensah GA, Norrving B, Murray CJ, Roth GA. Atlas of the global burden of stroke (1990-2013): the GBD 2013 study. *Neuroepidemiology*. 2015;45(3):230-6.

44. Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R, Mensah GA, Connor M, Bennett DA, et al. Global and regional burden of stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2014;383(9913):245-55.
45. Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, Adams RJ, Berry JD, Brown TM, et al. Heart disease and stroke statistics—2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2011;123(4):e18-e209.
46. Hakverdioğlu Yönt G, Korhan EA. İnmeli Hastalarda İhmal Edilen Bir Sorun: Patolojik Gülme ve Ağlama. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi*.2010;17(1).
47. Alaszewski H, Alaszewski A, Potter J, Penhale B, Billings J. Life after stroke: Reconstructing everyday life. Canterbury: Centre for Health Services Study, University of Kent. 2003. <http://www.kent.ac.uk/chss/publications/Stroke.pdf>
48. Memiş S, Tülek Z. İnmeli hastalarda görülen konuşma bozukluklarında hemşirenin rolü. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2004;8(1).
49. Aslan H. Kronik inmeli hastalarda kognitif düzey ile üst ekstremitte fonksiyonları arasındaki ilişkinin incelenmesi: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2021.
50. Karaman NS, Tuncer T. Akut dönemde inme rehabilitasyonu. *Türkiye Klinikleri Journal of Physical Medicine Rehabilitation Special Topics*. 2016;9(1):53-62.
51. Filiz E, Yıldırım Ş. İnme sonrası hasta ve bakım verenlerin aile içi ilişkilerinin değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2019;6(3):182-9.
52. Worrall L, Papathanasiou I, Sherratt S. Therapy approaches to aphasia. *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. 2013:93-112.
53. Berthier ML. Poststroke aphasia. *Drugs & Aging*. 2005;22(2):163-82.
54. Purdy M. Aphasia, alexia, and agraphia. *Encyclopedia of Mental Health*. 2016;1:81-9.
55. Sinanović O, Mrkonjić Z, Zukić S, Vidović M, Imamović K. Post-stroke language disorders. *Acta Clinica Croatica*. 2011;50(1):79-93.
56. Marczyński CA, Kertesz A. Category and letter fluency in semantic dementia, primary progressive aphasia, and Alzheimer's disease. *Brain and Language*. 2006;97(3):258-65.
57. Vidović M, Sinanović O, Šabaškić L, Hatičić A, Brkić E. Incidence and types of speech disorders in stroke patients. *Acta Clinica Croatica*. 2011;50(4):491-3.
58. Ardila A. Interaction between lexical and grammatical language systems in the brain. *Physics of Life Reviews*. 2012;9(2):198-214.
59. Yourganov G, Smith KG, Fridriksson J, Rorden C. Predicting aphasia type from brain damage measured with structural MRI. *Cortex*. 2015;73:203-15.

60. Bai J, Cao W, Zhang J, Xu Y, Shen X, Gu X, et al. Investigation on attending demand of main home caregivers of cerebral apoplexy patients. *Family Nurse*. 2008;6:855-8.
61. Lutz BJ, Young ME. Rethinking intervention strategies in stroke family caregiving. *Rehabilitation Nursing*. 2010;35(4):152-60.
62. Sprangers MA, de Regt EB, Andries F, van Agt HM, Bijl RV, de Boer JB, et al. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology*. 2000;53(9):895-907.
63. Bocchi SCM. Living the burden in becoming a family caregiver for a cerebrovascular accident survivor: knowledge analysis. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*. 2004;12(1):115-21.
64. Rigby H, Gubitz G, Eskes G, Reidy Y, Christian C, Grover V, et al. Caring for stroke survivors: baseline and 1-year determinants of caregiver burden. *International Journal of Stroke*. 2009;4(3):152-8.
65. Vincent C, Desrosiers J, Landreville P, Demers L. Burden of caregivers of people with stroke: evolution and predictors. *Cerebrovascular Diseases*. 2009;27(5):456-64.
66. Morimoto T, Schreiner AS, Asano H. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age and Ageing*. 2003;32(2):218-23.
67. Rezende TCB, Coimbra AMV, Costallat LTL, Coimbra IB. Factors of high impacts on the life of caregivers of disabled elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2010;51(1):76-80.
68. Gouin J-P. Chronic stress, immune dysregulation, and health. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2011;5(6):476-85.
69. Balhara YPS, Verma R, Sharma S, Mathur S. A study of predictors of anxiety and depression among stroke patient-caregivers. *Journal of Mid-Life Health*. 2012;3(1):31.
70. Bergström AL, Eriksson G, von Koch L, Tham K. Combined life satisfaction of persons with stroke and their caregivers: associations with caregiver burden and the impact of stroke. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2011;9(1):1-10.
71. Caro CC, Mendes PVB, Costa JD, Nock LJ, Cruz DM Cd. Independence and cognition post-stroke and its relationship to burden and quality of life of family caregivers. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2017;24(3):194-9.
72. Kelly-Hayes M, Beiser A, Kase CS, Scaramucci A, D'Agostino RB, Wolf PA. The influence of gender and age on disability following ischemic stroke: the Framingham study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2003;12(3):119-26.
73. Jeong Y-G, Jeong Y-J, Kim W-C, Kim J-S. The mediating effect of caregiver burden on the caregivers' quality of life. *Journal of Physical Therapy Science*. 2015;27(5):1543-7.
74. Baumann M, Lurbe-Puerto K, Alzahouri K, Aiach P. Increased residual disability among poststroke survivors and the repercussions for the lives of informal caregivers. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2011;18(2):162-71.

