

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

**İNME GEÇİREN HASTALARDA TRAVMA SONRASI STRES
BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN FİZİKSEL BAĞIMLILIK,
TRAVMA İLE BAŞA ÇIKABİLME ALGISI VE ALGILANAN
SOSYAL DESTEK İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Emine İrem YÜCEL TOPLU

**Psikiyatri Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

ANKARA

2023

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

**İNME GEÇİREN HASTALARDA TRAVMA SONRASI STRES
BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN FİZİKSEL BAĞIMLILIK,
TRAVMA İLE BAŞA ÇIKABİLME ALGISI VE ALGILANAN
SOSYAL DESTEK İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Emine İrem YÜCEL TOPLU

**Psikiyatri Hemşireliği Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Azize ATLI ÖZBAŞ

EŞ DANIŞMAN

Doç. Dr. Emre ADIGÜZEL

ANKARA

2023

**İNME GEÇİREN HASTALARDA TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU
BELİRTİLERİNİN FİZİKSEL BAĞIMLILIK, TRAVMA İLE BAŞA ÇIKABİLME ALGISI VE
ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ**

Öğrenci: Emine İrem YÜCEL TOPLU

Danışman: Doç. Dr. Azize ATLI ÖZBAŞ

İkinci Danışman: Doç. Dr. Emre ADIGÜZEL

Bu tez çalışması 08.06.2023 tarihinde jürimiz tarafından "Psikiyatri Hemşireliği Programı" nda yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

- Jüri Başkanı:** *Doç. Dr. Meltem MERİÇ*
(Lokman Hekim Üniversitesi)
- Tez Danışmanı:** *Doç. Dr. Azize ATLI ÖZBAŞ*
(Hacettepe Üniversitesi)
- Üye:** *Doç. Dr. Duygu HIÇDURMAZ*
(Hacettepe Üniversitesi)
- Üye:** *Dr. Öğr. Üyesi Melike Ayça AY KAATSIZ*
(Hacettepe Üniversitesi)
- Üye:** *Dr. Öğr. Üyesi Sevcan TOPTAŞ KILIÇ*
(Çankırı Karatekin Üniversitesi)

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

10 Temmuz 2023

Prof. Dr. Müge YEMİŞÇİ ÖZKAN

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.

- Enstitü / Fakülte yönetim kurulu kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl ertelenmiştir. ⁽¹⁾
- Enstitü / Fakülte yönetim kurulunun gerekçeli kararı ile tezimin erişime açılması mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay ertelenmiştir. ⁽²⁾
- Tezimle ilgili gizlilik kararı verilmiştir. ⁽³⁾

08.06.2023

Emine İrem Yücel TOPLU

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 tezlere 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, Doç. Dr. Azize ATLI ÖZBAŞ danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Emine İrem YÜCEL TOPLU

TEŞEKKÜR

Lisans eğitimimden itibaren akademik, mesleki ve kişisel gelişimime büyük katkıları olan, bu yolda her türlü zorlukta bana destek olan ve yol gösteren, çalışma boyunca ilgisini, vaktini ve emeğini esirgemeyen, daima motive kalmamı sağlayan değerli danışmanım Azize ATLI ÖZBAŞ'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans tez çalışmamızın ilk aşamasından itibaren desteklerini, bilgisini ve emeğini esirgemeyen, Etlik Şehir Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi Başhekimisi, değerli eş-danışmanım Doç. Dr. Emre ADIGÜZEL'e teşekkür ederim.

Lisans ve yüksek lisans eğitimim boyunca gerek genel hemşirelik gerekse psikiyatri hemşireliği alanında bilgi düzeyimi ve alana yönelik ilgimi arttırarak, eğitimleri, ilgileri ve destekleriyle daima yanımda olan hocalarım Duygu HİÇDURMAZ, Ayça AY KAATSIZ ve Yeter Sinem ÜZAR ÖZÇETİN'e teşekkür ederim.

İstatistik konusunda desteğini esirgemeyen, her sorumu sabırla yanıtlayan, bilgilerini daima paylaşarak bu konudaki gelişimime katkı sağlayan hocam Mustafa Sabri KOVANCI'ya teşekkür ederim

Eğitim hayatım boyunca beni daima destekleyip her zaman yol gösteren, motivasyonumu her daim yüksek tutmamı sağlayan ve çabalarını hiç esirgememiş olan canım aileme, en çok da eğitim hayatımla her zaman en yakından ilgili olan rahmetli babam Semih YÜCEL'e teşekkür ederim.

Lisans ve yüksek lisans dönemleri boyunca ve hayatımın her alanında manevi desteğini, sevgisini, anlayışını ve ilgisini hep üzerimde hissettiğim, daima yanımda olan, bana en çok da disiplin, sabır ve güç aşılayan canım eşim Sefa Batuhan TOPLU'ya teşekkür ederim.

Gerek çalışma boyunca, gerekse sosyal hayatımda her zaman yanımda hissettiren ve bana destek olan, sevgi ve saygı içerisinde huzurla çalıştığım sorumlu hemşirem Pınar Vural ve değerli ekip arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Emine İrem YÜCEL TOPLU

ÖZET

Toplu Yücel, E., İnme Geçiren Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin Fiziksel Bağımlılık, Travma ile Başa Çıkabilme Algısı ve Algılanan Sosyal Destek ile İlişkinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2023. İnmenin yol açtığı psikososyal ve psikiyatrik tablolara yönelik literatür incelendiğinde, çalışmalarda depresyona odaklanıldığı görülsede inme gibi ani gelişen klinik tabloların travma sonrası stres bozukluğuna yol açtığı bilinmektedir. Bu çalışmada inme geçiren bireylerde travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin; sosyodemografik ve tıbbi veriler, bağımlılık düzeyi, travma ile başa çıkabilme algısı ve algılanan sosyal destek faktörleri ile ilişkisi incelenmiştir. Araştırma, Ankara ilindeki Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi'ne tanı ve tedavi için başvuran inme hastaları (n=218) üzerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı türdedir. Araştırmada kullanılan ölçüm araçları; Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikler Formu, Posttravmatik Stres Bozukluğu-Kısa Ölçek, Modifiye Barthel İndeksi, Travma ile Başa Çıkabilme Algısı Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'dir. Ölçeklerden elde edilen puanlar, yaş ve inme sonrası geçen süre değişkenleri arasındaki ilişki, Pearson Sıra Korelasyon Katsayısı ile incelenmiştir. Çalışmada kullanılan tüm ölçeklerin skor puanları ve yaş, cinsiyet, inme sonrası geçen süre ve psikolojik destek ihtiyacı duyma değişkenlerinin Posttravmatik Stres Bozukluğu-Kısa Ölçek üzerindeki yordayıcılığı ise Çoklu Regresyon Analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışma sonuçlarına göre inme geçiren hastaların %63,3'ü Posttravmatik Stres Bozukluğu-Kısa Ölçeği'nden kesim noktasının üzerinde puan almıştır. Yapılan regresyon analizi sonucuna göre ise çok boyutlu algılanan sosyal destekte aile alt faktörü, travma ile başa çıkabilme algısında travma alt faktörü, cinsiyet ve psikolojik destek ihtiyacı duyma durumu değişkenleri; travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin %46,8'ini açıklamaktadır. İnme vakalarında travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin taranması, riskli grupların göz önünde bulundurulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, inme, inme rehabilitasyonu, sosyal destek, travma sonrası büyüme, travma sonrası stres bozukluğu

ABSTRACT

Toplu Yucel, E., Investigation of Post Traumatic Stress Disorder Symptoms in Stroke Patients with Physical Dependency, Perception of Coping with Trauma and Perceived Social Support, Hacettepe University, Graduate School of Health Sciences, Program of Psychiatric Nursing, Postgraduate Thesis, Ankara, 2023.

When the literature on psychosocial and psychiatric conditions caused by stroke is examined, it is seen that although studies focus on depression, sudden clinical manifestations such as stroke cause post-traumatic stress disorder. In this study, the symptoms of Post Traumatic Stress Disorder in individuals who had a stroke; sociodemographic and medical data, level of physical dependency, perception of coping with trauma and its relationship with perceived social support factors were examined. The study was carried out on stroke patients (n=218) who applied for diagnosis and treatment at Ankara Bilkent City Hospital Physical Therapy and Rehabilitation Hospital in Ankara. The research was designed in a descriptive and relationship-seeking type. Measurement tools used in the research; Sociodemographic and Medical Characteristics Data Form, Posttraumatic Stress Disorder-Short Scale, Modified Barthel Index, Perception of Coping with Trauma Scale and Multidimensional Scale of Perceived Social Support. The relationship between the scores obtained from the scales, age and time after stroke variables were examined with the Pearson Rank Correlation Coefficient. The predictors of the scores of all the scales used in the study and the variables of age, gender, time elapsed after stroke and needing psychological support on the Posttraumatic Stress Disorder-Short Scale were evaluated with Multiple Regression Analysis. According to the results of the study, 63.3% of the patients who had a stroke scored above the cut-off point on the Posttraumatic Stress Disorder-Short Scale. According to the results of the regression analysis, the family sub-factor in multidimensional perceived social support, the trauma sub-factor in the perception of coping with trauma, the variables of gender and need for psychological support; explains 46.8% of post-traumatic stress disorder symptoms. It is recommended to screen for signs of post-traumatic stress disorder in stroke cases and to consider risky groups.

Keywords: Nursing, post-traumatic growth, post-traumatic stress disorder stroke, stroke rehabilitation, social support

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	iv
ETİK BEYAN	v
TEŞEKKÜR	vi
ÖZET	vii
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER ve KISALTMALAR	xi
TABLolar	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. İnme	5
2.1.1. Tanım	5
2.1.2. Epidemiyoloji	5
2.1.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri	6
2.1.4. Tipleri	6
2.1.5. Komplikasyonlar	7
2.2. İnme Yönetimi	8
2.2.1. Tanılama	8
2.2.2. Koruyucu Tedavi	9
2.2.3. Akut Dönemde Tedavi ve Bakım	10
2.2.4. Rehabilitasyon Hizmetleri	10
2.2.5. İnmede Hemşirelik Bakımı	12
2.3. İnme Geçiren Bireylerde Görülen Psikososyal ve Psikiyatrik Sorunlar	13
2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	17
2.4.1. Dünyada ve Türkiye’de TSSB Epidemiyolojisi	18
2.4.2. TSSB Etiyolojisi ve Risk Faktörleri	19
2.4.3. TSSB Klinik Tablosu	20
2.4.4. TSSB Tedavi Yaklaşımları	21
2.5. İnme Olgusunda KLP Hemşirelerinin Rolü	23
3. GEREÇ ve YÖNTEM	25

3.1. Araştırmanın Şekli	25
3.2. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Yer ve Özellikleri	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme	26
3.4. Veri Toplama Araçları	26
3.5. Araştırmanın Uygulanması	29
3.6. Araştırmanın Etik Boyutu	30
3.7. Verilerin Analizi	30
3.8. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri:	32
4. BULGULAR	33
5.TARTIŞMA	41
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	45
6.1. Sonuç	45
6.2. Öneriler	45
7. KAYNAKLAR	47
8. EKLER	56
EK-1. Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikler Formu	
EK-2. Posttravmatik Stres Bozukluğu-Kısa Ölçek	
EK-3. Modifiye Barthel İndeksi	
EK-4. Travma ile Başa Çıkabilme Algısı Ölçeği	
EK-5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	
EK-6. Araştırma için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı	
EK-7. Kurum İzin Yazısı	
EK-8. Aydınlatılmış Onam Formu	
EK-9. Orijinallik Raporu	
EK-10. Dijital Makbuz	
EK-11. Ek Tablolar	
EK-12. TBÇA Ölçeği Kullanımına İlişkin Onay Yazısı	
EK-13. PTSB-KÖ Kullanımına İlişkin Onay Yazısı	
9. ÖZGEÇMİŞ	70

SİMGELER ve KISALTMALAR

BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSM-V	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EMDR	: Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden işleme)
FTR	: Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
GETAT	: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp
KLP	: Konsültan Liyezon Psikiyatrisi
MBI	: Modifiye Barthel İndeksi
PTSB-KÖ	: Post Travmatik Stres Bozukluğu Kısa Ölçek
SSRI	: Selective Serotonin Reuptake İnhibitörü (Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü)
TBÇA	: Travma ile Başa Çıkabilme Algısı
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TABLolar

Tablo		Sayfa
4.1.	Katılımcılara ait değişkenlerin dağılımı tablosu	33
4.2.	Katılımcıların TSSB belirtisi gösterme durumlarının dağılımı tablosu	34
4.3.	Katılımcı değişkenlerine göre PTSD-KÖ puanlarının dağılımı tablosu	35
4.4.	PTSD-KÖ, ÇBASDÖ, TBÇA ve MBI puan ortalamaları tablosu	35
4.5.	PTSD-KÖ, ÇBASDÖ, TBÇA, MBI, yaş ve inme sonrası geçen süre arasındaki korelasyon tablosu	37
4.6.	Katılımcılara ait değişkenlerinin TSSB üzerindeki etkisine ilişkin regresyon tablosu	39

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün son verilerine göre her yıl 15 milyon kişi inme geçirmekte, bu bireylerin beş milyonu hayatını kaybetmekte ve beş milyonu da hemipleji kaynaklı fiziksel kısıtlılık ve yeti yitimi yaşamaktadırlar (1). Ülkemizde her yüz bin kişiden yaklaşık 180'inin inme geçirdiği bulunmuş olup, buna inme ile mevcut durumda mücadele eden hastalar da dahil edilirse ülkemizde yaklaşık 200 bin kişinin inmeli olduğu tahmin edilebilir (2). İnme, beyinde bir tıkanıklık veya kanama sonucunda beyin kan akışının bozulması sebebiyle gerçekleşen; merkezi sinir sisteminin motor, duyuşal, bilişsel ve emosyonel işlevlerinde bozulmaya sebep olan serebrovasküler klinik bir tablodur (3). En bilindik nedenleri arasında hiperlipidemi, diyabetes mellitus, atrial fibrilasyon, obezite ve sigara kullanımı yer almaktadır (4). Günümüzde tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeye rağmen inme, dünyada ölüm nedenleri arasında ikinci, engelliliğe yol açan nedenler arasında ise üçüncü sırada yer almaktadır (1).

İnme, ortaya çıktığı ilk günden başlayarak rehabilitasyon hizmetlerinin neredeyse yaşam boyu devam ettiği ve tedavide oldukça önem taşıdığı kronik bir hastalıktır (5). İnme sonrası hasta için oldukça zorlayıcı olabilen nörolojik, fiziksel ve psikososyal sorunlar görülebilmektedir (6-8). Ani gelişen ve kronik bir durum olan inme, bu komplikasyonların da eklenmesiyle, bazı fonksiyonları engelleyerek kişide yeti yitimine yol açabilir (9). Fiziksel bağımlılık, inmeli hastalarda ciddi bir risktir (10). İşlevselliğini kaybeden birey kendini toplumdan soyutlanmış hissedebilir, beden imajı ve benlik saygısı olumsuz etkilenebilir. Bireyde hastalık sonucu oluşan bu olumsuz durum; damgalama ile birleşerek, hastada uyum bozukluğu yaratabilir (11). Uyum bozukluğu ve damgalanmalar (hem diğerleri tarafından hem de içselleştirilmiş olan) sonucunda bireyde anksiyete, utanç, kendine yabancılaşma, dehşete kapılma, suçluluk, içe kapanıklık, sosyal izolasyon gibi olumsuz duygu ve durumlar oluşabilir (12). Sonuç olarak tüm bu zorluklar bireyin yaşam kalitesini düşürür (13) ve kişi bu yeni zorlu sürece uyum sağlayamazsa psikososyal sorunlar artarak psikiyatrik tablolara yol açabilir (14).

Yeti yitimi yaşayan bireyde fiziksel, ekonomik ve psikososyal sorunlar; yeni yaşantıya uyum sağlama zorluğu ile birbirini besleyen karşılıklı bir ilişkiye sahiptir. Yeti yitimi kaynaklı psikososyal sorunlar hasta ve hasta yakınlarında göz ardı

edilemeyecek düzeyde deneyimlenir (15). Ani gelişen yeti yitimleri, birey ve aile için ciddi psikososyal sonuçları olan bir kriz durumu yaratır. Yaşanan yeti kaybı sonucunda yas süreci ile inkar ve şok ortaya çıkar (16). Bu evrede birey, yaşadığı nörofizyolojik değişimlere uyum sağlayamazsa anksiyete, çaresizlik, umutsuzluk, hüznün, korku ve şaşkınlık duyguları açığa çıkabilir (17). Bireyin oluşan bu durumla baş etmesinde ve uyumunda etkisi olan faktörler; bağımsızlık seviyesi, sosyal kaynaklardan gelen destek, işlevselliğini ne derecede yitirdiği, günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilirliği, maddi durumu, çevresiyle ilişkileri, beden imajı algısı, öz saygısındaki değişim ve hastalığın gidişatının belirsizliğidir (11).

İnmenin yol açtığı psikososyal ve psikiyatrik tablolara yönelik literatür incelendiğinde, çalışmalarda depresyona odaklanıldığı görülmektedir (18). Ayrıca, bilinmektedir ki inme gibi ani gelişen klinik tablolar, psikolojik travmaya ve travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) da sebep olabilmektedir (19). TSSB, DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V)'te, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır yaralanma, bireyin fiziksel bütünlüğünü tehdit edici bir durumla karşılaşması veya böyle bir duruma tanık olma gibi ağır travmatik olaylardan sonra ortaya çıkabilen, özgül semptomlarla kendini gösteren bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (20). İnme sonrası görülebilen TSSB bireyde ciddi düzeyde rahatsızlık yaratan belirtiler yanı sıra, bireyler için ciddi ek psikiyatrik bozukluk riskleri taşımakta (18) ve tedaviye uyumsuzluk gösterme riskinde artışa yol açmaktadır. Bu durum hem serebrovasküler hem de psikiyatrik tedavinin aksaması ile sonuçlanabilmektedir (21, 22)

İnme sonrası TSSB'ye, son yıllarda uluslararası literatürde artan bir ilgi olmakla birlikte bu konudaki araştırmaların kısıtlı olduğu söylenebilir (18). Ülkemizde inme geçiren hastalarda ortaya çıkabilen TSSB'yi ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Uluslararası çalışmalar, inme hastalarında daha çok TSSB'nin yaygınlığı, organik ve psikososyal nedenleri ve önleyici ve tedavi edici girişimlere odaklanmaktadır (18). İnme geçirmiş kişileri inceleyen bir meta-analiz çalışmasında dört hastadan birinin serebrovasküler olaydan sonra bir yıl içinde TSSB semptomları yaşadığı bildirilmiştir (23). Literatürdeki mevcut çalışmalara bakıldığında inme sonrası TSSB belirtileri ve ilişkili faktörler hakkındaki araştırmalara fazlasıyla ihtiyaç duyulmaktadır (18).

Bireyin yaşam kalitesini ciddi düzeyde etkileyebilen TSSB (24), erken dönemde müdahale edildiğinde önlenebilen ve tedavi edilebilen bir tablodur (25, 26). Bu açıdan ele alındığında, ülkemizdeki inme hastalarındaki TSSB yaygınlığının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi, hem koruyucu hem de tedavi ve rehabilite edici hizmetlerin planlanması açısından önem arz etmektedir.

Sonuç olarak inme; dünyada ciddi oranda engelliliğe ve ölüme yol açabilen, fiziksel bakım ve rehabilitasyonun ön planda olduğu ancak psikososyal ve psikiyatrik bakımın da hem hasta hem de aile için çok büyük önem taşıdığı bir hastalıktır(27). Bu konuda yetkin meslek üyeleri olan Konsültan Liyezon Psikiyatrisi KLP hemşireleri; hastanın tüm hastalık süreci boyunca yaşadığı psikososyal ve psikiyatrik süreçle yakından ilgilenme, sorunları saptama, tedavi ve bakımda aktif rol alma gibi görevlere sahiptir (28). Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre ise KLP hemşiresi, bireyin ve ailenin mevcut hastalık sebepli sahip olduğu belirtiler ve psikososyal sorunlarla baş etmesini kolaylaştırmakla, uyum sağlamayı kolaylaştırmakla, tıbbi bakıma psikiyatrik bakımı entegre etmekle yükümlüdür (29). İnme konusunda da hemşirelere önemli görev, rol ve sorumluluklar düşmekte (9) ve bu nedenle yapılacak olan bu çalışmanın hemşirelik mesleğine katkı sağlaması beklenmektedir.

Bu çalışmanın amacı inme geçiren hastalarda TSSB belirtilerinin; sosyodemografik veriler, algılanan sosyal destek, travma sonrası başa çıkabilme algısı ve fiziksel bağımlılık düzeyi ile ilişkisinin belirlenmesidir. İnme sonrası görülen TSSB belirtileri üzerinde tüm bu faktörlerin etkisinin belirlenmesi sonucunda çalışma sonuçlarının, bu alanda planlanacak psikososyal müdahalelere yol göstermesi beklenmektedir. Çalışma sonucunda aşağıdaki sorulara yanıt alınması planlanmaktadır.

1. İnme geçiren hastaların TSSB belirti düzeyleri nasıldır?
2. İnme geçiren hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri, TSSB belirtilerini nasıl etkilemektedir?
3. İnme geçiren hastaların fiziksel bağımlılık düzeyleri, TSSB belirtilerini nasıl etkilemektedir?
4. İnme geçiren hastaların travma sonrası başa çıkabilme algıları, TSSB belirtilerini nasıl etkilemektedir?

5. İnme geçiren hastaların algılanan sosyal destek düzeyleri, TSSB belirtilerini nasıl etkilemektedir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnme

Bu bölümde; dünyada ve ülkemizde büyük oranda engelliliğe ve ölüme yol açtığı bilinen inme olgusunun (1); tanımı, epidemiyolojisi, etiyolojisi, risk faktörleri, tipleri, komplikasyonları, akut tedavi ve rehabilitasyonu ve yönetimi konuları üzerinde durulmaktadır.

2.1.1. Tanım

İnme kelimesinin kökeni, hastalık ani gerçekleştiği için “Tanrının elinin inmesi” metaforuna dayanarak 1500’lü yıllarda ortaya çıkmıştır. Yine Hipokrat’ın, yazılarında inmeyi aniden ağrı hissetme, konuşma becerisini kaybetme, idrarını tutamama gibi semptomlarla ortaya çıkan “apoplexy” olarak tanımladığı bilinmektedir (30). Hipokrat’tan bu yana inme konusunda ciddi anlamda gelişmeler kaydedilmiştir (31). Günümüzdeki en güncel tanımında ise inme, beyinde bir tıkanıklık veya kanama sonucunda beynin kan akışının bozulması sebebiyle gerçekleşen; merkezi sinir sisteminin motor, duyuşsal, bilişsel ve emosyonel işlevlerinde bozulmaya sebep olan serebrovasküler klinik bir tablodur (3).

2.1.2. Epidemiyoloji

Her yıl 15 milyon kişi inme geçirmekte, bu bireylerin beş milyonu hayatını kaybetmekte ve beş milyonu da hemipleji kaynaklı fiziksel kısıtlılık ve yeti yitimi ile hayatlarına devam etmektedirler (1). Günümüzde tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeye rağmen, inme geçiren bireylerin ölüm oranı yaklaşık %40 oranındadır (32). İnme, dünyada ölüm nedenleri içinde ikinci sırada, özürllülüğe yol açan nedenler arasında ise üçüncü sırada yer almaktadır (1). İnme sonrasında hayatta kalan bireylerin yarısı fonksiyonel bağımsızlıklarına geri kavuşurken, diğer yarısının ise kısmi sakatlık ile ya da tamamen bakıma bağımlı bir şekilde yaşamına devam ettiği tespit edilmiştir (33). Ülkemizdeki güncel durumu gösteren Ulusal Hastalık Yüğü Çalışması sonuçlarına göre; ülkemizde yaklaşık 200 bin kişinin inmeli olduğu tahmin edilmektedir (2). Türkiye İstatistik Kurumu 2018 verilerine göre ise, ülkemizdeki ölümlerin %38,4’ü dolaşım sistemi hastalıkları kaynaklı iken, bu

ölümlerde ilk sırada iskemik kalp hastalıkları (%39,7), ikinci sırada ise serebrovasküler hastalıklar (%22,4) yer almaktadır (34).

2.1.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

İnmenin etiyojisinde yer alan faktörler, literatürde değiştirilebilir ve değiştirilemez risk faktörleri olarak sunulmaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri; hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabetes mellitus, atrial fibrilasyon, obezite, sedanter yaşam ve sigara kullanımı gibi akut ve kronik sağlık durumları ve sağlık yaşam davranışlarıdır. Bunlardan inme riskini %50 arttıran en büyük üç önlenebilir risk kaynağı; hipertansiyon, diyabetes mellitus ve sigara kullanımınıdır. Değiştirilemez risk faktörleri olarak genetik yatkınlık, etnik köken, düşük doğum ağırlığı, ileri yaş ve erkek cinsiyet gibi faktörler örnek verilebilir. Dünyada yetişkin erkeklerde inme görülme sıklığının yetişkin kadınlardan yaklaşık iki kat daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (4, 35-37).

2.1.4. Tipleri

İnme genel hatlarıyla iskemik ve hemorajik olarak iki ana kategoriye ayrılır. İskemik inme en yaygın olanıdır ve inme olaylarının %70 veya daha fazlasını oluşturarak toplumda hemorajik inmeden yaklaşık dört kat daha fazla görülür (38). İnme; epileptik olmayan fakat nörolojik kaynaklı olan, ani başlangıçlı, hızla gelişen bir sendromdur (39).

İskemik inme

İskemik inmeye neden olan mekanizmalar arasında intrakranial tromboz veya karotid arter plağının yırtılmasıyla meydana gelen intrakraniyal veya ekstrakraniyal, arterden artere embolizasyon yer alır. Ayrıca kardiyoembolizm de kalbe bağlı damarlarda meydana gelen embolizasyon yoluyla inmeye sebep olmaktadır (39). Vücutta, özellikle omurilik ve beyinde damarsal bir tıkanma ile meydana gelen, epileptik kaynaklı olmayan inme hastalığı, 24 saatten kısa süren Akut İskemik Atak ile karışabilmektedir. Ayırt edici olarak iskemik inmede enfarktüs görülürken akut iskemik atakta enfarktüs görülmez. 24 saatten kısa süren bu akut durumun iskemik inmeden ayırt edilmesi günümüzde Manyetik Rezonans Görüntüleme yöntemi ile

mümkündür (39, 40). Diğer bir iskemik inme mekanizması ise özellikle beyin sapı ve beynin arka kısmındaki, arterlere göre daha küçük olan damarlardaki tıkanıklık sonucu meydana gelir. İskemik inme; görüntüleme sistemleri ile ayırt etmesi daha zor bir türdür. Bu mekanizmaya sahip hastalarda hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi ve sigara kullanımının mevcut olması dikkat çekicidir (41).

Hemorajik inme

Hemorajik inme hipertansif acillerde sıklıkla görülen kanamaya bağlı bir inme çeşididir (39). Özellikle beyinde gerçekleşen bir kanamaya bağlı meydana gelmekte, daha nadir olarak ise mevcut bir damar anevrizmasının yırtılması sonucu görülmektedir (42). Hemorajik inmede damar bütünlüğünün bozulması sonucunda dokuda kan akımı kesilerek damar dışına çıkmış olan kan, hem beyin dokusuna hem de damarsal yapılara zarar verir. Ayrıca tüm bunlara bağlı olarak kafa içi basıncında artış da meydana gelebilmektedir (43).

2.1.5. Komplikasyonlar

İnme sonrası, hafıza sorunları, afazi ve iletişim kurmada bozulma, hareketlerde kısıtlılık ve anormallik, güç ve duyu kaybı, motor aktiviteleri yerine getirememeye, denge problemleri ve düşme riski, yutma bozuklukları, yorgunluk, güçsüzlük, beslenme bozuklukları, üriner ve fekal inkontinanslar, algılamada ve bilişsel düzeylerde nörolojik bozulmalar, okuma-yazmada bozulma, şiddetli nöropatik ağrılar, immobiliteye bağlı oluşabilecek kronik yaralar, kas spastisiteleri, eklem kontraktürleri ve uzun süreli kateterizasyon işlemi sonrası görülen inatçı enfeksiyonlar gibi hasta için oldukça zorlayıcı olabilen tıbbi komplikasyonlar görülebilmektedir (6-8). Ani gelişen ve kronik devam eden inme, bu komplikasyonlar da eklenince, bilişsel ve fiziksel fonksiyonları engelleyerek kişide yeti yitimine ve işlevsellik kaybına yol açabilmektedir (9).

İnme hastalarında disfaji ve bilinç düzeyinde azalmaya bağlı olarak aspirasyon görülme riski yüksektir. Hava yolu açıklığının sağlanması ve aspirasyonun önlenmesi oldukça önemlidir (39). Ayrıca aspirasyon pnömonisi gerçekleşmesi durumunda beslenme bozuklukları ve dehidratasyon riski artarak hastalık seyri olumsuz etkilenmektedir (9). Yine inme hastalarında görülen denge

bozukluğu, güçsüzlük, yorgunluk, kas kontraktürleri ve bilişsel bozulmalar düşme riski yaratıp düşme ve kırıklara yol açabilir ve bu da hastalık gidişatını zorlaştıran bir durumdur (9, 39).

2.2. İnme Yönetimi

Bu bölümde; inmede tanılama, inmede koruyucu tedavi, inmenin akut dönem tedavisi, rehabilitasyon süreci, inmede rehabilitasyon hemşireliği ve ülkemizde rehabilitasyon hemşireliği mevzuatı bölümlerine yer verilmiştir. Literatürde inmenin tedavisi; koruyucu, akut dönem ve rehabilitasyon olarak üçe ayrılmaktadır.

2.2.1. Tanılama

Bilişsel ve nörolojik fonksiyonların korunması ve sürdürülmesinde doğru tedavi yöntemi kadar erken müdahale de çok önemlidir. İnme hastane dışında yaşandığında oluşan ilk belirtiler, bilinç kaybı, kol ve bacakta güçsüzlük, afazik bozukluklardır. Bu belirtiler sağlık profesyonelleri tarafından bilinmeli, hızlıca tanınmalı ve en yakın acil müdahale noktasına hasta yetiştirilmelidir (44). İnme belirtileri ile hastaneye başvuran bir hastanın ilk müdahalesinde öncelikli olarak hastanın güvenliğini sağlamak ve inmeyi olabildiğince erken tanılamak önem taşır. İnme hastasına yaklaşmanın en önemli kısmı inme tipini (akut iskemik atak, hemorajik veya iskemik inme vb.) belirlemektir. Çünkü her inme tipi kendine özel süreçleri içermektedir. (38)

İNME tipinin belirlenmesinde birçok tanılama testi ve yöntemi kullanılmaktadır. İskemik inme ile akut iskemik atak tanımlarını ayırmak için, Manyetik Rezonans Görüntüleme (MRI) kullanılırken, hemorajik inmeyi iskemik inmeden ayırmak için ise Kontrastsız Bilgisayarlı Tomografi (BT) kullanılır (39). Hemoraji tespit edildikten sonra kanamaya eşlik eden kafa içi basıncının artmasını önlemek için hastalar yatak başı 30 dereceye getirilerek takip edilmektedir. Hemorajik inmeli hastalarda hemoraji yaşamı tehdit eden klinik kötüleşme ile ilişkili olduğundan seri izlem ve takip çok önemlidir. Düzenli izlem için Glasgow Koma Skalası (GCS) klinik kötüleşme ölçümünde en yaygın kullanılan testlerden biridir. Bu testin tek başına yeterli olmadığı durumlarda kullanılacak çeşitli klinik testler mevcuttur, örneğin intraparenkimal kanaması olan hastalarda İntraserebral Kanama

Skoru Testi uygulanabilmektedir (39, 45). İnme ile takip edilen hastada tanılama sürecinin başından itibaren ateş ve kanda glikoz seviyesi takibi de klinisyenler için oldukça kritik önem taşımaktadır. Ateş, kötü nörolojik sonuçla ilişkilendirildiğinden ve ayrıca tedavi gerektiren altta yatan bir enfeksiyöz süreci gösterebileceğinden düzenli ölçümler uygulanmalıdır. Ayrıca yüksek glikoz seviyesi ve yüksek ateş tespit edilirse derhal müdahale edilmelidir (40, 46, 47). Akut süreçte hastanın monitörize takibi, kan gazı ve serum kan düzeyleri takibi ve kan basıncının düzenli ölçümü de inmenin tanılması ve takibinde büyük önem taşımaktadır (39).

2.2.2. Koruyucu Tedavi

İNmeden korunma ve inmeyle başa çıkmada kullanmak için yayınlanan, güncel yaklaşımları ele alan, ulusal ve uluslararası kılavuz ve eylem planları arasında Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Eylem Planı (2021-2026) ve Avrupa İnme Faaliyet Planı (2018-2030) yaygın olarak kullanılmaktadır (48). İnmenin koruyucu ve önleyici tedavisinde diyabet, sigara kullanımı, obezite, hipertansiyon, hiperlipidemi ve kalp hastalıkları gibi inmeye yol açabilen risk faktörlerinin önlenmesine odaklanılmaktadır (49). İnmeden korunmada birincil, ikincil ve üçüncül korunma yöntem ve hizmetleri yer almaktadır. Sigara ve alkolden uzak durma, tuz ve şeker tüketimini azaltma, yüksek kan basıncını kontrol altında tutma, aktif yaşam konusunda teşvik etme, yürüyüşü ve fiziksel aktiviteleri artırma gibi uygulamalar inmeden birincil korunma yöntemleridir. Düzenli fiziksel aktivite sayesinde hipertansiyon riski azalarak, vücudumuz için gerekli olan HDL (yüksek yoğunluklu lipoprotein) düzeyi artmaktadır. Bu sayede damar yağlanması ve sonucunda oluşan plaklarla damarlardaki tıkanmalar önlenerek inme geçirme riski azaltılmaktadır (50). İkincil korunma kapsamında inme geçirenlerin yaşamındaki inme nüksü riskini ölçmek için çeşitli testler (bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme, ekokardiyografi çekimi, kan testleri ve takibi vb.) uygulanmaktadır. Üçüncül korunma yöntemleri ise inmeden sonra hastalarda oluşan fiziksel, duyuşsal ve psikososyal bozukluklara yönelik müdahaleleri kapsamaktadır (51-53).

2.2.3. Akut Dönemde Tedavi ve Bakım

Akut dönemde hastanede kalış sırasında sağlanan sağlık bakımı, öncelikle hastanın akut stabilizasyonuna, akut inme tedavilerinin uygulanmasına, profilaktik ve önleyici tedbirlerin başlatılmasına odaklanmaktadır (54). İnme tipi tespit edildikten sonraki süreçte iskemik inme görülen hastanın akut dönem tedavisinde tromboz bölgesi tespit edilir, etkilenen bölgedeki kan dolaşımını sağlamak için çeşitli müdahaleler uygulanmaktadır. Sakatlığın önlenmesi için damarsal perfüzyonun en hızlı şekilde yeniden sağlanması hedeflenir. İkincil müdahale olarak da inmeye sebep olan etken belirlenip gerekli tedaviler uygulanmaktadır (36, 38, 39, 55, 56).

Hemorajik inme tespit edilen hastanın akut müdahalesinde ise kanama bölgesi tespit edildikten sonra odağın genişlemesi engellenip, kanama durduktan sonra, kanama takibi sağlanmaktadır. Hemorajik inmede nörolojik kaybın çok fazla olduğu hastalarda direkt olarak palyatif bakıma geçilebilmektedir. Her iki inme türünde de akut evrede semptomların sebep olduğu komplikasyonların önlenmesi ve hastaya uygun olan rehabilitasyon tedavisinin belirlenmesi gibi ikincil koruma hizmetleri planlanmalıdır (36, 38, 39, 55, 56).

Akut dönemde hastanede kalış sırasında ise öncelikle hastanın akut stabilizasyonuna, profilaktik ve önleyici tedbirlerin başlatılmasına odaklanılmaktadır. Akut dönemde rehabilitasyon verilmesi genellikle birincil öncelik olmasa da, yapılan çalışmalar, hasta hazır olur olmaz ve tolere edebildiği anda rehabilitasyona başlamanın yararları olduğu yönündedir (54). Rehabilitasyona başlamak için özel bir rehabilitasyon servisine nakil beklenmemesi ve sürecin ertelenmemesi çok önemlidir. İnme semptomlarının başlangıcından rehabilitasyonun başlamasına kadar geçen süre ne kadar az olur ise taburculukta daha olumlu fonksiyonel sonuçlar ve toplamda daha kısa yatış süresi görülmektedir (57).

2.2.4. Rehabilitasyon Hizmetleri

Fiziksel bağımlılık, inmeli hastalarda rehabilitasyonu gerektiren ciddi bir faktördür (10). Rehabilitasyon, tüm inme sürecinin baştan itibaren her aşamasında yer almaktadır. Sağlık profesyonellerinin her biri bu sürece aktif şekilde dahil olur. Hastaya ilk temastan itibaren, hastanın katılımını da sağladığı tüm karar verme, bakım ve iyileşme süreçlerinden sağlık ekibi sorumludur (58). Bu bağlamda

rehabilitasyon hizmeti veren tüm meslek üyelerinin, bakım süreci boyunca bütüncül bakıma aktif hasta katılımını entegre ederek müdahalede bulunmaları büyük önem taşımaktadır (59).

Rehabilitasyon, bilinenin aksine, hastalara rutin yapılan bir dizi işlemde daha ötesidir. Ayrıca hem sağlık ekibi, hem hasta hem de ailenin hatta toplumun katılımını gerektiren rehabilitasyon; işlevselliği sürdürme ve geri kazandırma, sağlığa teşvik etme, engelliliğin önlenmesi veya mümkün olan en az seviyeye indirilmesi, yaşam kalitesini artırma ve sürdürme amaçları etrafında şekillenmektedir (60). Rehabilitasyon merkezlerinde yürütülen kapsamlı rehabilitasyon hizmetinde aktif rol oynaması gereken meslek üyeleri; fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı, fizyoterapist, rehabilitasyon hemşiresi, psikiyatrist, psikolog, iş ve uğraşı terapisti, dil ve konuşma terapisti, diyetisyen, ortez-protez uzmanı, ve sosyal çalışmacıdır (5). Dünya İnme Örgütü, 2014 yılında yayımladığı Kaliteli İnme Bakımı için Küresel İnme Hizmetleri Eylem Planı kapsamında inme tedavisi ve bakımı için sistematik bir yol haritası önermiştir. Bu yol haritasına göre, inme belirti ve semptomlarının başlamasından itibaren rehabilitasyon ve bireyi topluma yeniden kazandırmaya kadar devam eden tüm sürece odaklanan bir bakım metodu önerilmiştir. Haritaya göre inme tedavisi ve bakımı sürecinin içerdiği genel boyutlar; hastalığı tanıma, değerlendirme, teşhis, müdahale, önleme, eğitim, teknoloji ve ölçümdür. Bu boyutların; inmenin teşhisinden, akut bakım ve komplikasyonların önlenmesine, tekrarlayan inmenin önlenmesine, rehabilitasyon hizmetlerine, kişiyi topluma yeniden kazandırmaya ve uzun süreli iyileşmeye kadar uzanan süreç boyunca, yani yaşam boyu, uygulanması gerekmektedir (61). Ayrıca İnme Derneği'nin *'İnme Sonrası Hayatımız'* raporu, sağlık hizmeti planlayıcıları ve sağlayıcılarının inme sonrası süreçte bireylerin ihtiyaçlarını ele alma konusunda gösterdikleri etkinliğin azlığına dikkat çekmektedir (62). Ülkemizde Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon alanında hizmet veren üçüncü basamak hastane sayılarının artışı ile birlikte, rehabilitasyon ekip üyelerinin bir arada ve bütünleşmiş olarak çalıştığı alanlar giderek artmaktadır (63).