75. Sumathipala K, Radcliffe E, Sadler E, Wolfe CD, McKeivitt C. Identifying the long-term needs of stroke survivors using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Chronic Illness*. 2012;8(1):31-44.
76. Watanabe A, Fukuda M, Suzuki M, Kawaguchi T, Habata T, Akutsu T, et al. Factors decreasing caregiver burden to allow patients with cerebrovascular disease to continue in long-term home care. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2015;24(2):424-30.
77. Gbiri CA, Olawale OA, Isaac SO. Stroke management: Informal caregivers' burdens and strains of caring for stroke survivors. *Annals of physical and rehabilitation medicine*. 2015;58(2):98-103.
78. Ko JY, Aycock DM, Clark PC. A comparison of working versus nonworking family caregivers of stroke survivors. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2007;39(4):217-25.
79. Caro CC, Costa JD, Da Cruz DMC. Burden and quality of life of family caregivers of stroke patients. *Occupational Therapy in Health Care*. 2018;32(2):154-71.
80. Banks P, Pearson C. Parallel lives: younger stroke survivors and their partners coping with crisis. *Sexual and Relationship Therapy*. 2004;19(4):413-29.
81. Greenwood N, Mackenzie A. Informal caring for stroke survivors: meta-ethnographic review of qualitative literature. *Maturitas*. 2010;66(3):268-76.
82. Peyrovi H, Mohammad-Saeid D, Farahani-Nia M, Hoseini F. The relationship between perceived life changes and depression in caregivers of stroke patients. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2012;44(6):329-36.
83. Camak DJ. Addressing the burden of stroke caregivers: a literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 2015;24(17-18):2376-82.
84. Visser-Meily A, Post M, Gorter JW, Berlekom SBV, Van Den Bos T, Lindeman E. Rehabilitation of stroke patients needs a family-centred approach. *Disability and Rehabilitation*. 2006;28(24):1557-61.
85. Mackenzie A, Greenwood N. Positive experiences of caregiving in stroke: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*. 2012;34(17):1413-22.
86. Kielhofner G, Burke JP, Igi CH. A model of human occupation, part 4. Assessment and intervention. *American Journal of Occupational Therapy*. 1980;34(12):777-88.
87. Bergström AL, von Koch L, Andersson M, Tham K, Eriksson G. Participation in everyday life and life satisfaction in persons with stroke and their caregivers 3–6 months after onset. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2015;47(6):508-15.
88. White CL, Poissant L, Côté-LeBlanc G, Wood-Dauphinee S. Long-term caregiving after stroke: the impact on caregivers' quality of life. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2006;38(5):354.
89. Anderson CS, Linto J, Stewart-Wynne EG. A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke*. 1995;26(5):843-9.