2.2.5. İnmede Hemşirelik Bakımı

Yeti yitimine sebep olan ve hayatı sekteye uğratan inme sürecinde, hemşirelerin rehabilitasyon ekibinde büyük ve önemli bir yeri vardır. Hemşireler, inme süresince gelişebilecek komplikasyonları öngörme, tanıma, süreci yönetme, tedaviyi uygulama ve bakım uygulamalarından sorumlu olmanın yanı sıra hastanın psikososyal bakımından (emosyonel ve sosyal destek uygulamaları) da sorumludur (9). Dünya Rehabilitasyon Hemşireleri Derneği (64), resmi web sitesinde inme bakımının da içinde yer aldığı rehabilitasyon hemşireliğinden şu şekilde bahsetmiştir:

“Rehabilitasyon hemşireliği: tüm klinik becerilerini kullanmak, hastalarının yaşamlarında gözle görülür bir fark yaratmak ve işbirlikçi sağlık ekibinin bir parçası olarak çalışmak isteyen tüm hemşireler için tatmin edici bir kariyer sunmaktadır. Rehabilitasyon hemşireleri, sekel bırakan bir yaralanma veya kronik hastalık başladıktan hemen sonra, her yaşta hasta ve onların bakım vericileri ile birlikte çalışmaktadır. Hemşire, hastaların yaşamlarını eski haline getirmek, yeniden bağımsızlığa kavuşmaları için çalışmaktadır. Rehabilitasyon hemşiresi; işbirlikçi, eğitici, bakım verici, savunucu ve değişim ajanı rollerine sahiptir. Hastalar için belirlenen hedeflere ulaşmak ve maksimum potansiyele dayalı kapsamlı bakım planları oluşturmak için fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimleri, fizyoterapistler, iş-uğraş terapistleri, psikiyatristler, dil ve konuşma terapistleri ve daha birçok uzman dahil olmak üzere diğer sağlık ekibi üyeleriyle birlikte çalışırlar. Rehabilitasyon hemşireliği bir bakım felsefesidir.”

İnme rehabilitasyonu boyunca hemşire, hastalar için yol göstericilik ve rehberlik rolü üstlenmektedir. Hemşire; işlevselliğin korunması, komplikasyonların önlenmesi, erken mobilizasyon, özbakımı geri kazandırma, başa çıkma ve uyum sağlama becerilerine katkıda bulunma ve hastanın bulunduğu ortamı zenginleştirme gibi biyopsikososyal bakım uygulamaları ile sürece katkı sağlamaktadır (60, 65). Hemşire, hastanın bulunduğu ortamı zenginleştirmek için kitap okumasını, müzik dinlemesini, aktivitelere katılım sağlamasını, yemek odasında yemek yemesini teşvik etmekte ve tüm bu önemli bakım uygulamaları tedavi yanıtını hızlandırmaktadır (66). Hemşire tüm sürecin koordinasyonundan, hasta ve ailesine bilgi aktarımından, hasta ile ailesi veya hasta/ailesi ile sağlık profesyonelleri arasındaki iletişimde köprü kurmaktan, hasta ve ailesinin eğitiminden de sorumludur. Ayrıca hasta ve ailesine,

rehabilitasyonun ne olduğunu ve amacını, kişilerin rehabilitasyondaki rollerini, hasta için belirlenmiş hedefleri, akut bakım ve rehabilitasyon arasındaki farkları açıklayarak bilgi eksikliklerini gidermek rehabilitasyon hemşiresinin görevleri arasındadır (60).

Ülkemizde rehabilitasyon hemşireliğinin görev yetki ve sorumlulukları 27910 sayılı ve 19 Nisan 2011 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2011)’te belirtilmiştir. Bu yönetmeliğe göre rehabilitasyon hemşiresi, *hastayı bütüncül olarak ele alır, günlük yaşam sürecinde gerekli olan iletişim ve bağımsız yaşam becerilerinin kazandırılmasını sağlar. Kendine bakımı geliştirerek yaşam kalitesini artırmayı öğretir, destekler ve gözler. Kronik hastalık ve sakatlığa uyumu, iletişim becerisi, işlevsel ve fonksiyonel beceriler, öz bakım becerileri, sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesini destekler. Öte yandan, rehabilitasyon hizmetleri ülkemizde hala beklenen düzeyde değildir ve bu yüzden de mevzuatta yer alan rehabilitasyon hemşireliği tanımı somut anlamda işleyişe geçmemiş, rehabilitasyon hemşireliği henüz ayrı bir özel dal hemşireliği olarak gelişmemiştir (59). Yapılan araştırmalarda açıkça ortaya konulmuştur ki, inme sürecinin yönetiminde hemşirenin eğitici rolü ve bakım uygulamalarının sürdürülebilirliği rehabilitasyon sürecine büyük katkı sağlamaktadır (9).*

2.3. İnme Geçirenlerde Görülen Psikososyal ve Psikiyatrik Sorunlar

İnme yaşayan birey; fiziksel bağımsızlık kaybı, yeti yitimi yaşama, yaşam boyu süren tedavi ve rehabilitasyon sürecine dahil olma, işlevselliğini kaybetme, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen semptomlar ve komplikasyonlarla mücadele etme durumlarıyla yüz yüze gelebilmektedir. Yaşanan tüm bu zorluklar bireyin yaşam kalitesini düşürmektedir (13) ve bireyin yaşadığı bu olumsuz durumlarla baş edememesi, yeni düzene uyum sağlamakta zorlanması sonucunda bazı psikososyal yanıtlar ya da psikiyatrik tablolar da ortaya çıkabilmektedir (14).

Ani gelişen yeti yitimi, birey ve aile için ciddi psikososyal sonuçları olan bir kriz durumu yaratabilmekte ve yaşanan yeti kaybı sonucunda yas sürecinin erken evresi (inkar ve şok) başlamaktadır (16). Bu evrede birey, yaşadığı nörofizyolojik değişimlere uyum sağlamakta zorlanmakta; anksiyete, çaresizlik, umutsuzluk,

güçsüzlük, hüznün, korku ve şaşkınlık duyguları açığa çıkabilmektedir (17). Bireyin oluşan yeni durumla uyumunda etkisi olan faktörlere; bağımlılık düzeyi, sosyal kaynaklardan gelen destek, işlevselliğini ne derecede yitirdiği, günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilirlik seviyesi, ekonomik gücü vb. örnek verilebilir (11). Literatür incelemesi sonucu, uyum bozukluğu, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu da inme sonrası ortaya çıkabilen psikiyatrik sorunlar olarak saptanmıştır. İnmenin yol açtığı psikiyatrik tablolara yönelik literatür incelendiğinde, çalışmalarda en fazla depresyona odaklanıldığı görülmektedir (18). Ancak, inme gibi ani gelişen klinik tabloların, psikolojik travmaya ve travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) yol açtığına yönelik çalışmalar da literatürde bulunmaktadır (19, 23, 67-71)

Anksiyete

Pearson Hemşirelik Tanıları El Kitabı (2014), anksiyeteyi; kaynağı ya da nedeni bilinmeyen, içten gelen tedirgin edici rahatsızlık ya da dehşet duygusu; tehlike beklentisinin yol açtığı bir endişe duygusu, yaklaşan bir tehlike için uyarı işareti ve bireyin yaklaşan bu tehdit için önlemler almasını sağlayan bir durum olarak tanımlamaktadır. (72). İnme sonrası hastaların baş etmekte yüz yüze kaldığı değişimler, yaşanan yeti yitimi ve geleceğe yönelik belirsizlik hissi anksiyeteye yol açmaktadır. Rol ve sorumlulukları ile ilgili endişeler (Örn. Ev işlerini kimin idare edeceği, evcil hayvana kimin bakacağı gibi.) ve “rol krizi” olarak adlandırılabilen bu durumda; eş, ebeveyn, çalışan gibi rollerini yerine getirme becerisi ile ilgili geleceğe yönelik endişeler yaşanmasına yol açmaktadır. Hayal kırıklığı ve öfke gibi inmeye karşı verilen bu duygusal tepkiler hasta, hasta yakını ve sağlık ekibinin baş etmesini zorlaştırabileceği gibi çevre tarafından “kişilik değişimi” gibi de yorumlanabilmektedir (60).

İNME SONRASI ANKSİYETE GÖRÜLME SIKLIĞI DEPRESYONLA BENZERDİR (73). Buna rağmen literatürde ve uygulamada anksiyeteye depresyon tanısı kadar yer verilmemektedir (39). Hastaların inme sonrası 10 senelik takibinin yapıldığı bir araştırmada, anksiyetenin sebebi direkt inme ile bağlantılı olmasa bile, hastaların ortalama %20'sinde patolojik düzeyde anksiyete görüldüğü bulunmuştur (74). İnmeden önce depresyon, demans ve bilişsel bozukluk öyküsü olan kişilerde, inme sonrası anksiyete daha sık görülebilir, yine gençlerde ve kadın hastalarda, maddi

imkanları düşük olanlarda, inme sonrası bir işte çalışamayan bireylerde anksiyete görülme oranı daha yüksek olabilmektedir (74-76). İnme sonrası anksiyetenin tedavisinde, farmakolojik tedavi ve uzun vadeli iyileşme için Bilişsel Davranışçı Terapi gibi psikoterapi tekniklerinden yararlanılmaktadır (77).

Sosyal izolasyon

Sosyal izolasyon, birey tarafından deneyimlenen ve başkaları tarafından dayatıldığı şeklinde, olumsuz ya da tehdit durumu olarak algılanan yalnızlıktır (78). İnme sonucu yeti yitimi yaşayan birey toplumun önyargısı sebebiyle damgalanmaya maruz kalabilir, toplumun belirlediği “normal” kavramının dışına itilebilir, maruz kaldığı negatif tutumları içselleştirebilir ve içselleştirilmiş damgalama sebebiyle yalnızlık duygusuyla baş başa kalabilmektedir (11). Ayrıca toplumdaki gelen ve içselleştirilmiş tüm damgalamalar, bireyde anksiyete, utanç, dehşete kapılma, suçluluk duygularına ve içe kapanıklık, kendine yabancılaşma, sosyal izolasyon gibi olumsuz durumlara da sebep olabilmektedir (12). Yurttaş ve arkadaşlarının (2019) yaptığı nitel bir araştırmaya göre inmeli bireyler yalnızlıktan yakındıklarını ve yalnız kalmak istemediklerini ifade etmişlerdir (79).

Benlik Saygısında Bozulma Riski

Düşük Benlik Saygısı Riski, sağlık durumunu bozabilecek şekilde mevcut duruma tepki olarak bireyin kendi değeri hakkında olumsuz algı geliştirme eğilimidir (80). İnme sonrası bireyin yaşadığı fonksiyon kayıpları, rol kayıpları, fiziksel hastalık, beden imajında bozulma, çevre üzerinde azalan güç ve/veya kontrol gibi durumlar kişiyi bu hemşirelik tanısına götürebilir. İnmeli birey bir sosyal kaygı durumunun içinde olabilir. Amerikan Psikiyatri Birliği verilerine göre sosyal kaygıya sahip bireyler, hem başkaları tarafından değerlendirilmekten endişe duyarken hem de endişe duyduğunun anlaşılmasından korkabilmekte, bu sebeple belirli sosyal ortamlara girmekten kaçınarak sosyal izolasyon yaşayabilmektedirler (81).

Umutsuzluk

Umutsuzluk, hiçbir alternatifinin ya da kişisel seçeneğinin olmadığını ya da sınırlı olduğunu düşünen ve kendi adına enerjisini harekete geçiremeyen bir bireyde

var olan öznel durumdur (80). Yurttaş ve arkadaşlarının (2019) çalışma sonucuna göre, inme olgusu bireyin kendi kendine yetememesi ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememesi sebebiyle bireylerin umutsuz ve çaresiz hissetmelerine sebep olabilmektedir (79).

Güçsüzlük

Güçsüzlük, bireyin bir olayın gerçekleşmesini engellemede etkisiz olduğunu düşünüp olay üzerinde kontrol kaybı yaşadığı durumdur (80). Özen (2017)'e göre yaşanan travmalar; korkular, çaresizlik ve güçsüzlük duygusunun ortaya çıkmasına neden olurken, travmayı yaşamış kişilerin de duygu, düşünce ve ruhsal durumlarını da uzun süre etkisi altına alabilmektedir (82).

Uyum Bozukluğu

Yeti yitimi yaşayan bireylerde fiziksel, ekonomik ve psikososyal sorunlar; yeni yaşantıya uyum sağlama zorluğu ile birbirini besleyen karşılıklı bir ilişkiye sahiptir. Bu bağlamda yeti yitimi kaynaklı psikososyal sorunlar, hasta ve hasta yakınlarında göz ardı edilemeyecek düzeyde deneyimlenerek uyum bozukluklarına sebep olabilmektedir (15). DSM-5'e göre Uyum Bozuklukları, tanımlanabilir tetikleyici etkenlere tepki olarak, bu etkenlerin ortaya çıkmasından sonraki üç ay içinde, duygusal ya da davranışsal belirtiler gelişmesi şeklinde tanımlanmaktadır. Ayrıca bu belirtilerin ağırlığını ve görünümünü etkileyebilecek dış bağlam ve kültürel etkenler göz önünde bulundurulduğunda, tetikleyici etkenin ağırlığı ya da yoğunluğu ile orantısız, belirgin bir sıkıntı durumu ve toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte ileri derecede düşme görülebilmektedir (20).

Depresyon

DSM-5'te Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Depresyon Bozukluğu tanısına göre; bireyde klinik görünümde sürekli çökkün bir duygudurum, neredeyse bütün etkinliklere karşı ilgide belirgin azalma veya zevk alamama durumu mevcuttur (20). İnme hastalarında depresyona yönelik literatür incelendiğinde; inme geçiren

hastalarla yapılan 61 çalışmayı sistematik inceleyen bir meta analize göre, inmeden kurtulan hastaların %31'inin sonraki beş yıl içinde herhangi bir zaman diliminde depresyonda olduğu bulunmuştur (83). İnme sonrası depresyon sıklığının önlenmesinde; yüksek riske sahip bireylerin erken tespiti ve depresyonun erken yönetimi, hastanın rehabilitasyon ve tedavi sürecine katılımını etkileyeceği için oldukça fazla önem taşımaktadır (39, 84). Depresyon ile yaş, inme tipi, cinsiyet ve lezyon yeri arasında kesin bir ilişki bulunamamıştır (85). Ancak, afazi ve buna bağlı iletişim bozukluğu; psikolojik sorunlar ve depresyon için önemli bir yordayıcı sayılmaktadır (86).

İNME SONRASI DEPRESYONUN TANINMASI VE TEDAVİ EDİLMESİ SON DERECE ÖNEMLİDİR. Çünkü, depresyon tanılı hastalarda, reçete edilen ilaçları alma, düzenli kullanma, sigarayı bırakma, sosyal aktivitelere katılım gibi sağlıklı yaşam aktivitelerine karşı duyulan istek azalmaktadır (87). İnmeli hastalarda bu durum tedavinin gidişatını ve rehabilitasyonun etkinliğini olumsuz etkileyebilmektedir.

(İnmede görülen psikiyatrik sorunların başlıcalarından biri olan TSSB hakkındaki bilgiler detaylı verileceği için ayrı bir başlık olarak açılmıştır.bkz:2.4.)

2.4. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

İNME SONRASI TSSB BİREYDE CİDDİ DÜZEYDE RAHATSIZLIK YARATAN BELİRTİLERİN YANI SIRA, BİREYLER İÇİN CİDDİ EK PSIKIYATRİK BOZUKLUK RİSKLERİ TAŞIMAKTA ve tedaviye uyumsuzluk gösterme riskinde artışa yol açmaktadır (18). Ne yazık ki bu durum hem serebrovasküler hem de psikiyatrik tedavinin aksaması ile sonuçlanmaktadır (21, 22). Hem hasta hem de hasta yakınının yaşam kalitesini ciddi düzeyde olumsuz etkileyebilen TSSB (24), erken dönemde müdahale edildiğinde önlenebilen bir klinik tablodur (25, 26). Bu açıdan ele alındığında, ülkemizde, inme hastalarındaki TSSB yaygınlığının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi hem koruyucu hem de tedavi edici, bakım sağlayıcı ve rehabilite edici hizmetlerin planlanması açısından önem arz etmektedir.

TSSB; DSM-5'te, gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır yaralanma, bireyin fiziksel bütünlüğünü tehdit edici bir durumla karşılaşması veya böyle bir duruma tanık olması gibi ağır travmatik olaylardan sonra ortaya çıkabilen, özgül semptomlarla kendini gösteren bir bozukluktur (20). İnme ve TSSB ilişkisine

yönelik, son yıllarda literatürde artan bir ilgi olmakla birlikte bu konudaki araştırmaların kısıtlı olduğu söylenebilir (18).

Ülkemizde inme geçiren hastalarda ortaya çıkabilen TSSB'yi ele alan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Uluslararası çalışmalar, inme hastalarında daha çok TSSB'nin yaygınlığı, organik ve psikososyal nedenleri ve önleyici ve tedavi edici girişimlere odaklanmaktadır (18). İnme geçirmiş kişileri inceleyen bir meta-analiz çalışmasında dört hastadan birinin serebrovasküler olaydan sonra bir yıl içinde TSSB semptomları yaşadığı bildirilmiştir (23). Literatürdeki mevcut çalışmalara bakıldığında inme sonrası TSSB belirtileri ve ilişkili faktörler hakkındaki araştırmalara fazlasıyla ihtiyaç duyulmaktadır (18). Klinisyenler, TSSB'nin inme geçirmiş kişide depresyon olarak ortaya çıkabileceğini göz ardı edebilmekte, ayırıcı tanı koymanın iyileşmede ve tedavinin etkinliğinde ne kadar önemli olduğunu gözden kaçırarak, TSSB yerine depresyon tanısını ön planda tutabilmektedirler (39). Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmelliği Enstitüsü (NICE) TSSB yerine depresyona odaklanmanın olumlu bir değişimle sonuçlanmayacağını, hastada her ikisi de mevcutsa öncelikle TSSB'nin ele alınmasını önermiştir fakat inmeli hastalarda TSSB'yi tanımlamak ve değerlendirmek için özel bir değerlendirme skalası bulunmadığını ve bunun da gerekliliğini vurgulamıştır (88). İnme sonrası hastalarla çalışan tüm sağlık profesyonelleri TSSB'yi tanıyıp ayırt edebilmelidirler (39).

2.4.1. Dünyada ve Türkiye'de TSSB Epidemiyolojisi

2019 yılında yapılan bir çalışmaya göre TSSB'nin dünyadaki yaygınlığı %3,9 olarak tahmin edilmiştir (89). Ancak, TSSB'nin yaygınlığı bölgesel olarak değişebileceği gibi özellikle olağanüstü durumlarda oranlar daha da yüksek olabilmektedir. Örneğin, Suriye'de savaş zamanı yapılan bir çalışmaya göre TSSB yaygınlığı yaklaşık %90 olarak tespit edilmiştir (90). Travma yaşantısına maruz kalanların ise yaklaşık %10'unda TSSB tablosunun ortaya çıkabildiği saptanmıştır (91, 92).

2.4.2. TSSB Etiyolojisi ve Risk Faktörleri

Freud, şiddetli travmatik yaşantıların, kişinin savunma mekanizmalarını yetersiz bırakarak ve egonun başa çıkma kapasitesini aşarak kişide zorlu psikolojik bozukluklara yol açabildiğini savunmaktadır (93). Bu bölümde TSSB'yi tetikleyebilen ve TSSB için risk oluşturabilen, çevresel, psikososyal, genetik ve fiziksel bazı faktörler ve travmatik olaylardan bahsedilecektir.

a. Psikososyal ve çevresel etmenler:

Psikososyal risk faktörlerinin gücü ve etkisi, travmatik olayın özelliklerine, travma mağdurunun önceden var olan niteliklerine veya deneyimlerine ve travma sonrası durumlara bağlıdır (94). TSSB için risk oluşturan psikososyal ve çevresel faktörler; çocuklukta aile işleyişindeki sorunlar, çocukluk stresine ve travmasına maruz kalmak, depresyon, sosyal destek eksikliği, ek yaşam stresörleri, kişinin baş etme yeteneğindeki eksiklik vb. şeklinde sıralanabilir (94). Özer ve arkadaşlarının (2003) çalışmasına göre travmatik bir olay sırasında yaşanan “yaşam tehdidi” seviyesinin TSSB ile ilişki gösterdiği bulunmuştur (95). Ek olarak Brewin ve arkadaşlarının (2000) meta-analiz çalışmasında da yaşanan travmatik olayın şiddeti ile TSSB arasında ilişki bulunmuştur (96). DSM-5'te ise TSSB risk faktörleri, kişinin veya başkalarının ölümü ya da ciddi yaralanmalarının tehdidi veya gerçekleşmesi, ciddi bir fiziksel veya cinsel saldırı, doğal afet yaşama, kaza geçirme, savaş veya şiddetli bir kazaya tanıklık etme olarak sıralanmaktadır (20).

b. Genetik ve fiziksel etmenler:

Cinsiyet, TSSB etiolojisindeki önemli bir risk faktörüdür (94). TSSB için en büyük risk etmeni; erkekler için savaşa katılma deneyimi iken kadınlar için cinsel taciz, veya saldırıdır (97). Ayrıca literatürde, kadınların erkeklere kıyasla TSSB geliştirmeye ortalama iki kat daha yatkın olduğu birçok çalışmayla ortaya konmuştur. (98-103).

II. Dünya Savaşı sırasında/sonrasında TSSB yaşayan askerlerin ailelerinde ve akrabalarında, TSSB yaşamayanlara göre daha yüksek oranda psikiyatrik hastalıkların var olduğu literatüre geçmiştir (104). Ailede depresyon, anksiyete

bozukluğu ve madde kötüye kullanımının varlığı kişi için TSSB açısından risk oluşturmaktadır (93). Vietnam savaşına katılmış olan askerlerle ve onların tek/çift yumurta ikizleri ile yapılan çalışmalarda anlamlı genetik verilere ulaşılmış, TSSB oluşumunda genetik etkisinin yaklaşık %30 oranında olduğu tahmin edilmiştir (104).

2.4.3.TSSB Klinik Tablosu

a. *Belirtiler*

TSSB, travmatik bir olaya maruz kalmayla başlar ve olayla ilgili ısrarcı, uzaklaştırmakla gitmeyen ve müdahaleci düşünceler içerir. DSM-5'te TSSB belirtileri şu başlıklarla ele alınmıştır; travmatik olayı yeniden yaşantılamama (flashback), travmayı hatırlatan tüm uyaranlardan kaçınma ve sosyal içe çekilme, aşırı uyarılmışlık hali (81). Yine DSM-5' göre TSSB; yineleyici ve istemsiz aklı gelen anılar, yineleyici sıkıntı veren düşler, kişinin olayı yeniden yaşıyormuş gibi (flashback) hissettiği veya davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkileri, travmatik olayı hatırlatacak herhangi bir şeyle karşılaşınca uzun süreli ruhsal sıkıntı yaşama ve belirgin fizyolojik tepkiler gösterme, travmatik olayı hatırlatıcı her şeyden uzak durma çabası ve kaçınma davranışı, travmatik olayı hatırlayamama ve kısmi unutkanlıklar yaşama (dissosiyatif amnezi), kendisi veya dünyayla ilgili aşırı olumsuz ve genelleyici inanışlar, travmatik olayla ilgili sürekli kendini veya başkalarını suçlama, süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (korku, dehşet, öfke, suçluluk, utanç vb.) içinde olma özellikleri ile karakterize olan bir klinik tablodur (69).

2021 yılında yapılan bir araştırmaya göre TSSB hastalarında hastalık belirtilerinin en sık anksiyete ve depresyon şeklinde kendini gösterdiği gözlemlenmiştir (105). Tüm bu zorlayıcı TSSB semptomlarının süresindeki artış ise kişinin yaşam kalitesini düşürür ve öyle ki, yapılan bir vaka-kontrol çalışmasında, TSSB görülen bireylerdeki intihar riskinin, normal popülasyona göre yaklaşık 10 kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (106, 107).

b. Prognoz

TSSB gidişatının öngörülmesi, kişide var olan risklerin erken teşhisi, uygun tedavisi ve yönetimi aracılığıyla kronik TSSB gelişimi engellenebilmektedir (108). TSSB prognozunu yani hastalık gidişatını etkileyen faktörler ise şunlardır: sosyodemografik özellikler, kişide veya ailede geçmiş psikiyatrik hastalık öyküsü, işsizlik, medeni durum, bireyin zihinsel hazır oluşu ve kontrolü, temel gereksinimlerin karşılanma biçimi, fiziksel ve psikolojik kaynakların kaybı, sosyal destek kaynakları, bireyin baş edebilme stratejileri, bir doğal afete, saldırıya veya şiddete maruz kalmış olma, maruz kalınan travmatik olayın ve deneyimlenen korkunun şiddeti ve olayın bireyin hayatını tehdit etme düzeyi (109). Yaşanan travmatik olay sonrası en az altı hafta sonra başlayabilen TSSB, kimi zaman da yıllar sonra ortaya çıkabilmektedir. Öyle ki, 2016 yılında yapılan bir çalışma, travmatik olay yaşayan bireylerde, olayın altıncı ayında %74'ünün, 12. Ayında ise %60'ının TSSB tanı kriterlerini karşılayabildiği ortaya konulmuştur (110).

2.4.4. TSSB Tedavi Yaklaşımları

İnme sonrası TSSB tedavisinde birçok yöntem kullanılsa da en yaygın ve etkili tedavi yöntemlerinin seçici serotonin geri alım inhibitörü (SSRI) antidepressanlar, bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme terapisi(EMDR) olduğuna dair kanıtlar literatürde mevcuttur (111-114). 2020 yılında yapılan bir meta-analiz, sanat terapisi ve müzik terapisi gibi yaratıcı terapilerin de TSSB tedavisinde etkili olabileceğini öne sürmüştür (115). Travma ve TSSB hakkında yapılan araştırmalar son yıllarda hız kazanmış olup, tedavi yöntemleri de hızla gelişmektedir (114, 116) Bu araştırmaların sonuçları, konuyu daha iyi anlamak ve tedaviye yardımcı olmak için kullanılabilir.

a. Bilişsel Davranışçı Terapi

TSSB tedavisindeki gelişmeler son yıllarda hızla artmaktadır. BDT şimdiki zamana, davranışsal eylemlere ve öğrenmeye odaklanan bilimsel bir yaklaşımdır. Ortaya çıkmasında önemli bir faktör, İkinci Dünya Savaşı'ndan sonra hızlı çözüm sağlayan terapi yaklaşımlarına olan ihtiyacın artması ve öğrenme odaklı çalışmalarda

büyük gelişmeler kaydedilmesidir (117). Bir 2019 araştırması, BDT'nin TSSB tedavisindeki etkinliğini değerlendirmiş ve BDT'nin TSSB semptomlarını önemli ölçüde azalttığını ortaya koymuştur (114). Öğrenme ilkelerine dayanan bu terapi yaklaşımı, danışana çeşitli teknikler kullanarak probleme yönelik davranışlarını değiştirme becerisini öğretmeyi amaçlamaktadır (117). BDT; hayali maruz bırakma, gerçek yaşamda maruz bırakma, sistematik duyarsızlaştırma, nefes egzersizleri, gevşeme teknikleri eğitimi ve psikoeğitim gibi tekniklerden oluşmaktadır (118). BDT'nin TSSB tedavisindeki etkililiği kanıtlanmış olup, TSSB'ye sahip olan kişilerin işlevselliğini olumsuz etkileyen anksiyete, duygusal küntlük, yeniden yaşantılama, kaçınma davranışı gösterme vb. zorlu belirtilere ek olarak, depresyon, anksiyete bozukluğu gibi eşlik eden klinik tabloların tedavisine katkı sağlamaktadır (118).

b. Göz Hareketleriyle Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme Terapisi (Eye Movement Desensitization and Reprocessing: EMDR)

EMDR, 1980'lerin sonunda Francine Shapiro (119) tarafından geliştirilen, travmatik anıları ve bunlarla ilişkili ortaya çıkan stres semptomlarını iyileştirmeyi amaçlayan psikoterapötik bir yaklaşımdır (120). Bu terapi, travmatik anıların neden olduğu rahatsızlığı duyarsızlaştırmak için sekiz faz ve genellikle yatay göz hareketleri içeren standart bir protokolden oluşur. Terapinin amacı; travmatik anıların duyarsızlaştırılarak ve yeniden işlenerek mevcut travmaların yol açtığı psikiyatrik sorunların sağaltımının sağlanmasıdır (119). TSSB üzerindeki EMDR uygulamalarının etkililiğine ilişkin çalışmaların gözden geçirildiği 2021 yılı çalışmasına göre, incelenen çalışmaların ortak sonucunda, EMDR'nin TSSB'yi ve ona eşlik eden klinik tabloları hızlı bir şekilde iyileştirebildiği ve iyileşmenin bir yıla kadar da korunabildiği kanısına varılmış olup, EMDR'nin TSSB için uzun süreli etkili bir müdahale yöntemi olabileceği yazarlar tarafından ifade edilmiştir (121).

c. Farmakolojik Tedavi

TSSB'ye eşlik edebilen anksiyete ve depresyon tedavisinde de sıklıkla kullanılan Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü (SSRI) antidepresanların; TSSB'nin yarattığı aşırı uyarılmışlık ve kaçınma hali, ilgide azalma, travmatik olayı düşünsel

ve duygusal olarak yeniden yaşantılama gibi temel ve yaşam kalitesini düşürücü belirtilerinin tedavisi açısından ilk başvuru ve etkili bir farmakolojik tedavi yöntemi olarak kullanılmaktadır (122). TSSB'ye ek olarak intihar riski taşıyan ve psikotik sorunlar yaşayan bireyler için en uygun seçeneğin farmakolojik tedavinin hastanenin yataklı servislerinde yapılması ve gözlem altında tutulmaları olduğu, TSSB'ye eşlik eden mevcut alkolizm veya madde bağımlılığı durumu var ise de TSSB öncesi bu durumlara hızlıca müdahale edilmesi gerektiği ileri sürülmüştür (109).

2.5. İnme Olgusunda KLP Hemşirelerinin Rolü

Dünyada ciddi oranda görülen, engelliliğe ve ölüme fazlaca yol açabilen inme, fiziksel bakım ve rehabilitasyonun ön planda olduğu ancak psikososyal bakımın da hem hasta hem de aile için çok büyük önem taşıdığı bilinen bir hastalıktır (27). Kişinin yaşadığı yeti yitimi ve buna bağlı psikososyal sorunlarda hemşire tarafından verilen periyodik izlem ve destek bakım oldukça önemlidir. Lisans mezunu hemşireler, kronik tablo sonrası ortaya çıkan psikososyal sorunları tanıma ve süreci yönetmekte yükümlüdür. Hemşireye düşen sorumluluk, hasta birey ve ailesinin yeni duruma sosyal ve psikolojik açılardan uyumunu kolaylaştırmak, baş etme becerilerini geliştirmektir (28, 123).

Psikolojik bakımın ilk basamağı temel iletişim ve tanılama becerilerini içerir. Hemşirenin sahip olması gereken bu beceriler; dinleme, empati kurma, görüşme ve bilgi verme, psikolojik gereksinim tanımlayıp sunabilme ve aktarılan problem hakkında bilgili olmasıdır. İkinci basamağı; rutin-koruyucu psikolojik bakım vermektir. Bu düzeyde hemşire; hastanın ve ailenin stresle baş etmesini kolaylaştırma, baş etme yeteneği kazandırma, terapötik ilişki kurma ve duyguların ifade edilmesini sağlama konularında bilgi ve beceri sahibi olmalıdır. Üçüncü düzey, özelleşmiş psikolojik girişimleri kapsar. Bu düzeyde hemşireler, kurumsal modeller ve beceri eğitimlerine dayalı çeşitli psikolojik girişimlerde bulunma, süpervizör denetimi altında kısa süreli çalışma gibi beceri ve faaliyetleri uygular. Son düzey ise terapidir. Hemşire bilişsel terapi ve davranışı değiştirmeyi sağlayan psikoterapi yaklaşımlarını özelleşmiş eğitim alarak ve uzman süpervizyonu altında hastaya uygulama rolüne sahiptir (28).

Psikososyal bakımda yetkin meslek üyeleri olan KLP hemşireleri; hastanın tüm hastalık süreci boyunca yaşadığı psikososyal ve psikiyatrik süreçle yakından ilgilenme, sorunları saptama, tedavi ve bakımda aktif rol alma gibi görevlere sahiptir (28). Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre ise KLP hemşiresi, bireyin ve ailenin mevcut hastalık sebebiyle sahip olduğu belirtiler ve psikososyal sorunlarla baş etmesini kolaylaştırmak, uyum sağlamayı kolaylaştırmak, tıbbi bakıma psikiyatrik bakımı entegre etmekle yükümlüdür (29). Hastanede yatarak tedavi ve bakım alan hastaya ve ailesine bütüncül bakım verilmesinde servislerde çalışan hemşireler ve tedavi ekibinin geri kalanıyla KLP hemşiresi sürekli işbirliği içindedir. Hemşireler karşılaştıkları çözümü zor olan klinik durumlar, bu durumların analizi, ağrı, yas, anksiyete, kriz, intihar ve şiddet gibi birçok konuda KLP hemşiresinin eğitici rolü, bilgi birikimi ve mesleki desteğinden yararlanmaktadırlar (123).

KLP hemşiresi, hastaların bütüncül bakım almaları amacıyla, psikiyatri dışı hastane servislerinde çalışan hemşirelere danışmanlık yaparak dolaylı ya da doğrudan bakım verir (124). Tunmore (1990) KLP hemşireliği yazısında, inme birimlerinin de dahil olduğu genel hastane uygulamasında psikolojik bakım modelini dört düzeyde açıklamıştır (125):

1. Düzey: temel iletişim ve tanılama becerileri,
2. Düzey: rutin-önleyici psikolojik bakım,
3. Düzey: özelleşmiş psikolojik müdahaleler,
4. Düzey: psikoterapi

İnme konusunda hemşirelere biyopsikososyal açıdan önemli görev, rol ve sorumluluklar düşmekte (9) ve bu nedenle yapılacak olan bu çalışmanın hemşirelik mesleğine katkı sağlaması beklenmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı yapıdadır.

3.2. Araştırmanın Gerçekleştirildiği Yer ve Özellikleri

Çalışma, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi bünyesindeki Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon (FTR) Hastanesi'nde 2021-2022 yılları arasında gerçekleştirilmiştir. Hastanede; beyin hasarı ve inme rehabilitasyonu, omurilik rehabilitasyonu, pediatrik rehabilitasyon, nöromusküler hasar rehabilitasyonu, subakut, romatolojik, ortopedik rehabilitasyon ve yabancı hasta rehabilitasyon servisleri hizmet vermektedir. 2021 yılı boyunca hastaneye başvuran inmeli hasta sayısı 531'dir ve diğer yıllarda da bu sayı benzerlik göstermektedir. Bu çalışma, örnekleme alınma kriterlerine uyan iskemik veya hemorajik inmeli hastaların olduğu servislerde yürütülmüştür.

Hastaneye poliklinik başvurusu yaptıktan sonra yatış kararı verilen hastaların, yatış sırası geldiğinde veya aciliyetine göre uygun servise yatırılarak tedavi ve bakım sürecine başlanır. Her hastanın laboratuvar ve hizmetler açısından kişiye özel programı oluşturulur. Hastaların hangi gün, hangi saatte, hangi laboratuvar da ne işlemi olduğu her servisin hemşire bankosundaki panoda yer almaktadır. Tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarının laboratuvar ve hasta uygunluğuna göre ayarlanmasını, hastanın hizmetini alarak servise geri dönüşünü, ayrıca görüntüleme tetkiklerinin de yeri ve zamanını, randevu sistemi üzerinden hemşireler yönetmektedirler. Taşıma personelleri eşliği ile hastalar rehabilitasyon programlarına katılım sağlamaktadırlar.

Servislerde yatan hastaların psikiyatrik/psikososyal tedavi uygulamaları için psikiyatrist ve psikologlardan destek alınmaktadır. Hastanede iki psikolog bulunmaktadır. Ayrıca bir psikiyatri birimi yoktur. Konsültasyon sonucu istem yapılan psikiyatrist, görev yeri hangi kule ise oradan gelip hastayı görmektedir. Her hasta için rutin psikolog konsültasyonu uygulaması olsa da bu her zaman mümkün olmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesinde rehabilitasyon hizmeti alan inmeli hastalar oluşturmaktadır. Araştırma örnekleme, 10 kişi üzerinde pilot çalışma yapılarak belirlenmiştir. Modifiye Barthel İndeksi ile Posttravmatik Stres Bozukluğu-Kısa Ölçek (PTSB-KÖ) toplam skor puanları arasındaki ilişkinin büyüklüğü, pilot çalışmada 0.46 bulunmuştur. Bu değer esas alınarak örneklem büyüklüğü %16 birimlik farkla 218 olarak hesaplanmıştır.

Örnekleme Alınma Kriterleri

- 18 yaşından büyük olmak
- Gönüllü onam vermek
- Türkçe iletişim kurabiliyor olmak
- Hemorajik veya iskemik inme nedeniyle tedavi, bakım ve rehabilitasyon hizmeti alıyor olmak

Örneklemden Dışlanma Kriterleri

- Ölçüm araçlarındaki soruları cevaplamayı engelleyecek nörobilişsel herhangi bir soruna sahip olmak
- Akut iskemik atak (24 saatten kısa süreli geçici inme) tanısıyla takip ediliyor olmak
- Son 6 ay içinde trafik kazası, ateşli silah yaralanması, doğal afet vb. travmatik olay yaşama veya şahit olma öyküsüne sahip olmak
- Son bir yıl içinde geçirdiği hastalığa yönelik aktif psikoterapi sürecinde olmak

3.4. Veri Toplama Araçları

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı tipte planlanan çalışma, aşağıda yer alan veri toplama araçları yardımıyla gerçekleştirilmiştir:

1. Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikler Formu (EK-1)

Araştırmacılar tarafından hazırlanan 20 soruluk bir formdur. Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çocuk sahibi olma durumu, birinin bakımını üstlenmiş olma durumu, sosyal güvence, gelir düzeyi, ailede başka gelir getiren kişi olması durumu, kimlerle yaşadığı ve bakımından varsa kimin sorumlu olduğu, inme tipi, mevcut psikiyatrik tanı, psikiyatrik ilaç kullanımı, psikoterapi alma süreci gibi sorular içermektedir. Bu soruların cevaplarına ise hasta dosyasından veya hastanın hemşiresinden ulaşılmıştır.

2. Posttravmatik Stres Bozukluğu-Kısa Ölçek (PTSB-KÖ) (EK-2)

Orjinali Lebeau ve ark. (2014) tarafından oluşturulmuş ölçeğin (126) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Evren ve ark. (2016) tarafından yapılmıştır (127). Posttravmatik Stres Bozukluğu Kısa Ölçeği, son yedi gün içinde TSSB semptomlarının teşhisi için DSM-5 aralığı kriteri ile tutarlı olan, dokuz maddeden oluşan 5'li Likert tipi kısa bir ölçektir. Her madde “1=hemen hemen hiç” ve “5=hemen hemen her zaman” arasında puanlanmaktadır. Toplam ölçek puanı 9 ile 45 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan puanın artışı; TSSB belirtilerinin artışına işaret eder. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekte 24 kesme noktasının üzerinde kalanlarda TSSB belirtileri görülmektedir. 24'lük optimal kesme puanı kullanıldığında sırasıyla 0,91 ve 0,77 duyarlılık ve özgüllük oranlarına sahiptir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,87 olarak bulunmuştur (127). Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach alfa katsayısı 0.78 olarak bulunmuştur.