90. Michallet B, Tétréault S, Le Dorze G. The consequences of severe aphasia on the spouses of aphasic people: A description of the adaptation process. *Aphasiology*. 2003;17(9):835-59.
91. Bakas T, Kroenke K, Plue LD, Perkins SM, Williams LS. Outcomes among family caregivers of aphasic versus nonaphasic stroke survivors. *Rehabilitation Nursing*. 2006;31(1):33-42.
92. Le Dorze G, Signori F-H. Needs, barriers and facilitators experienced by spouses of people with aphasia. *Disability and Rehabilitation*. 2010;32(13):1073-87.
93. Code C, Herrmann M. The relevance of emotional and psychosocial factors in aphasia to rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*. 2003;13(1-2):109-32.
94. Warr P, Butcher V, Robertson I. Activity and psychological well-being in older people. *Aging & Mental Health*. 2004;8(2):172-83.
95. Herero VG, Extremera N. Daily life activities as mediators of the relationship between personality variables and subjective well-being among older adults. *Personality and Individual Differences*. 2010;49(2):124-9.
96. Brown K, Worrall L, Davidson B, Howe T. Living successfully with aphasia: Family members share their views. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2011;18(5):536-48.
97. Cao V, Chung C, Ferreira A, Nelken J, Brooks D, Cott C. Changes in activities of wives caring for their husbands following stroke. *Physiotherapy Canada*. 2010;62(1):35-43.
98. Montgomery RJ, Stull DE, Borgatta EF. Measurement and the analysis of burden. *Research on Aging*. 1985;7(1):137-52.
99. Reimer WSo, De Haan R, Rijnders P, Limburg M, Van Den Bos G. The burden of caregiving in partners of long-term stroke survivors. *Stroke*. 1998;29(8):1605-11.
100. Woo J, Ho S, Lau J. Caregivers for the elderly Chinese in Hong Kong and caregiver strain. *Facts and Research in Gerontology*. 1995:353-62.
101. Rigby H, Gubitz G, Phillips S. A systematic review of caregiver burden following stroke. *International Journal of Stroke*. 2009;4(4):285-92.
102. Ho SC, Chan A, Woo J, Chong P, Sham A. Impact of caregiving on health and quality of life: a comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *Journals of Gerontology Series A: Biomedical Sciences and Medical Sciences*. 2009;64(8):873-9.
103. Nordenfelt L. Concepts and measurement of quality of life in health care: Springer Science & Business Media; 2013:14-19.
104. Organization WH. The constitution of the world health organization. *WHO Chronicle*. 1947;1:29.
105. O'Boyle C. Quality of Life Assessment: An important indicator of health gain. The Irish Health System in the 21st Century. 1998:133-55.

106. Megone C. The quality of life: Starting from Aristotle. *Quality of life: Perspectives and Policies*.1990. p. 28-41.
107. Evans DR. Enhancing quality of life in the population at large. *Social indicators research*. 1994;33(1-3):47-88.
108. Spilker B. *Quality of life assessments in clinical trials*. New York1990.
109. Group W. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*. 1995;41(10):1403-9.
110. Guyatt G. *Measurements in clinical trials: choosing the appropriate approach*. *Quality of Life Assessment in Clinical Trials*. 1990.
111. Pizzi M, editor *An occupation-and client-centered health and wellness assessment for occupational therapy*. conference of the American Occupational Therapy Association, Nashville, TN; 2015.
112. Radomski MV. There is more to life than putting on your pants. *American Journal of Occupational Therapy*. 1995;49(6):487-90.
113. Gupta J. Mapping the evolving ideas of occupational justice: a critical analysis. *OTJR: Occupation, Participation and Health*. 2016;36(4):179-94.
114. Enemark Larsen A, Wehberg S, Christensen JR. Looking into the Content of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM): A Danish Cross-Sectional Study. *Occupational therapy international*. 2020.
115. Association. AOT. *Occupational therapy practice framework: Domain and process*: American Occupational The; 2020.
116. Cameron JI, Stewart DE, Streiner DL, Coyte PC, Cheung AM. What makes family caregivers happy during the first 2 years post stroke? *Stroke*. 2014;45(4):1084-9.
117. Steber AW, Skubik-Peplaski C, Causey-Upton R, Custer M. The Impact of Caring for Persons with Stroke on the Leisure Occupations of Female Caregivers. *Physical & Occupational Therapy In Geriatrics*. 2017;35(3-4):169-81.
118. Van Dongen I, Josephsson S, Ekstam L. Changes in daily occupations and the meaning of work for three women caring for relatives post-stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2014;21(5):348-58.
119. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist*. 1980;20(6):649-55.
120. Zarit S. *Dementia: Caregivers and stress*. Community paper series: Paper 8. Centre on Aging, University of Victoria: Victoria, BC. 1998.
121. Orak OS, Sezgin S. Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*. 2015;6(1).