3. Modifiye Barthel İndeksi (MBİ) (EK-3)

Modifiye Barthel İndeksi, 1965 yılında Mahoney ve Barthel tarafından geliştirilen (128), günlük yaşam aktivitelerini 10 maddede sorgulayan bir fiziksel engelliliğe bağlı bağımlılık ölçüm aracı olan Barthel İndeksinin değiştirilmiş halidir (129). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Küçükdeveci ve arkadaşları (2000) tarafından yapılmıştır (130). İnmeli ve omurilik hasarlı hastalarda fiziksel fonksiyonları değerlendirmek amacıyla rehabilitasyon öncesi ve sonrasında kullanılarak hastanın bağımsızlığının gelişmesi yönünden

gerçek bir kıyaslama yapmayı sağlayan ölçek, toplam 10 aktivite için fonksiyonel bağımlılık ölçümü yapar. Bu aktiviteler; beslenme, yıkanma, kendine bakım, giyinip soyunma, bağırsak bakımı, mesane bakımı, tuvalet kullanımı, tekerlekli sandalye ve yatak arasında transfer, yürüme, merdiven inip çıkmadır (131). Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0,93 olan ölçeğin, her maddesinin (her aktivitenin) kendi içinde puanlaması farklıdır. Ölçek toplamda 100 puan üzerinden değerlendirilir. 100 puan tam bağımsızlık, sıfır puan tam bağımlılığı göstermektedir. Puan aralığına göre bağımlılık düzeyi seviyeleri belirlenir (130).

0-20: 1. Seviye-Tam bağımlı, aktivite yapmak için yetersizdir.

21-61: 2. Seviye- İleri derecede bağımlı, iş yapmayı dener fakat yardımcı olmadan güvensizdir.

62-90: 3. Seviye-Orta derecede bağımlı, orta derecede yardıma ve gözetime gereksinimi vardır.

91-99: 4. Seviye-Hafif derecede bağımlı, minimal yardıma ve gözetime gereksinimi vardır.

100: 5. Seviye-Tamamen bağımsızdır.

4. Travma ile Başa Çıkabilme Algısı Ölçeği (TBCA)(EK-4)

Herhangi bir travma yaşantısında kişinin uyum sağlama kapasitesi, travma ile başa çıkma algısına bağlıdır ve önem taşır. Bu nedenle Bonanno ve arkadaşları (2011) Travma ile Başa Çıkabilme Algısı Ölçeğini geliştirmişlerdir (132). Bu ölçeğin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik-güvenirlilik Arı ve Soysal tarafından 2019 yılında yapılmıştır (133). Travma ile Başa Çıkabilme Algısı Ölçeği, 5’li Likert tipte bir ölçektir, toplam 20 madde ve iki alt boyut içerir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında, orijinal ölçekteki alt boyut yapısı Türkiye örneklemini üzerinde doğrulanmıştır. Orijinal ölçekle tutarlı olarak 12 maddeden oluşan ilk alt boyut “Gelecek Odağı”, 8 maddeden oluşan ikinci alt boyut ise “Travma Odağı” ortaya çıkmıştır (133).

Gelecek Odağı: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12

Travma Odağı: 13,14,15,16,17,18,19,20

Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı “Gelecek Odağı” alt faktörü için 0.90, “Travma Odağı” alt faktörü için 0,79 olarak hesaplanmıştır. Toplam ölçek için ise

0.79 hesaplanmıştır. Ölçekte ters kodlanan madde ve kesme noktası bulunmamaktadır (133). Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach alfa katsayısı gelecek odağı için 0.89, travma odağı için 0.86 olarak bulunmuştur.

5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)(EK-5)

Orjinali Zimet ve ark. Tarafından (1988) geliştirilen bir ölçektir (134). Eker ve ark. (2001) tarafından Türkçeye uyarlanmış ve geçerlilik güvenirliği yapılmıştır (135). 12 maddeden oluşan bu ölçek, her biri dört maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin üç grubu içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. 7'li Likert tipindedir. Tüm alt ölçek puanlarının toplanması ile ölçeğin toplam puanı elde edilmektedir. Ölçekten alınan puanın artışı, algılanan sosyal desteğin artışına işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanmış halinin toplam puanı ve alt boyutlarının Cronbach Alfa değerleri 0.80-0.95'tir. Ölçek ters kodlanan madde içermemektedir ve kesme noktası bulunmamaktadır (135). Ölçeğin toplam puanının bu çalışmadaki Cronbach alfa katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur.

3.5. Araştırmanın Uygulanması

Hacettepe Üniversitesi'nden Eylül 2021'de Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alındıktan sonra Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Etik Kurulu'na başvurulmuştur. Araştırma süreci Eylül 2021-Mart 2023 tarihleri boyunca sürmüştür. Gerekli etik kurul izni alındıktan sonra araştırmacı Ankara Şehir Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi'ne giderek tüm inme kliniklerini ziyaret edip, doktor ve hemşire ekiplerine kendini tanıtarak süreci ve çalışmasını açıklamıştır. Veri toplama sürecinde araştırmacı, inme ve beyin hasarı rehabilitasyon kliniklerini (Ankara Şehir Hastanesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi 1A, 1C 2C, 3C ve 4C Yataklı İnme Klinikleri) ziyaret ederek, çalışmaya katılmaya onam veren ve çalışmanın örnekleme alınma kriterlerine uyan toplam 218 hastaya, veri toplama formlarını uygulamıştır.

Araştırmacı, hastanın yakını varsa odadan çıkarıp, hasta ile birebir kaldıktan sonra ilk olarak hastaya kendini ve araştırmayı tanıtmıştır. İki yataklı odalarda mahremiyet perdesi çekilerek hastanın mahremiyeti korunmuş ve dikkat dağıtıcı unsurlar ortadan kaldırılmıştır (TV'nin kapatılması vb.). Hastadan alınacak tüm

bilgilerin gizliliğine yönelik doğru ve yeterli açıklama yapıp güven sağlandıktan sonra, onam verdiği durumda, Aydınlatıcı onam formu hasta tarafından işaretlenmiştir. Sosyodemografik Veri Formu, Posttravmatik Stres Bozukluğu-Kısa Ölçek, Travma ile Başa Çıkabilme Algısı Ölçeği, Modifiye Barthel Envanteri ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği veri toplama formları, genellikle inmeli hastaların yazı yazma yetisi zayıf olduğu için çoğu hasta ile, araştırmacı tarafından karşılıklı soru-cevap şeklinde doldurulmuştur. Tüm formlar açıklanmış, puanlama sistemi anlatılmış ve sorular tek tek açık bir şekilde hastaya yöneltilerek cevaplar işaretlenmiştir. Bir hasta ile tüm ölçekleri doldururken geçen süre ortalama 25 dakika sürmüştür. Okuma ve yazma yetisinde sorun olmayan hastalar baştan tespit edilerek formları kendisinin doldurması sağlanmıştır.

Sosyodemografik ve tıbbi özellikler formunun hastanın demografik özelliklerini sorgulayan kısımları araştırmacı tarafından hastaya birebir sorularak doldurulmuştur. Ancak formun tanı, tedavi, kullanılan ilaçlar ve mevcut psikoterapi alma öyküsü kısımları fiziki hasta dosyasından bilgi alınarak, geçmiş öyküler ve konsültasyon notları incelenerek doldurulmuştur.

3.6. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (GO 21/920) alınmıştır (EK-6). Başvurulan hastane için izin yazısı (EK-7) alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalara çalışmanın amacı ve içeriği konusunda bilgilendirme yapıp, soruları cevaplandırılıp güven kazandıktan sonra araştırmaya katılan katılımcılardan aydınlatılmış onam formundaki onay kutucuğu işaretlenerek onay alınmıştır (EK-8).

3.7. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 23) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Sayısal değişkenlere ilişkin dağılımların normal dağılıma uyup uymadığını test etmek için Skewness and Kurtosis (Çarpıklık ve basıklık) testi ve Kolomogorov-Smirnov testi kullanılmıştır. Posttravmatik Stres Bozukluğu Kısa-Ölçek, Modifiye Barthel İndeksi, Travma ile Başa Çıkabilme Algısı Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılan Skewness and Kurtosis

(Çarpıklık ve basıklık) testi sonucunda veriler -1,5 ile +1,5 aralığında çıkmıştır. Kolomogorov-Smirnov testinde ise tüm verilerde H0 hipotezi reddedilmiştir. Sonuç olarak, örneklemin normal dağılımı sağlanmış ve homojen olup, varsayımları karşıladığı görülmüştür.

Sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler verilmiştir. Kategorik değişkenler için yüzde değerleri ve frekans değerleri verilmiştir. Sosyodemografik ve tıbbi özellikler formundaki iki kategorili bağımsız değişkenlerin uygulanacak ölçeklerin toplam skor puanları bakımından, kategorileri arasında farklılık olup olmadığını incelemek için, İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi kullanılmıştır. İki'den daha fazla kategorili bağımsız değişkenlerin uygulanan ölçeklerin toplam skor puanları bakımından, kategorileri arasında farklılık olup olmadığını incelemek için, Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılmıştır. İki ve ikiden fazla kategorik değişkenlerde anlamlılık Pearson Ki-Kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Ölçeklerden elde edilen toplam skor puanları arasındaki ilişki, toplam skor puanları kesikli sayısal veri türünde olduğu için, Pearson Sıra Korelasyon Katsayısı ile incelenmiştir. Çalışmada kullanılan ana ölçek Posttravmatik Stres Bozukluğu-Kısa ölçeği toplam skor puanını etkileyen bağımsız değişkenler (Modifiye Barthel İndeksi, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Travma ile Başa Çıkabilme Algısı Ölçeği Gelecek ve Travma Odağı alt faktörleri) Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yönleri:

Veri toplama sürecinin pandemi dönemi, ülkede yaşanan yangın ve deprem gibi doğal afetler ile yakın zamanlara denk gelmesi ve bu sebeple travmatizasyonun tam ayrıştırılmama ihtimali ve çalışmanın tek bir merkezden yürütülmüş olması araştırmanın kısıtlılıkları arasındadır. Hastaların nörobilişsel problemleri sebebiyle bazı hastaların ölçekleri kendi dolduramaması ve araştırmacının okuyarak tek tek doldurması da kısıtlılıklar arasındadır. Araştırmanın güçlü yönleri ise bu alanda Türkiye'deki ilk çalışma olarak ulusal literatüre öncülük etmesi ve konuyla ilgili literatüre katkıda bulunmasıdır.

4. BULGULAR

Tablo 4.1. Katılımcılara ait değişkenlerin dağılımı tablosu (n=218)

Değişkenler	n	%	$\bar{x} \pm SS$	Min-Max
Yaş	218	-	61,89±12,48	19-87
İnme Geçirdikten Sonra Geçen Süre (Ay Olarak)	218	-	7,20±6,49	1,5-36
Cinsiyet				
Kadın	83	38,1		
Erkek	135	61,9		
Medeni Durum				
Evli	169	77,5		
Bekar	49	22,5		
Eğitim Durumu				
Eğitim yok/İlk okul	89	40,8		
Ortaokul	59	27,1		
Lise	52	23,9		
Lisans/Lisansüstü/Doktora	18	8,3		
Çocuk Sahibi Olma Durumu				
Var	195	89,4		
Yok	23	10,6		
Bakmakla Yükümlü Olduğu Kişi Varlığı				
Olan	31	14,2		
Olmayan	187	85,8		
Çalışma Durumu (şu an)				
Çalışıyor	44	20,2		
Çalışmıyor	174	79,8		
Gelir Düzeyi				
Gelirim Giderimden Az	51	23,4		
Gelirim Giderimle Eşit	119	54,6		
Gelirim Giderimden Fazla	48	22,0		
Birlikte Yaşadığı Kişiler				
Yalnız	14	6,4		
Eş	76	34,9		
Çekirdek/Geniş Aile	123	56,4		
Diğer	5	2,4		
Bakım Vericisi				
Ücretli bakıcı	12	5,5		
Eş	93	42,7		
Çocuk	64	29,4		
Ebeveyn	15	6,9		
Diğer	34	15,6		
İnme Tipi				
İskemik İnme	160	73,4		
Hemorajik İnme	58	26,6		
Psikolojik Destek İhtiyacı				
Evet, ihtiyaç duyuyorum, destek aldım.	97	44,5		
Evet, ihtiyaç duyuyorum, destek almadım.	86	39,4		
Hayır, ihtiyaç duymuyorum.	35	16,1		
Toplam	218	100		

Tablo 4.1.'de katılımcıların bazı tanıtıcı özellikleri verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 61,89±12,48 ve katılımcıların inme geçirdikten sonra ay olarak geçen süre ortalaması 7,20±6,49 bulunmuştur. Katılımcıların yarısından fazlası erkek (%61,9) ve yine yarısından fazlası (%77,5) evlidir. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında, hiç eğitim almamış veya ilkokul mezunu kişilerin sayısının en kalabalık

grubu oluşturduğu (%40,8), büyük çoğunluğun çocuk sahibi olduğu (%89,4), birine karşı bakım verici olmadığı (%85,8), yine örneklemin büyük çoğunluğunun (%79,8) aktif olarak bir işte çalışmadığı, hemen hemen yarısının (%56,6) ise ekonomik durumunu gelir düzeyi gider düzeyine eşit olarak tanımladığı görülmektedir. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu (%91,3) eşi veya diğer aile bireyleriyle birlikte yaşamaktadır. Katılımcıların primer bakım vericilerine bakılırsa, en kalabalık gruba eş (%42,7) ve çocuk (%29,4) oluşturmaktadır. Katılımcıların çoğu iskemik tipte inme geçirmiştir (%73,4). Psikolojik destek ihtiyacı duyan ve destek alan katılımcıların oranı (%44,5) çoğunluktadır.

Tablo 4.2. Katılımcıların TSSB belirtisi gösterme durumlarının dağılımı tablosu (n=218)

Psikolojik Destek İhtiyacı Duyma/ Destek Alma Durumu	PTSB-KÖ Puanı Kesim Noktasının Altında Kalanlar		PTSB-KÖ Puanı Kesim Noktasının Üzerinde Kalanlar		Toplam		İstatistik
	n	%	n	%	n	%	
Destek aldım.	24	11,0	73	33,5%	97	44,5	k²: 39,11 p : 0,00*
İhtiyaç duyuyorum, destek almadım.	27	12,4	59	27,1%	86	39,4	
İhtiyaç duymadım.	29	13,3	6	2,8%	35	16,1	
Toplam	80	36,7	138	63,3%	218	100	

Pearson k² testi *p <,05

PTSB-KÖ: Posttravmatik Stres Bozukluğu-Kısa Ölçek

Tablo 4.2.'ye göre katılımcıların yarısından fazlası (%63,3) TSSB belirtileri göstermektedir (PTSB-KÖ puanına göre 24 kesim noktasının üzerinde kalanlar). Katılımcılardan sadece %44,5'bu süreçte psikolojik/psikiyatrik destek almıştır. Ancak destek alan katılımcıların %33,5'i TSSB belirtileri göstermektedir. Psikolojik/psikiyatrik yardıma ihtiyaç duymayan katılımcıların ise sadece %2,8'i TSSB belirtisi göstermektedir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (k²: 39,11; p: 0,00*).

Tablo 4.3. Katılımcı değişkenlerine göre PTSD-KÖ puanlarının dağılımı tablosu (n=218)

Değişkenler	PTSD-KÖ Toplam Puan			
	n	$\bar{x} \pm SS$	t*/F **	(p)
Cinsiyet				
Kadın	83	3,23±0,84	-2,603*	(0,010)***
Erkek	135	2,93±0,81		
Medeni Durum				
Evli	169	2,93±0,82	-3,981*	(0,129)
Bekar	49	3,43±0,74		
Eğitim durumu				
Eğitim yok/İlk okul	89	13,18±0,83	2,164**	(0,093)
Ortaokul	59	2,95±0,83		
Lise	52	2,86±0,82		
Lisans/Lisansüstü/Doktora	18	3,22±0,76		
Bakmakla Yükümlü Olduğu Biri Var mı?				
Evet	31	3,02±0,77	-0,172*	(0,865)
Hayır	187	3,05±0,84		
Gelir Düzeyi				
Gelirim Giderimden Az	51	3,28±0,85	2,760**	(0,066)
Gelirim Giderimle Eşit	119	2,96±0,82		
Gelirim Giderimden Fazla	48	3,01±0,81		
Çalışıyor mu? (Şu an)				
Evet	44	2,92±0,74	-1,185*	(0,240)
Hayır	174	3,07±0,85		
İnme Tip				
İskemik İnme	160	3,00±0,86	-1,333*	(0,184)
Hemorajik İnme	58	3,17±0,72		
Psikolojik Destek İhtiyacı/Yardım Alma Durumu				
Evet, ihtiyaç duyuyorum, destek aldım	97	3,28±0,78	29,932**	(0,000)***
Evet, ihtiyaç duyuyorum, destek almadım	86	3,13±0,70		
Hayır, ihtiyaç duymadım, destek almadım.	35	2,17±0,71		

*İki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi (t)

**Tek yönlü varyans analizi (F)

***p < ,05

PTSD-KÖ: Posttravmatik Stres Bozukluğu-Kısa Ölçek

Tablo 4.3'e göre ilk olarak cinsiyet değişkeni ile PTSD-KÖ arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır (t=-2,603, p=0,010). Katılımcı kadınlarda, erkeklere göre daha yüksek PTSD puanı olduğu görülmüştür (3,23>2,93). İkinci olarak psikolojik destek ihtiyacı alma durumunu sorgulayan değişken ile PTSD-KÖ arasındaki fark istatistiksel anlamlıdır (F=29,932, p=0,000). Psikolojik destek ihtiyacı duyan ve destek alan katılımcıların PTSD puanı, psikolojik destek ihtiyacı duymayan ve destek almayan katılımcılara göre daha yüksek çıkmıştır (3,28>2,17).

Medeni durum, eğitim durumu, birine bakmakla yükümlü olma durumu, gelir düzeyi, aktif çalışma durumu ve inme tipi değişkenleri ile PTSD-KÖ puanı arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır ($p>0,05$). Sosyodemografik veri formunda yer alan bazı değişkenlerde ise göz doygunluğuna ulaşamadığı için değişkenler karşılaştırma analizine dahil edilememiştir.

Tablo 4.4. PTSB-KÖ, ÇBASDÖ, TBÇA ve MBI puan ortalamaları tablosu (n=218)

Değişkenler	$\bar{x} \pm SS$	Min-Max
PTSB-KÖ Toplam Puan	3,05 ± 0,84	1,00-5,00
ÇBASDÖ Toplam Puan	5,42±1,27	2,00-7,00
ÇBASDÖ Aile Alt Faktörü	5,96±1,41	1,00-7,00
ÇBASDÖ Arkadaş Alt Faktörü	5,07±1,77	1,00-7,00
ÇBASDÖ Özel Bir Kişi Alt Faktörü	5,24±1,64	1,00-7,00
TBÇA Gelecek Odağı Alt Faktörü	5,38±1,26	1,33-7,00
TBÇA Travma Odağı Alt Faktörü	2,96±1,18	1,00-6,00
MBI	51,2±24,5	,00-98,00

Tablo 4.4.'e göre Katılımcıların PTSB-KÖ toplam puanı ortalaması $3,05 \pm 0,84$ 'dir. Bu puan ortanın üzerinde olarak değerlendirilebilir. Modifiye Barthel İndeksi toplam puanı ($51,2 \pm 24,5$) ve ÇBASDÖ toplam puanı ise ölçekten alınabilecek orta puanın üzerinde ve maksimum değere yakındır ($5,42 \pm 1,27$). ÇBASDÖ alt faktörlerinden en yüksek puanı aile alt faktörü alırken ($5,96 \pm 1,41$), en düşük puanı ($5,07 \pm 1,77$) ise arkadaş alt faktörü almıştır. TBÇA ölçeğinin travma odağı alt faktör puanı ($2,96 \pm 1,18$) orta puana yakın, gelecek odağı alt faktörü ise orta puanın üzerinde ve maksimum değere yakın puan ($5,38 \pm 1,26$) almıştır.

Tablo 4.5. PTSSB-KÖ, ÇBASDÖ, TBÇA, MBI, yaş ve inme sonrası geçen süre arasındaki korelasyon tablosu (n=218)

	PTSSB-KÖ	ÇBASDÖ Toplam	ÇBASDÖ Aile	ÇBASDÖ Arkadaş	ÇBASDÖ Özel Bir İnsan	TBÇA Gelecek	TBÇA Travma	MBİ	Yaş	İnme Süresi
PTSSB-KÖ	1	-,345**	-,346**	-,213**	-,274**	-,382**	,555**	-,336**	,042	-,031
ÇBASDÖ Toplam		1	,619**	,852**	,869**	,488**	-,299**	,269**	-,085	,030
ÇBASDÖ Aile			1	,241**	,317**	,279**	-,256**	,288**	-,149*	-,062
ÇBASDÖ Arkadaş				1	,690**	,429**	-,200**	,139*	-,080	,087
ÇBASDÖ Özel Bir İnsan					1	,429**	-,257**	,226**	,016	,028
TBÇA Gelecek						1	-,385**	,290**	,006	,081
TBÇA Travma							1	-,328**	-,070	,004
MBİ								1	-,166*	,091
Yaş									1	,058
İnme Süresi										1

**p<0.01, *p<0.05

PTSSB-KÖ: Posttravmatik Stres Bozukluğu-Kısa Ölçek

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

TBÇA: Travma ile Başa Çıkabilme Algısı Ölçeği

MBİ: Modifiye Barthel İndeksi

Tablo incelendiğinde, PTSD-KÖ puanı ile ÇBASDÖ ve tüm alt boyutları arasında negatif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Bu ilişki, ÇBASDÖ toplam puanı (0,345; $p<0.01$) ve ÇBASDÖ aile alt boyutu (0,346; $p<0.01$) arasında orta kuvvette iken, ÇBASDÖ özel bir insan (0,274; $p<0.01$) ve ÇBASDÖ arkadaş (0,213; $p<0.01$) alt boyutunda zayıf kuvvettedir.

PTSD-KÖ ile TBÇA Gelecek Odağı Alt Faktörü arasında anlamlı, negatif yönde, orta düzeyde (0,382; $p<0,01$) bir ilişki varken, TBÇA Travma Odağı Alt Faktörü ile anlamlı, pozitif yönde, orta düzeyde (0,555; $p<0,01$) bir ilişki bulunmuştur. PTSD-KÖ ile Modifiye Barthel İndeksi arasında anlamlı, negatif yönde ve orta düzeyde (0,336; $p<0,01$) ilişki vardır. PTSD-KÖ ile yaş değişkeni arasında anlamlı olmayan, pozitif yönde, zayıf düzeyde ilişki (0,042; $p>0,05$) varken PTSD-KÖ ile Geçirilen İnme Süresi değişkeni arasında ise anlamlı olmayan, negatif yönde, zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur (-0,030; $p>0,05$).

Tablo 4.6. Katılımcılara ait değişkenlerinin TSSB üzerindeki etkisine ilişkin regresyon tablosu (n=218)

Değişkenler	PTSB-KÖ Toplam Puan				
	Standardize edilmemiş katsayılar – β	Standardize Edilmiş β	Standart Hata	t değeri	p değeri
Sabit	19,28		4,21	4,57	,001**
ÇBASDÖ Aile Alt Faktörü	-,645	-,121	,307	-2,102	,037**
ÇBASDÖ Arkadaş Alt Faktörü	,228	,054	,310	,735	,463
ÇBASDÖ Özel Bir İnsan Alt Faktörü	-,218	-,048	,340	-,642	,522
TBÇA Gelecek Odağı Alt Faktörü	-,706	-,119	,367	-1,922	,056
TBÇA Travma Odağı Alt Faktörü	2,343	,370	,372	6,292	,001**
MBI	-,019	-,061	,018	-1,063	,289
Cinsiyet (erkek)*	2,128	,138	,805	2,642	,009**
Yaş	,038	,063	,032	1,168	,244
Psikolojik Destek İhtiyacı Duyma Durumu (ihtiyacım yok) *	5,590	,274	1,145	4,882	,001**
İNME Geçirdikten Sonra Ay Olarak Geçen Süre	-,023	-,020	,060	-,381	,704
Model İstatistiği	R: ,684; R²: ,468; F: 18,221 (p: ,001**)				

*0=İhtiyacım yok, 0=erkek

**p<0,05

ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

TBÇA: Travma ile Başa Çıkabilme Algısı Ölçeği PTSD-KÖ: Posttravmatik Stres Bozukluğu-Kısa Ölçek

MBI: Modifiye Barthel İndeksi

Tablo 4.6.'da ÇBASDÖ, TBÇA, MBI, cinsiyet, yaş, psikolojik destek ihtiyacı duyma durumu ve inme geçirdikten sonra geçen süre ile PTSD-KÖ puanı arasındaki regresyon analizi sonuçları yer almaktadır. Değişkenlerin PTSD-KÖ üzerindeki etkisi çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sonucunda istatistik programının ÇBASDÖ toplam puanı değişkenini dışlaması nedeniyle analiz sonucuna dahil edilememiştir. (EK-11)

Model anlamlı olup, ÇBASDÖ Aile alt faktöründeki 1 puanlık artış, PTSD üzerinde 0,64 puanlık azalışa sebep olmaktadır. TBÇA Travma Odağı alt faktöründeki 1 puanlık artış, PTSD-KÖ üzerinde 2,34 puanlık artışa sebep olmaktadır Kadın cinsiyete sahip olmak, erkek cinsiyete göre TSSB açısından 2,12 puan daha

fazla riskli bulunmuştur. Psikolojik destek ihtiyacı duyan katılımcılar, ihtiyaç duymayanlara göre TSSB açısından 5,59 puan daha fazla riskli bulunmuştur. ÇBASDÖ aile alt faktörü, TBÇA travma alt faktörü, cinsiyet ve psikolojik destek ihtiyacı duyma değişkenleri PTSB-KÖ puanının %46,8'ini açıklamaktadırlar.

5.TARTIŞMA

İnme geçiren hastalarda TSSB belirtilerinin; sosyodemografik ve tıbbi özellikler, algılanan sosyal destek, travma ile başa çıkabilme algısı ve fiziksel bağımlılık düzeyi ile ilişkisinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmanın, ülkemizde inme geçiren hastalarda TSSB ve ilişkili faktörlerin incelendiği ilk araştırma olması bakımından son derece önemli olduğu düşünülmektedir. Çalışmanın bulguları, çalışma sorularının her birini cevaplayacak şekilde tartışılmaktadır.

İnme geçiren hastaların PTSB-KÖ puan ortalamaları $3,05 \pm 0,84$ (ölçekten alınabilecek min-max:1,00-5,00)'tür (Tablo 4.4.). Bu puan ortanın üzerinde olarak değerlendirilebilir. Katılımcıların %63,3'ü PTSB-KÖ'den 24 puan kesim noktasının üzerinde almış, bir başka ifadeyle, TSSB belirtileri sergilemiştir (Tablo 4.2.). Literatür incelendiğinde, inme hastalarında TSSB'nin araştırıldığı çalışmaların son 30 yıla dayandığı ve oldukça az sayıda çalışma olduğu görülmektedir (18, 23, 136). Çalışmalarda TSSB yaygınlığına yönelik farklı yüzdeler olduğu göze çarpmıştır (18, 137). Edmondson ve ark. (2013) tarafından yapılan meta-analiz çalışmasında; inme geçiren hastalardaki TSSB yaygınlığının %3 ile %37 arasında değiştiği saptanmıştır (23). Bu farklılık TSSB'nin saptanmasında farklı ölçüm gereçlerinin kullanılması ve TSSB değerlendirmesinin geniş bir zaman aralığı içinde yapılıyor (23) olması ile açıklanabilir. Bu çalışmada, TSSB oranının oldukça yüksek olması dikkat çekicidir (Tablo 4.2.). Ancak çalışma sonuçlarının kıyaslanabileceği normal popülasyonda ya da inmeli hastalarda TSSB yaygınlığını ortaya koyan güncel ulusal bir çalışmaya rastlanmamıştır. Uluslararası çalışmalarda ise bu çalışmada kullanılan PTSB-KÖ ölçüm gereci kullanılmamıştır. Dolayısıyla bu yüksekliğin; inmeli hastaların mevcut sağlık sistemi ve kültürel etkilere reaksiyonu olarak mı yüksek olduğu, yoksa inmenin travmatik etkileri nedeniyle mi yükseldiğini öngörmek mümkün değildir.

İnme sonrası TSSB ile ilişkili sosyodemografik ve tıbbi faktörlerin belirlenmesi TSSB açısından yüksek riskli hastaların saptanması için önemli bir konudur (98). Riskli hastaların saptanması, inme yönetiminde TSSB için düzenli psikolojik taramaya ihtiyaç duyacak ve önleyici stratejilerden fayda görebilecek grubun belirlenmesi açısından son derece önemlidir. Çalışmamızda inme geçiren hastalarda PTSB-KÖ puanı ile sosyodemografik ve tıbbi özellikleri

karşılaştırıldığında yalnızca cinsiyet değişkeninin anlamlı çıktığı görülmektedir ($t:-2,603$; $p:0,010$)(Bkz. Tablo 4.3.).

Çalışmamızın verilerine göre kadın cinsiyetine sahip olmak TSSB belirtileri açısından erkek cinsiyete göre daha yüksek risk taşımaktadır ($\bar{x}\pm SS:3,23\pm 0,84 > 2,93\pm 0,81$). Yapılan regresyon analizi sonucunda da cinsiyet faktörü anlamlı farka sahip olup, kadın cinsiyeti, erkek cinsiyete göre TSSB açısından 2,12 puan daha fazla riskli bulunmuştur. Goldfinger ve arkadaşlarının (2014) inmeden kurtulanlar üzerinde yaptığı geniş örneklemlili bir meta-analiz çalışmasında, kadınların erkeklere oranlara iki kat daha fazla TSSB ile uyumlu semptomlar sergilediği bulunmuştur (137). Ayrıca literatürde, inme dışında da kadınların erkeklere kıyasla TSSB geliştirmeye ortalama daha yatkın olduğu birçok çalışmayla da ortaya konmuştur. (98-103). Dolayısıyla çalışmamızın bu bulgusunun literatürle uyumlu olduğu söylenebilir.

Çalışmamızın bir diğer önemli sonucu ise inme geçiren hastalarda görülen TSSB belirtileri ile çok boyutlu algılanan sosyal destek arasında negatif, anlamlı ve orta kuvvette bir ilişkili olduğunun ortaya konmuş olmasıdır ($r:-,345^{**}$; $p:0,000$)(Tablo 5.). Sosyal destek, bireylerin yaşamlarında önem arz eden, gerektiğinde bireye duygusal, bilişsel ve maddi yardımda bulunan, sağlığı korumayı ve sürdürmeyi sağlayan tüm bireyler arası ilişkileri kapsamaktadır (141). Cohen ve Wills (1995), sosyal desteğin kişi üzerinde strese ve stresin yol açtığı sorunlara karşı etkilerini incelemişler ve sağlık-sosyal destek ilişkisini ortaya koyan Tampon Etki Modeli'ni geliştirmişlerdir. Bu modele göre sosyal destek, stresli olayların sebep olduğu sorunlar ve klinik tablolardan kişiyi tampon görevi görerek korumaktadır (142). Bu bağlamda sosyal destek, TSSB'nin en güçlü yordayıcılarından biridir (143). Kelly ve ark. (2018), yaptıkları çalışmada, inme sonrası sosyal olarak desteklendiğini hissedilen hastaların, travma sonrası büyüme düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır (67). Ek olarak Goldfinger ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir kohort çalışması da sosyal desteğe sahip olmanın TSSB için koruyucu olduğunu ve ileri müdahaleler için potansiyel bir güç olduğunu göstermektedir (137).

Çalışma bulguları, inme geçiren hastalarda görülen TSSB belirtileri ile fiziksel bağımlılık arasında negatif, anlamlı ve orta kuvvette ilişki olduğunu göstermektedir ($r:-,336^{**}$; $p:0,000$)(Tablo 4.5.). Bu bağlamda yapılan literatür

incelemesi sonucunda fiziksel bağımlılık ve TSSB ilişkisine rastlanmamış olup, TSSB ile yakından ilişkili olan anksiyete bozuklukları ile fiziksel bağımlılık ilişkisi irdelenmiştir (20, 105, 144).Yine literatüre bakıldığında Lee ve ark. (2019) inme sonrası günlük yaşam aktivitelerinin anksiyete ile ilişkisini Barthel bağımlılık indeksi kullanarak incelemiş ve inme sonrası anksiyetenin, inme şiddeti ve günlük yaşam aktiviteleri üzerinde olumsuz bir sonuç yarattığı sonucuna varmışlardır (145). Başka bir çalışma, inmenin akut dönemindeki anksiyetenin, inmeden kurtulduktan sonraki dönemde daha düşük günlük yaşam aktiviteleri ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu bildirmiştir (146). TSSB ile anksiyetenin yakın ilişkisi uzun yıllardır bilmektedir, Ayrıca DSM-V öncesinde TSSB, anksiyete bozuklukları tanı sınıfı altında yer almaktaydı (20, 147). Güncel yaklaşımda da TSSB'nin başat belirtilerinden birinin anksiyete olduğu kabul görmektedir (105). Bu noktadan yola çıkarak, fiziksel bağımlılık ve anksiyete ilişkisine yönelik verilerin çalışmamızın bağımlılık ve TSSB puanları arasındaki ilişkisini desteklediği düşünülmektedir.

Bir travmatik olay sonrası travma ile başa çıkma algısının ele alınması, hem koruyucu olup, hem de travma sonrası yapılacak uygulamalar açısından önem taşımaktadır (133). Çalışmamızda travma ile başa çıkma algısının gelecek odağı ve travma odağı olarak iki başlık altında incelenmiş, inme geçiren hastalarda görülen TSSB belirtileri, her iki başlıkla da ilişkili bulunmuştur (Gelecek: $r: -,382^{**}$; $p: 0,000$. Travma: $r: ,555^{**}$; $p: 0,000$.) (Tablo 4.5.). Gelecek Odağı, hedef ve planlara sadık kalabilme, iyimser düşünebilme, dikkat dağıtabilme, acı veren duyguları azaltabilme ve soğukkanlı kalabilme gibi başa çıkabilme becerileri ile ilgilidir. Travma Odağı ise travmatik olay ile ilgili düşünmek ve travmatik olay ile ilgili duyguları deneyimlemek gibi alanları temsil etmektedir (133). Ancak Türkiye örneğinde yapılan çalışmada, travmaya odaklanmanın gelecek odaklı başa çıkma biçiminin tam tersi gibi algılandığı, yani gelecek odaklı olmak işlevsel bir başa çıkma yöntemiymişken, travmaya odaklanmanın başa çıkma stratejisi olarak kullanılmadığı bulunmuştur (133). Çalışmamızda da Türkiye örneğinde yapılan çalışma ile uyumlu bulgular elde edilmiş, travmaya odaklanma puanı yüksek olan katılımcıların PTSB-KÖ puanı da yüksek bulunmuştur.

Uluslararası literatürde de travma ile başa çıkma süreçleri ile TSSB arasında ilişki olduğu çeşitli çalışmalarla ortaya konulmuştur. Yapılan bir çalışmaya göre

travma sonrası değerlendirmelerin ve bireylerin başa çıkma öz yeterliliğinin travma sonrası bilişsel problemlerin algılanmasında önemli rol oynadığını göstermektedir (148). Pinciotti ve arkadaşlarının (2017) Travma ile Başa ıkabilme lği kullanarak yaptıkları çalışmaya göre düşük başa çıkabilme algısı ve düşük başa çıkma esnekliğine sahip bireyler, yaşanan travmatik olayların sayısı arttıkça daha yüksek düzeyde TSSB belirtileri bildirmişlerdir (149).

Çalışmamızın Regresyon Analizi bulgularına göre ise sosyal destek, travma ile başa çıkabilme algısı, yaş, cinsiyet, inme geçirdikten sonra geçen süre, psikolojik destek ihtiyacı duyma durumu ve bağımlılık değişkenlerinin TSSB üzerindeki etkisi incelenmiştir. Buna göre ÇBASDÖ aile alt faktörü, TBÇA travma alt faktörü, cinsiyet ve psikolojik destek ihtiyacı duyma değişkenleri PTSD-K puanının %46,8'ini açıklamaktadırlar. Literatüre bakıldığında inme sonrası TSSB'yi inceleyen bir kohort çalışmasının regresyon analizine göre ise düşük gelir, tekrarlayan inme, genç yaş, daha fazla morbidite ve artmış komorbidite bağımsız olarak TSSB ile ilişkilendirilmiş olup, yaşlılık, evlilik veya birliktelik ve sosyal desteğe sahip olmak TSSB geliştirmeye karşı koruyucu bulunmuştur (137). Bu rnek çalışma sonucu ile bizim çalışmamızda ortak olan TSSB yordayıcısı, sosyal destekteki azalmadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuç

İnme geçiren hastalarda travma sonrası stres bozukluğu belirtilerinin fiziksel bağımlılık, travma ile başa çıkabilme algısı ve algılanan sosyal destek ile ilişkisini incelediğimiz çalışma sonuçlarına göre;

- İnme geçiren hastaların %63,3'ü TSSB belirtileri göstermektedir ve bu oranın oldukça yüksek olması dikkat çekicidir.
- Kadın cinsiyetine sahip inme hastaları TSSB açısından daha yüksek risk taşımaktadır.
- TSSB belirtileri ile çok boyutlu algılanan sosyal destek arasında negatif, anlamlı ve orta kuvvette bir ilişki vardır.
- TSSB belirtileri ile fiziksel bağımlılık arasında negatif, anlamlı ve orta kuvvette bir ilişki vardır.
- TSSB belirtileri, travmayla başa çıkabilme algısı ölçeğinin travma ve gelecek odağı alt faktörleri ile ilişkili bulunmuştur. TBÇA Travma Odağı alt faktöründeki 1 puanlık artış PTSB-KÖ üzerinde 2,34 puanlık artışa sebep olmaktadır.
- ÇBASDÖ aile alt faktörü, TBÇA travma alt faktörü, cinsiyet ve psikolojik destek ihtiyacı duyma değişkenleri PTSB-KÖ puanının %46,8'ini açıklamaktadırlar.