122. Fadime İ, Erdem M. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik Ve Güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2006;11(4):85-95.
123. Ware Jr JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 1992;473-83.
124. Koçyiğit H. Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999;12:102-6.
125. Demiral Y, Ergor G, Unal B, Semin S, Akvardar Y, Kıvırcık B, et al. Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC Public Health*. 2006;6(1):1-8.
126. McHorney CA, Ware Jr JE, Raczek AE. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*. 1993;247-63.
127. Law M, Baptiste S, McColl M, Opzoomer A, Polatajko H, Pollock N. The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1990;57(2):82-7.
128. Torpil B, Ekici Çađlar G, Bumin G, Pekçetin S. Validity and Reliability of the Turkish Canadian Occupational Performance Measure (COPM-TR) for People with Multiple Sclerosis. *Occupational Therapy In Health Care*. 2021:1-12.
129. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics: International edition*. Pearson.2012.
130. George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step. A simple study guide and reference* (10. Baskı). GEN, Boston, MA: Pearson Education, Inc. 2010.
131. Kalaycı Ş. *SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri: Asil Yayın Dağıtım Ankara, Turkey; 2010*.
132. Lurbe-Puerto K, Leandro M-E, Baumann M. Experiences of caregiving, satisfaction of life, and social repercussions among family caregivers, two years post-stroke. *Social Work in Health Care*. 2012;51(8):725-42.
133. McGurk R, Kneebone II. The problems faced by informal carers to people with aphasia after stroke: a literature review. *Aphasiology*. 2013;27(7):765-83.
134. Swabey SB, Donna. Group training in communication skills for carers of adults with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 1999;34(3):291-309.
135. Kagan A, Winckel J, Black S, Felson Duchan J, Simmons-Mackie N, Square P. A set of observational measures for rating support and participation in conversation between adults with aphasia and their conversation partners. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 2004;11(1):67-83.

136. Servaes P, Draper B, Conroy P, Bowring G. Informal carers of aphasic stroke patients: Stresses and interventions. *Aphasiology*. 1999;13(12):889-900.
137. McClenahan R, Weinman J. Determinants of carer distress in nonacute stroke. *International Journal of Language & Communication Disorders*. 1998;33(sup1):138-43.
138. Christensen JM, Anderson JD. Spouse adjustment to stroke: aphasic versus nonaphasic partners. *Journal of Communication Disorders*. 1989;22(4):225-31.
139. Kinsella G, Duffy F. Psychosocial readjustment in the spouses of aphasic patients. A comparative Survey of 79 subjects. *Scandinavian journal of rehabilitation medicine*. 1979;11(3):129-32.
140. Grawburg M, Howe T, Worrall L, Scarinci N. Third-party disability in family members of people with aphasia: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*. 2013;35(16):1324-41.
141. Karayazgan S. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin aktivite, aktivite performansı ve sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin incelenmesi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2013.

EK 1. Tez Çalışması için Etik Kurul Onayı



T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 16969557-1455

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 20 EKİM 2020 SALI
Toplantı No : 2020/17
Proje No : GO 20/988(Değerlendirme Tarihi: 20.10.2020)
Karar No : 2020/17-37

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü öğretim üyelerinden Dr. Öğr. Üyesi Onur ALTUNTAŞ'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Prof. Dr. Nebahat SEZER ile birlikte çalışacakları ve Sultan ÖZGÖTÜRÜCÜ'nün yüksek lisans tezi olan, GO 20/988 kayıt numaralı "*Afazi Olan ve Olmayan İnnmeli Bireylerin Primer Bakım Verenlerinin Bakıcı Yükü, Yaşam Kalitesi ve Aktivite Performanslarının İncelenmesi*" başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydıyla 21 Ekim 2020–21 Temmuz 2021 tarihleri arasında geçerli olmak üzere etik açıdan **uygun bulunmuştur**. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Etik Kurulumuza gönderilmesi gerekmektedir.