6.2. Öneriler

Yapılan çalışma sonucunda;

- İnme geçiren hastalarda TSSB'nin tanınması ve önleyici müdahalelerin planlanması,
- TSSB taranırken kadın cinsiyetinin daha yüksek risk taşıdığı göz önünde bulundurulması,
- İnmeli hastalarda TSSB'ye yol açan faktörlerden başlıca biri olan sosyal destek algısının hemşirelik bakımı sürecine aktif şekilde entegre edilmesi ve öneminin göz önünde bulundurulması,

- İnme dolayısıyla artan fiziksel bağımlılığın TSSB riskini arttıracığının göz önünde bulundurulup, tespit ve takibinin yapılıp, ileri müdahalelerin planlanmasını,
- Bireyin travma ile başa çıkabilme algısının, inme sonrası TSSB riski açısından önemli bir etkisi olduğu göz önüne alınarak, hemşireler tarafından kişisel başa çıkma stratejilerini geliştirmeyi amaçlayan müdahalelerin uygulanması önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. WHO. The Top 10 Causes of Death [internet] WHO; 2020 [Erişim Tarihi: 6 Ağustos 2021] Erişim adresi: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death/>
2. Arsava M. Beyin Damar Hastalıkları ve Demans. Ulusal hastalık yükü çalışması sonuçları ve çözüm önerileri; Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2017;9.
3. WHO. The World Health Report 2015 [Erişim Tarihi: 5 Eylül 2022] 1211 Geneva 27, Switzerland; 2015.
4. Alway D, Cole JW. Stroke essentials for primary care: A practical guide: Springer Science & Business Media; 2009.
5. Karaman NS, Tuncer T. Akut Dönemde İnme Rehabilitasyonu. Türkiye Klinikleri Journal of Physical Medicine Rehabilitation Special Topics. 2016;9(1):53-62.
6. Kumar S, Selim MH, Caplan LR. Medical complications after stroke. The Lancet Neurology. 2010;9(1):105-18.
7. Arsava EM, Aydoğdu İ, Güngör İL, Togay Işııkay C, Yaka E. İnme hastalarında nütrisyonel yaklaşım ve tedavi, Türkiye için uzman görüşü. Türk Nöroloji Dergisi. 2018;24(3):226-42.
8. Gong L, Ruan C, Yang X, Lin W. Effects of Predictive Nursing Intervention among Patients with Acute Stroke. Iranian Journal of Public Health. 2021;50(7):1398-404.
9. Alankaya N. İnme Sonrası Yeti Yitimi Ve Rehabilitasyonda Hemşirenin Rolü. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2019;23(3):195-201.
10. Çevikol A, Çakıcı A. İnme rehabilitasyonu. Tıbbi Rehabilitasyon Nobel Tıp Kitabevleri. 2015:419-48.
11. Demirci S. Fiziksel Yeti Yitiminin Psikososyal Etkileri, Ruh Sağlığının Sosyal Boyutu. Ankara: Türkiye Klinikleri. 2018;49-53
12. Phelan JC, Link BG, Dovidio JF. Stigma and prejudice: one animal or two? Social science & medicine. 2008;67(3):358-67.
13. Boylu AA, Paçacıoğlu B. Yaşam kalitesi ve göstergeleri. Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD). 2016;8(15):137-50.
14. Öksüz E, Mersin S. Uyum Bozukluğu ve Hemşirelik Yaklaşımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma. 2017;14(4):292-7.
15. Günal A. İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Sosyal Problem Çözme Yaklaşımının Bakım Verme Rolü, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. 2014.
16. Yasemin Ö, Özkan B. Kayıp ve Yasa Psikososyal Yaklaşım. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar.12(3):352-67.
17. Shen S-C, Huang K-H, Kung P-T, Chiu L-T, Tsai W-C. Incidence, risk, and associated factors of depression in adults with physical and sensory disabilities: A nationwide population-based study. PloS one. 2017;12(3):e0175141.
18. Garton AL, Sisti JA, Gupta VP, Christophe BR, Connolly Jr ES. Poststroke post-traumatic stress disorder: a review. Stroke. 2017;48(2):507-12.
19. Moran G, Fletcher B, Feltham M, Calvert M, Sackley C, Marshall T. Fatigue, psychological and cognitive impairment following transient ischaemic attack and minor stroke: a systematic review. European journal of neurology. 2014;21(10):1258-67.

20. Köroğlu E. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı (Çeviri). Ankara: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık; 2013
21. Kronish IM, Edmondson D, Goldfinger JZ, Fei K, Horowitz CR. Posttraumatic stress disorder and adherence to medications in survivors of strokes and transient ischemic attacks. *Stroke*. 2012;43(8):2192-7.
22. Ferro JM, Caeiro L, Figueira ML. Neuropsychiatric sequelae of stroke. *Nature Reviews Neurology*. 2016;12(5):269-80.
23. Edmondson D, Richardson S, Fausett JK, Falzon L, Howard VJ, Kronish IM. Prevalence of PTSD in survivors of stroke and transient ischemic attack: a meta-analytic review. *PloS one*. 2013;8(6):e66435.
24. Lotfi S, Başcillar M. Travma sonrası stres bozukluğu ve sosyal hizmet. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017(3):275-86.
25. Gao J, Lin M, Zhao J, Bi S, Ni Z, Shang X. Different interventions for post-ischaemic stroke depression in different time periods: a single-blind randomized controlled trial with stratification by time after stroke. *Clinical rehabilitation*. 2017;31(1):71-81.
26. Kim MK, Kang SD. Effects of art therapy using color on purpose in life in patients with stroke and their caregivers. *Yonsei medical journal*. 2013;54(1):15.
27. Tavşanlı NG, Begüm E. İnmeli Hastada Palyatif Bakım: Olgu Sunumu. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2019;4(1):35-9.
28. Kocaman N. Konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireliği ve rolü nedir? *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2005;8(3):107-18.
29. Resmi Gazete. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. [İnternet]. 2011. [Erişim Tarihi: 8 Ekim 2021]. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>
30. Clarke E. Apoplexy in the Hippocratic writings. *Bulletin of the History of Medicine*. 1963;37(4):301-14.
31. Coupland AP, Thapar A, Qureshi MI, Jenkins H, Davies AH. The definition of stroke. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2017;110(1):9-12.
32. Mensah GA, Roth GA, Fuster V. The global burden of cardiovascular diseases and risk factors: 2020 and beyond. *American College of Cardiology Foundation Washington, DC*; 2019;74 (20) 2529–2532.
33. Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, Bittencourt MS, Callaway CW, Carson AP, et al. Heart disease and stroke statistics—2020 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2020;141(9):139-596.
34. Türkiye İstatistik Kurumu. Ölüm Nedeni İstatistikleri [İnternet]. 2018. [Erişim Tarihi: 21 Haziran 2022]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626>
35. Barker-Collo S, Bennett DA, Krishnamurthi RV, Parmar P, Feigin VL, Naghavi M, et al. Sex differences in stroke incidence, prevalence, mortality and disability-adjusted life years: results from the Global Burden of Disease Study 2013. *Neuroepidemiology*. 2015;45(3):203-14.
36. Smajlović D. Strokes in young adults: epidemiology and prevention. *Vascular health and risk management*. 2015;11:157.
37. Meschia JF, Bushnell C, Boden-Albala B, Braun LT, Bravata DM, Chaturvedi S, et al. Guidelines for the primary prevention of stroke: a statement for

healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45(12):3754-832.

38. Alrabghi L, Alnemari R, Aloteebi R, Alshammari H, Ayyad M, Al Ibrahim M, et al. Stroke types and management. *International Journal of Community Medicine and Public Health*. 2018;5(9):3715.

39. Williams J, Perry L, Watkins C. *Stroke Nursing*. United Kingdom: John Wiley & Sons Ltd; 2020:250-25

40. Jauch EC, Saver JL, Adams Jr HP, Bruno A, Connors J, Demaerschalk BM, et al. Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2013;44(3):870-947.

41. 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.

42. 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.

43. Augusto DE, Alvarez LM, Costa FT. Up-date in spontaneous cerebral hemorrhage. *Medicina intensiva*. 2008;32(6):282-95.

44. Güler A, Turgut N, Topaktas S, Topçuoğlu M, Şirin H, Kocaman AS, et al. Management of complications and intensive care: Guidelines of Turkish Society of Cerebrovascular Diseases. *Türk Beyin Damar Hastalıklar Dergisi*. 2015;21(3): 153-160.

45. Hemphill III JC, Bonovich DC, Besmertis L, Manley GT, Johnston SC. The ICH score: a simple, reliable grading scale for intracerebral hemorrhage. *Stroke*. 2001;32(4):891-7.

46. Middleton S. *Clinical guidelines for stroke management 2010*. National Stroke Foundation; 2010.

47. Middleton S, Coughlan K, Mnatzaganian G, Low Choy N, Dale S, Jammali-Blasi A, et al. Mortality reduction for fever, hyperglycemia, and swallowing nurse-initiated stroke intervention: QASC Trial (Quality in Acute Stroke Care) follow-up. *Stroke*. 2017;48(5):1331-6.

48. Çalikuşu HR, Usluer İN, Tanriverdi M. Kronik hastalıklarda koruyucu rehabilitasyon yaklaşımları ve fiziksel aktivite. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*. 2023;28(2):225-34.

49. Tavşanlı NG, Begüm E. İnmeli Hastada Palyatif Bakım: Olgu Sunumu. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2017;4(1):35-9.

50. Kyu HH, Bachman VF, Alexander LT, Mumford JE, Afshin A, Estep K, et al. Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *bmj*. 2016;354.

51. Kolmos M, Christoffersen L, Kruuse C. Recurrent ischemic stroke—a systematic review and meta-analysis. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2021;30(8):105935.

52. Wafa HA, Wolfe CD, Emmett E, Roth GA, Johnson CO, Wang Y. Burden of stroke in Europe: thirty-year projections of incidence, prevalence, deaths, and disability-adjusted life years. *Stroke*. 2020;51(8):2418-27.
53. Owolabi MO, Thrift AG, Mahal A, Ishida M, Martins S, Johnson WD, et al. Primary stroke prevention worldwide: translating evidence into action. *The Lancet Public Health*. 2022;7(1):e74-e85.
54. Miller EL, Murray L, Richards L, Zorowitz RD, Bakas T, Clark P, et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*. 2010;41(10):2402-48.
55. Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, Brozman M, Dávalos A, Guidetti D, et al. Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours after acute ischemic stroke. *New England journal of medicine*. 2008;359(13):1317-29.
56. Disorders NIoN, Group Sr-PSS. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *New England Journal of Medicine*. 1995;333(24):1581-8.
57. Maulden SA, Gassaway J, Horn SD, Smout RJ, DeJong G. Timing of initiation of rehabilitation after stroke. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2005;86(12):34-40.
58. England N. Commissioning Guidance For Rehabilitation [Internet]. NHS England;2016 [Erişim Tarihi: 23 Ekim 2022] Erişim Adresi: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/rehabilitation-comms-guid-16-17.pdf>
59. Akpınar NB, Ceran MA. Kronik Hastalıklar ve Rehabilitasyon Hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2019;3(2):140-52.
60. Williams J, Pryor J. Rehabilitation and recovery processes. *Stroke Nursing*. 2019:203-27.
61. Lindsay P, Furie KL, Davis SM, Donnan GA, Norrving B. World Stroke Organization global stroke services guidelines and action plan. *International Journal of Stroke*. 2014;9:4-13.
62. Stroke Association . Our Lives After Stroke Campaign Report [Internet]. London; 2015. [Erişim Tarihi: 23 Ekim 2022] Erişim Adresi: https://www.stroke.org.uk/sites/default/files/our_life_after_stroke_campaign_web.pdf
63. Akdemir N. Rehabilitasyon ve hemşirelik. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2006;13(1):82-91.
64. Nurses AoR. Roles of Rehabilitation Nurse [Internet]. Chicago;2013. Erişim Adresi: <https://rehabnurse.org/about/roles-of-the-rehab-nurse>
65. Janssen H, Ada L, Bernhardt J, McElduff P, Pollack M, Nilsson M, et al. An enriched environment increases activity in stroke patients undergoing rehabilitation in a mixed rehabilitation unit: a pilot non-randomized controlled trial. *Disability and rehabilitation*. 2014;36(3):255-62.
66. White JH, Alborough K, Janssen H, Spratt N, Jordan L, Pollack M. Exploring staff experience of an “enriched environment” within stroke rehabilitation: a qualitative sub-study. *Disability and rehabilitation*. 2014;36(21):1783-9.
67. Kelly G, Morris R, Shetty H. Predictors of post-traumatic growth in stroke survivors. *Disability and Rehabilitation*. 2018;40(24):2916-24.
68. Merriman C, Norman P, Barton J. Psychological correlates of PTSD symptoms following stroke. *Psychology, Health and Medicine*. 2007;12(5):592-602.

69. Edmondson D, Cohen BE. Posttraumatic stress disorder and cardiovascular disease. *Progress in cardiovascular diseases*. 2013;55(6):548-56.
70. Visser-Meily J, Rinkel G, Vergouwen M, Passier P, Van Zandvoort M, Post M. Post-traumatic stress disorder in patients 3 years after aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Cerebrovascular Diseases*. 2013;36(2):126-30.
71. Kiphuth IC, Utz KS, Noble AJ, Köhrmann M, Schenk T. Increased prevalence of posttraumatic stress disorder in patients after transient ischemic attack. *Stroke*. 2014;45(11):3360-6.
72. Judith M. Wilkinson LB. Hemşirelik Tanı El Kitabı. In: Sevgisun Kapucu İA, Fatoş Korkmaz, editor. 11 ed. Ankara: Pelikan Yayınevi; 2014. p. 597-604.
73. Burton CAC, Murray J, Holmes J, Astin F, Greenwood D, Knapp P. Frequency of anxiety after stroke: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Stroke*. 2013;8(7):545-59.
74. Ayerbe L, Ayis SA, Crichton S, Wolfe CD, Rudd AG. Natural history, predictors and associated outcomes of anxiety up to 10 years after stroke: the South London Stroke Register. *Age and Ageing*. 2014;43(4):542-7.
75. Broomfield NM, Scoular A, Welsh P, Walters M, Evans JJ. Poststroke anxiety is prevalent at the population level, especially among socially deprived and younger age community stroke survivors. *International Journal of Stroke*. 2015;10(6):897-902.
76. Menlove L, Crayton E, Kneebone I, Allen-Crooks R, Otto E, Harder H. Predictors of anxiety after stroke: a systematic review of observational studies. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2015;24(6):1107-17.
77. Chun H-YY, Whiteley WN, Carson A, Dennis M, Mead GE. Anxiety after stroke: time for an intervention. *International Journal of Stroke*. 2015;10(5):655-6.
78. Judith M. Wilkinson LB. Hemşirelik Tanı El Kitabı. In: Sevgisun Kapucu İA, Fatoş Korkmaz, editor. 11 ed. Ankara: Pelikan Yayınevi; 2014. p. 958-62.
79. Yurttaş A, Dündar N. İnmeli Hastaların Yaşam Algıları: Nitel Çalışma. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;1(1):1-7.
80. Judith M. Wilkinson LB. Hemşirelik Tanı El Kitabı. In: Sevgisun Kapucu İA, Fatoş Korkmaz, editor. 11 ed. Ankara: Pelikan Yayınevi; 2014. p. 440-2.
81. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.).
82. Özen Y. Psikolojik travmanın insanlık kadar eski tarihi. *The Journal of Social Science*. 2017;1(2):104-17.
83. Hackett ML, Pickles K. Part I: frequency of depression after stroke: an updated systematic review and meta-analysis of observational studies. *International Journal of Stroke*. 2014;9(8):1017-25.
84. Hill K, editor. Mood state after stroke and its effect on outcome: a prospective cohort study. III UK Stroke Forum Conference Book of Abstracts; 2009.
85. Kutlubaev MA, Hackett ML. Part II: predictors of depression after stroke and impact of depression on stroke outcome: an updated systematic review of observational studies. *International Journal of Stroke*. 2014;9(8):1026-36.
86. Thomas SA, Lincoln NB. Predictors of emotional distress after stroke. *Stroke*. 2008;39(4):1240-5.
87. Mayo NE, Wood-Dauphinee S, Coˆte 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.

88. Health NCCfM. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. Leicester (UK): Gaskell; 2005. PMID: 21834189.
89. Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, Van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *Jama*. 2009;302(5):537-49.
90. Alpak G, Unal A, Bulbul F, Sagaltici E, Bez Y, Altindag A, et al. Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study. *International journal of psychiatry in clinical practice*. 2015;19(1):45-50.
91. Reiter K, Andersen SB, Carlsson J. Neurofeedback treatment and posttraumatic stress disorder: Effectiveness of neurofeedback on posttraumatic stress disorder and the optimal choice of protocol. *The Journal of nervous and mental disease*. 2016;204(2):69-77.
92. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of general psychiatry*. 1998;55(7):626-32.
93. Bolu A, Erdem M, Öznur T. Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*. 2014;8(2).
94. Friedman MJ, Keane TM, Resick PA. *Handbook of PTSD: Science and practice*: Guilford Press; 2007.
95. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychological bulletin*. 2003;129(1):52.
96. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2000;68(5):748.
97. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 1995;52(12):1048-60.
98. Favrole P, Jehel L, Levy P, Descombes S, Muresan I-P, Manificier M-J, et al. Frequency and predictors of post-traumatic stress disorder after stroke: a pilot study. *Journal of the neurological sciences*. 2013;327(1-2):35-40.
99. Silove D, Baker JR, Mohsin M, Teesson M, Creamer M, O'Donnell M, et al. The contribution of gender-based violence and network trauma to gender differences in Post-Traumatic Stress Disorder. *PloS one*. 2017;12(2):e0171879.
100. Ney LJ, Gogos A, Hsu C-MK, Felmingham KL. An alternative theory for hormone effects on sex differences in PTSD: The role of heightened sex hormones during trauma. *Psychoneuroendocrinology*. 2019;109:104416.
101. Blanco C, Hoertel N, Wall MM, Franco S, Peyre H, Neria Y, et al. Toward understanding sex differences in the prevalence of posttraumatic stress disorder: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of clinical psychiatry*. 2018;79(2):19420.
102. Gogos A, Ney LJ, Seymour N, Van Rheenen TE, Felmingham KL. Sex differences in schizophrenia, bipolar disorder, and post-traumatic stress disorder: Are gonadal hormones the link? *British Journal of Pharmacology*. 2019;176(21):4119-35.
103. Seligowski AV, Ressler KJ. Sex Differences in the Co-Occurrence of PTSD and Cardiovascular Disease. *Psychiatric Annals*. 2022;52(1):26-30.

104. True WR, Rice J, Eisen SA, Heath AC, Goldberg J, Lyons MJ, et al. A twin study of genetic and environmental contributions to liability for posttraumatic stress symptoms. *Archives of general psychiatry*. 1993;50(4):257-64.
105. Leem J, Cheong MJ, Lee H, Cho E, Lee SY, Kim G-W, et al., editors. Effectiveness, Cost-Utility, and Safety of Neurofeedback Self-Regulating Training in Patients with Post-Traumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Healthcare*; 2021: MDPI.
106. Gradus JL, Qin P, Lincoln AK, Miller M, Lawler E, Sørensen HT, et al. Posttraumatic stress disorder and completed suicide. *American journal of epidemiology*. 2010;171(6):721-7.
107. Atwoli L, Stein DJ, Koenen KC, McLaughlin KA. Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Current opinion in psychiatry*. 2015;28(4):307.
108. Simon RI. Chronic posttraumatic stress disorder: a review and checklist of factors influencing prognosis. *Harvard Review of Psychiatry*. 1999;6(6):304-12.
109. Bilgiç S. Travma sonrası stres bozukluğu ve akut stres bozukluğu ile uyum bozukluğunun klinik açıdan karşılaştırılması [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Eskişehir: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi; 2011.
110. Binay HB, Başgöl ŞS. Suriye ve Irak'tan Gelen savaş mağduru çocuk ve genç mültecilerde travma sonrası stres bozukluğu düzeyi. *Klinik ve Ruh Sağlığı Psikolojik Danışmanlığı Dergisi*. 2016;2(2):33-46.
111. Stein DJ, Ipser JC, Seedat S, Sager C, Amos T. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane database of systematic reviews*. 2006(1).
112. Stein DJ, Ipser J, McAnda N. Pharmacotherapy of posttraumatic stress disorder: a review of meta-analyses and treatment guidelines. *Cns spectr*. 2009;14(1 Suppl 1):25-31.
113. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane database of systematic reviews*. 2007(3).
114. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane database of systematic reviews*. 2013(12).
115. Thompson L. Active music therapy for older adults: a music therapy program proposal for the Wartburg retirement community [Yüksek Lisans Tezi]. New York: University of New York at New Paltz; 2022.
116. Zhang H, Shang Z, Wu L, Sun Z, Zhang F, Sun L, et al. Prolonged grief disorder in Chinese Shidu parents who have lost their only child. *European Journal of Psychotraumatology*. 2020;11(1):1726071.
117. Spiegler MD. *Contemporary behavior therapy: Cengage learning*; 2015.
118. Çiller A, Köskün T, Akça AYE. Post Traumatic Stress Disorder and Behavioral Therapy Intervention Techniques Used in Treatment. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2022;14(4):499-509.
119. Shapiro F. Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 1989;20(3):211-7.
120. Valiente-Gómez A, Moreno-Alcázar A, Treen D, Cedrón C, Colom F, Perez V, et al. EMDR beyond PTSD: A systematic literature review. *Frontiers in psychology*. 2017;8:1668.