- | | | |
|--------------------------------|----------|-----------------------------------|
| 1. Prof. Dr. Ayşe Lale DOĞAN | (Başkan) | 7. Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR |
| 2. Prof. Dr. G. Burça AYDIN | (Üye) | 8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTİK |
| 3. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK | (Üye) | 9. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ |
| 4. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER | (Üye) | 10. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR |
| 5. Doç. Dr. H. Tuna Çakır ESEN | (Üye) | 11. Av. Serap MORALIOĞLU |
| 6. Doç. Dr. Can Ebru KURT | (Üye) | |

EK.2. Orjinallik Raporu

afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin primer bakım verenlerinin bakıcı yükü, yaşam kalitesi ve aktivite performanslarının incelenmesi

ORJİNALLİK RAPORU

% **6**

BENZERLİK ENDEKSİ

%

İNTERNET KAYNAKLARI

% **6**

YAYINLAR

%

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

- | | | |
|----------|---|-------------|
| 1 | <p>TÜRK, Ayşe Betül and BUMİN, Gonca. "Engelli çocuğa sahip annelerde zaman yönetimi eğitiminin aktivite performansı, depresyon, yaşam kalitesi ve stresle başa çıkma üzerine etkisi: Pilot çalışma", Hacettepe Üniversitesi Hastahleri Basımevi, 2015.</p> <p>Yayın</p> | % 1 |
| 2 | <p>KAÇMAZ, Nesiba and BARLAS ÜNSAL , Gül. "Karaciğer nakli yapılan hasta ve hasta yakınlarının psikososyal durumlarının yaşam kalitesi üzerine etkisi", Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2014.</p> <p>Yayın</p> | % 1 |
| 3 | <p>Turgay ULAŞ, Taner BAŞTÜRK, Tamer SAKACI, Abdulkadir ÜNSAL, Fatih BORLU. "Relationship Between Serum Tumor Necrosis Factor-Alpha Levels and Insulin Resistance in Patients with Chronic Renal Failure", Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences, 2012</p> <p>Yayın</p> | <% 1 |

Alıntılarını çıkart

Kapat

Eşleşmeleri çıkart

Kapat

Bibliyografyayı Çıkart Kapat

EK.3. Dijital Makbuz**Dijital Makbuz**

Bu makbuz ödevinizin Turnitin'e ulaştığını bildirmektedir. Gönderiminize dair bilgiler şöyledir:

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Sultan Özgötürücü
Ödev başlığı: Sultan Özgötürücü Afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin pr...
Gönderi Başlığı: afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin primer bakım verenl...
Dosya adı: _ya_am_kalitesi_ve_aktivite_performanslar_n_n_incelenmesi...
Dosya boyutu: 229.12K
Sayfa sayısı: 35
Kelime sayısı: 9,030
Karakter sayısı: 59,166
Gönderim Tarihi: 24-Eyl-2021 10:39ÖS (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1656726105



EK.4. Aydınlatılmış Onam Formu

ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Sayın katılımcı

İnmeli bireylere bakım veren kişiler ile ilgili yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi “Afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin primer bakım verenlerinin bakıcı yükü, yaşam kalitesi ve aktivite performansının incelenmesi”dir.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu araştırmayı yapmak istememizin nedeni, afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin primer bakım verenlerinin bakıcı yükü, yaşam kalitesi ve aktivite performansının incelenmektir. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Anabilim Dalları'nın ortak katılımı ile gerçekleştirilecek bu çalışmaya katılımınız araştırmanın başarısı için önemlidir.

Eğer araştırmaya katılmayı kabul ederseniz Dr.Öğr.Üyesi Onur ALTUNTAŞ'ın görevlendireceği Sultan Özgötürücü ile görüşeceksiniz ve verileriniz kaydedilecektir. Muayene sonucunda doktorunuz uygun görürse bu çalışmaya alınacaksınız.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır.

Sizinle ilgili bilgiler gizli tutulacak, ancak çalışmanın kalitesini denetleyen görevliler, etik kurullar ya da resmi makamlarca gereği halinde incelenebilecektir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde herhangi bir sorun olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahiptir.

Katılımcının beyanı

Sayın Sultan ÖZGÖTÜRÜCÜ tarafından Ankara Şehir Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Anabilim Dalı ile ortak bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. *(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağına bilincindeyim)* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sorun ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Dr.Öğr.Üyesi Onur ALTUNTAŞ'I Sultan Özgötürücü'yü no'lu telefonda arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı

Adı soyadı:

Adres:

Tel.

İmza

Görüşme tanığı

Adı, soyadı:

Adres:

Tel.

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacı

Adı soyadı, unvanı: Ergoterapist Sultan Özgötürücü

Adres:Ankara Şehir Hastanesi Fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesi Ergoterapi ünitesi
1/D

Tel:

İmza:

9. ÖZGEÇMİŞ