121. Güçlü A, Alkar ÖY. Travma sonrası stres bozukluğunda EMDR uygulamalarının etkililiğine ilişkin çalışmaların gözden geçirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları*. 2021;24(47):62-75.
122. Tanir Y. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Farmakolojik Tedavi Yaklaşımları. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*. 2016;2(3):59-63.
123. Ekinci M, OKANLI A. Konsültasyon Liyezon Psikiyatri Hemşireliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2001;4(2).
124. Sharrock J, Happell B. An overview of the role and functions of a psychiatric consultation liaison nurse: An Australian perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2001;8(5):411-7.
125. Tunmore R. The consultation liaison nurse. *Nursing*. 1990;4(3):31-4.
126. LeBeau R, Mischel E, Resnick H, Kilpatrick D, Friedman M, Craske M. Dimensional assessment of posttraumatic stress disorder in DSM-5. *Psychiatry research*. 2014;218(1-2):143-7.
127. Evren C, Dalbudak E, Aydemir O, Koroglu E, Evren B, Ozen S, et al. Psychometric properties of the Turkish PTSD-Short Scale in a sample of undergraduate students. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*. 2016;26(3):294-302.
128. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index: a simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland state medical journal*. 1965.
129. Kankaya H, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;6(4):21-9.
130. Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Tennant A, Süldür N, Sonel B, Arasil T. Adaptation of the modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scandinavian journal of rehabilitation medicine*. 2000;32(2):87-92.
131. Yavuzer MG, Süldür N, Küçükdeveci A, Elhan A. Türkiye'de nörorehabilitasyon hastalarının değerlendirilmesinde fonksiyonel bağımsızlık ölçeği ve Modifiye Barthel İndeksi'nin yeri. *Romatoloji ve Tıbbi Rehabilitasyon Dergisi*. 2000;11(1):26-31.
132. Bonanno GA, Pat-Horenczyk R, Noll J. Coping flexibility and trauma: the perceived ability to cope with trauma (PACT) scale. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2011;3(2):117.
133. Ela A, Soysal GC. Travma ile Başa Çıkabilme Algısı Ölçeğinin (TBÇA) Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Klinik Psikoloji Dergisi*. 2019;3(1):17-25.
134. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*. 1990;55(3-4):610-7.
135. Eker D, Arkar H, Yıldız H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001; 12 (1): 17-25
136. Sembi S, Tarrier N, O'Neill P, Burns A, Faragher B. Does post-traumatic stress disorder occur after stroke: a preliminary study. *International journal of geriatric psychiatry*. 1998;13(5):315-22.

137. Goldfinger JZ, Edmondson D, Kronish IM, Fei K, Balakrishnan R, Tuhim S, et al. Correlates of post-traumatic stress disorder in stroke survivors. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2014;23(5):1099-105.
138. Wang X, Chung MC, Hyland ME, Bahkeit M. Posttraumatic stress disorder and psychiatric co-morbidity following stroke: the role of alexithymia. *Psychiatry Research*. 2011;188(1):51-7.
139. Tedstone JE, Tarrier N. Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clinical psychology review*. 2003;23(3):409-48.
140. Gençer AG, Hocaoglu Ç. İnme Sonrası Nöropsikiyatrik Sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2019;11(4):419-37.
141. Ardahan M. Sosyal destek ve hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2006;9(2):68-75.
142. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*. 1985;98(2):310.
143. Zalta AK, Tirone V, Orłowska D, Blais RK, Lofgreen A, Klassen B, et al. Examining moderators of the relationship between social support and self-reported PTSD symptoms: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*. 2021;147(1):33.
144. APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4 ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013.
145. Lee E-H, Kim J-W, Kang H-J, Kim S-W, Kim J-T, Park M-S, et al. Association between anxiety and functional outcomes in patients with stroke: a 1-year longitudinal study. *Psychiatry Investigation*. 2019;16(12):919.
146. Li W, Xiao W-M, Chen Y-K, Qu J-F, Liu Y-L, Fang X-W, et al. Anxiety in patients with acute ischemic stroke: risk factors and effects on functional status. *Frontiers in Psychiatry*. 2019;10:257.
147. Baştuğ ÖF. *Güneydoğu Anadolu'da lise öğrencisi ergenlerde travma sonrası stres belirtileri ve ilişkili faktörler: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*; 2018.
148. Samuelson KW, Bartel A, Valadez R, Jordan JT. PTSD symptoms and perception of cognitive problems: The roles of posttraumatic cognitions and trauma coping self-efficacy. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2017;9(5):537.
149. Pinciotti CM, Seligowski AV, Orcutt HK. Psychometric properties of the PACT Scale and relations with symptoms of PTSD. *Psychological Trauma: Theory, research, practice, and policy*. 2017;9(3):362.

8. EKLER

EK-1. Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikler Formu

1. **Cinsiyetiniz**
2. **Yaşınız**
3. **Medeni durumunuzu işaretleyiniz.**
 - Evli
 - Bekar
4. **Çocuk sahibi olma durumunuzu işaretleyiniz?**
 - Evet (Kaç çocuğunuz var?).....
 - Hayır
5. **Bakmaktan sorumlu olduğunuz kimse var mı?**
 - Evet, küçük çocuğum var.
 - Evet, ebeveynim var.
 - Evet, akrabam var.
 - Yok
6. **Mesleğiniz nedir?**
7. **Şu anda bir işte çalışma durumunuz nedir?**
 - Şu anda çalışıyorum
 - Çalışmıyorum
8. **Eğitim durumunuz nedir?**
 - İlkokul
 - Ortaokul
 - Lise
 - Lisans/Yüksek lisans/Doktora
9. **Sosyal güvenceniz var mı?**
 - Evet
 - Hayır
10. **Gelir düzeyinizi işaretleyiniz.**
 - Gelirim giderimle eşittir.
 - Gelirim giderimden fazladır.
 - Gelirim giderimden azdır.

11. Ailede sizden başka gelir getiren bir işte çalışan aile üyesi var mı?

Evet

Hayır

12. Beraber yaşadığınız aile üyeleri kimlerdir?

.....

13. Şu anda bakımınıza destek olan yakınınız kimdir?

.....

14. Mevcut hastalığınız öncesinde herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı? Cevabınız hayır ise 16. soruya geçiniz.

Evet

Hayır

15. Cevabınız Evet ise bu tanıyla ilgili almış olduğunuz tedaviler nelerdir?

İlaç tedavisi

Psikoterapi

EKT(şok tedavisi)

16. İnme tipiniz nedir?

17. İnme olayı kaç ay önce gerçekleşti?.....

18. İnme sonrası psikolojik destek ihtiyacı duyduunuz mu?

Evet

Hayır

19. Cevap evet ise bu ihtiyacınıza yönelik hangi hizmetleri aldınız?

Psikolog görüşmesi

Psikiyatrist hekim görüşmesi

İlaç tedavisi (Bu seçeneği işaretlerseniz 20. Soruyu da yanıtlayınız.)

Psikoterapi

20. Varsa kullanmakta olduğunuz psikiyatrik ilaçları belirtiniz

.....

EK-2. Posttravmatik Stres Bozukluğu-Kısa Ölçek

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU KISA ÖLÇEĞİ					
Aşırı şiddetli olay ya da yaşantı sonrasında ortaya çıkan ya da daha da kötüleşen aşağıdaki her bir sorunu GEÇTİĞİMİZ YEDİ (7) GÜN içinde sizi ne kadar rahatsız etti? Lütfen aşağıdaki maddeleri okuyunuz ve size uygun olacak şekilde işaretleyiniz.					
	Hiç	Biraz	Orta	Oldukça	Aşırı
1. Aniden geçmişte yaşanan stresli yaşantıyı tekrar şu an yeniden yaşıyor gibi davrandığın ya da hissettiğin, geçmişini gösteren sahnelerin (flashback) olması (örneğin, stresli yaşantının bir parçasını görerek, duyarak, koku alarak veya fiziksel olarak hissederek stresli olayı yeniden yaşama)					
2. Bir şey size stres veren deneyiminizi hatırlattığında kendinizi duygusal olarak oldukça kötü hissetme					
3. Size stres veren deneyimi hatırlatan düşünce, his veya fiziksel duymalardan kaçınmaya çalışma					
4. Bu stresli olayın yaşanmasının sizin ya da bir başkasının (size doğrudan olarak zarar vermemiş birisi) yanlış bir şey yapmasından ya da engellemek için mümkün olan her şeyi yapmadığınızdan ya da sizinle ilgili bir şey yüzünden olduğunu düşünme					
5. Stresli bir yaşantıdan sonra çok olumsuz bir duygusal durumda olma (örneğin, çok fazla endişe, öfke, suçluluk, utanç veya korku yaşıyordunuz)					
6. Geçmişte yapmaktan keyif aldığınız aktivitelerden, yaşadığınız bu stresli olaydan sonra ilginizi kaybetme					
7. Diken üzerinde olma, alarmda olma ya da sürekli tehlike için tetikte olma					
8. Beklenmedik bir gürültü duyduğunuzda ürkek hissetme ya da kolayca irkilme					
9. Başka insanlara bağırıp çağırarak, kavga edecek ya da bir şeylere zarar verecek kadar sinirli ya da öfkeli olma					

EK-3. Modifiye Barthel İndeksi

Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

The Barthel ADL Index

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Parametreler	Hastanın değerlendirilmesi	Skor	
Beslenme	Tam bağımsız yemek yemek için gerekli aletleri kullanabilir.	<input type="checkbox"/> 10	
	Bir miktar yardıma ihtiyaç duyar.	<input type="checkbox"/> 5	
	Tam Bağımlıdır.	<input type="checkbox"/> 0	
Yıkama	Hasta yardımsız olarak küvette yıkanabilir, duş alabilir ya da keselenebilir.	<input type="checkbox"/> 5	
	Yardıma ihtiyacı vardır	<input type="checkbox"/> 0	
Kendine Bakım	Elini yüzünü yıkayabilir dişlerini fırçalayabilir, tıraş olabilir, makyaj yapabilir.	<input type="checkbox"/> 5	
	Kişisel bakımda yardıma ihtiyaç duyar.	<input type="checkbox"/> 0	
Giyinip Soyunma	Hasta giyinip soyunabilir. Ayakkabı bağlarını çözebilir.	<input type="checkbox"/> 10	
	Yardıma gereksinim duyar (İşin en az %50'sini kendisi yapabilmelidir.)	<input type="checkbox"/> 5	
	Tam Bağımlıdır.	<input type="checkbox"/> 0	
Bağırsak Bakımı	Suppozituar kullanabilir ya da gerekirse lavman yapabilir.	<input type="checkbox"/> 10	
	Hasta belirtilen aktiviteler için yardıma gereksinim duyar.	<input type="checkbox"/> 5	
	İnkontinansı mevcuttur.	<input type="checkbox"/> 0	
Mesane Bakımı	Hasta gece ve gündüz mesanesini kontrol edebilmelidir. Sonda bakımını bağımsız bir şekilde kendisi yapabilmelidir.	<input type="checkbox"/> 10	
	Bazen tuvalete yetişemez ya da sürgüyü bekleyemez altına kaçırır.	<input type="checkbox"/> 5	
	İnkontinandır veya kateterlidir ve mesanesini kontrol edemez.	<input type="checkbox"/> 0	
Tuvalet Kullanımı	Duvardan ya da bardan destek alabilir tuvalet kâğıdını kendi kullanabilir.	<input type="checkbox"/> 10	
	Elbiselerini giyip çıkarmak, tuvalet kâğıdını kullanmak için bir miktar yardım	<input type="checkbox"/> 5	
	Tam Bağımlıdır.	<input type="checkbox"/> 0	
Tekerlekli Sandalyeden Yatağa Ve Ters Transferler	Tam bağımsızdır.	<input type="checkbox"/> 15	
	Geçişler sırasında minimal yardım alır (sözel veya fiziksel).	<input type="checkbox"/> 10	
	Tek başına yataкта oturma pozisyonuna geçebilir ama geçiş için yardım alır.	<input type="checkbox"/> 5	
	Tam Bağımlıdır.	<input type="checkbox"/> 0	
Mobilite	Düzgün yüzeyde yürüme	Hasta yardımsız olarak 45 metre yürüebilir. Bireys, baston, koltuk değneği, yürüteç kullanabilir (Bireys kullanıyorsa kilitleyip açabilmeli, oturup kalkabilmeli, mekanik destekleri yardımsız kullanabilmelidir.)	<input type="checkbox"/> 15
		Hasta bir kişinin sözel veya fiziksel yardımıyla 45 metre yürüebilir.	<input type="checkbox"/> 10
	Tekerlekli sandalyeyi kullanabilme (uygunsa)	Hasta yürüyemez ama tekerlekli sandalyeyi kullanabilir. Hasta köşeleri dönebilir. Yatağa, tuvalete yanaşabilir.	<input type="checkbox"/> 5
		Tekerlekli sandalyede oturabilir ancak kullanamaz.	<input type="checkbox"/> 0
Merdiven inip çıkma	Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanabilir (tırabzan, baston, koltuk değneği...)	<input type="checkbox"/> 10	
	Hasta yukardaki işleri yapmak için yardıma veya gözetime ihtiyaç duyar.	<input type="checkbox"/> 5	
	Yapamaz.	<input type="checkbox"/> 0	

Puanlama

0-20: Tam Bağımlı 21-61: İleri Derecede Bağımlı 62-90: Orta Derecede Bağımlı 91-99: Hafif Derecede Bağımlı 100: Tam Bağımsız

C. Collin, D.T. Wade, S. Davies (1988) Int. Disabil. Studies, 1988; Vol. 10, No. 2

Toplam Puan (0-100): _____



www.fronline.com

Tasarım ve düzenleme: Dr. Ender Saitbağ 2016

EK-4. Travma ile Başa Çıkabilme Algısı Ölçeği

Travma ile Başa Çıkabilme Algısı Ölçeği (TBCA)

Bazen zor ve üzücü olaylar ile baş etmek durumunda kalırız. Hatta bazen travmatik ve hayatımızın gidişatını bozabilecek güçte olaylarla karşılaşırız. Bize yakın olan kişilerin ölümü ya da yaralanması, ciddi kaza ve hastalıklar, cinsel ve fiziksel saldırılar, terör saldırıları ve doğal afetler bu olaylara örnek olarak verilebilir.

Aşağıda, başımıza gelebilecek travmatik bir olayı takip eden haftalarda kullandığımız çeşitli strateji ve davranışların listesi bulunmaktadır. Bu anket sizin hangi davranışları ve stratejileri kullanabileceğinizi değerlendirmektedir.

**Lütfen başınıza gelebilecek travmatik bir olay sonrasında bu davranış ve stratejilerden her birini ne düzeyde kullanabileceğinizi derecelendiriniz.*

	1 (hiç mümkün değil)	2	3	4	5	6	7 (Son derece mümkün)
1. Soğukkanlı ve sakin kalırım.							
2. Hedef ve planlarıma odaklanırım.							
3. Kendime işlerin daha iyi olacağını söylerim.							
4. Bir umut ışığı ararım.							
5. Acı veren duyguları azaltmaya çalışırım.							
6. Programıma ve aktivitelere olabildiğince aynı şekilde devam ederim.							
7. Olayı düşünmemek için dikkatimi dağıtırım.							
8. Olayı zihnimden uzak tutmama yardımcı olacak aktiviteler bulurum.							
9. Normalde komik ve eğlenceli bulduğum şeylerle oyalanırım.							
10. Diğer insanları rahatlatırım.							
11. Gülebilirim.							
12. Dikkatimi diğer insanların ihtiyaçlarına yönlendiririm ya da onların ihtiyaçları ile ilgilenirim.							
13. Dikkatimi sıkıntı veren hislere yönlendiririm.							
14. Bu olayın anlamı üzerine düşünürüm.							
15. Bu olayla ilgili acı veren duyguların bazılarını tam anlamıyla yaşamama izin veririm.							
16. Yalnız zaman geçiririm.							
17. Olayın detaylarını hatırlarım.							
18. Acı gerçekle yüzleşirim.							
19. Sosyalleşme ile ilgili zorunluluklarımı azaltırım (selam vermek, arkadaşlar ile yemeğe çıkmak gibi).							
20. Günlük düzenimi (uyku, yeme, çalışma gibi) değiştiririm.							

EK-5. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet

**EK-6. Araştırma için Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik
Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı**



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

Sayı : 16969557-1627

Konu :

ARAŞTIRMA PROJESİ DEĞERLENDİRME RAPORU

Toplantı Tarihi : 07 EYLÜL 2021 SALI
Toplantı No : 2021/14
Proje No : GO 21/920(Değerlendirme Tarihi: 07.09.2021)
Karar No : 2021/14-56

Üniversitemiz Hemşirelik Fakültesi öğretim üyelerinden Dr. Öğr. Üyesi Azize Atlı ÖZBAŞ'ın sorumlu araştırmacı olduğu, Emine İrem YÜCEL'in yüksek lisans tezi olan, GO 21/920 kayıt numaralı **"İnme Geçiren Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi"** başlıklı proje önerisi araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup, idari izinlerin tamamlanması kaydı ile 08 Eylül 2021-08 Ocak 2023 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)	8. Doç. Dr. Betül Çelebi SALTIK	(Üye)
2. Prof. Dr. G. Burça AYDIN	(Üye)	9. Doç. Dr. Hande Güney DENİZ	(Üye)
3. Prof. Dr. M. Özgür UYANIK	(Üye)	10. Doç. Dr. Tolga YILDIRIM	(Üye)
4. Prof. Dr. Ayşe Kin İŞLER	(Üye)	11. Doç. Dr. Merve BATUK	(Üye)
5. Prof. Dr. Sibel PEHLİVAN	(Üye)	12. Doç. Dr. Gülten KOÇ	(Üye)
6. Doç. Dr. H. Tuna Çak ESEN	(Üye)	13. Dr. Öğr. Üyesi Müge DEMİR	(Üye)
7. Doç. Dr. Nüket Paksoy ERBAYDAR	(Üye)	İZİNLİ 14. Av. Serap MORALIOĞLU	(Üye)

EK-7. Kurum İzin Yazısı



ANKARA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Ankara Şehir Hastanesi Başhekimliği

SAĞLIK BAKANLIĞI SAKARYA EĞİTİM
VE ARAŞTIRMA HASTANESİ - SAKARYA SAĞLIK
BAKANLIĞI SAKARYA EAH SATINALMA BİRİMİ
24.11.2021 17:39 - 72300690 / 799
E-72300690-799-63822



Sayı : E-72300690-799
Konu : Emine İrem YÜCEL (Tez Çalışması)

ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Ankara Eğitim ve Tescil Birimi)

İlgi: a) 13.09.2021 tarih ve E-90739940-799-1699 sayılı yazınız.
b) 01.10.2021 tarih ve E-72300690-799-51212 sayılı yazımız.

İlgi (a) yazınıza istinaden, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Emine İrem YÜCEL, öğretim üyesi Dr. Öğr.Üyesi Azize ATLI ÖZBAŞ'ın danışmanlığında "İnme Geçiren Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin Fiziksel Bağımlılık, Travma ile Başa Çıkma Algısı ve Algılanan Sosyal Destek İle İlişkisinin İncelenmesi" konulu ilgi (b) yazımızla 32. TUE'de uygun görülmeyen tez çalışmasını kendisinin Hastanemiz personeli olması ve Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi Başhekim Yardımcısı Doç.Dr.Emre ADIGÜZEL'in eş danışmanlığında yapılacağını belirterek yeniden değerlendirilmesi talebi, Hastanemiz Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulunun 23.11.2021 tarih ve 33 sayılı toplantısında görüşülmüş olup, Hastanemizden belirlenen eş danışmanın çalışmanın etik kurulunda da yer alması şartıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi arz ederim.

e-İmzalıdır.

Dr. Öğr. Üyesi Aziz Ahmet SUREL
Koordinatör Başhekim

Üniversiteler Mahallesi Bilkent Cad.No:1 Çankaya/ANKARA

Telefon: Faks No: Dahili no: 772996

e-Posta: seher.atalay@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 9bbc2691-f88c-4cde-9f85-30a6486241f2

Bilgi için: Seher ATALAY

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 312) 552 60 00

Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

EK-8. Aydınlatılmış Onam Formu

İnme Geçiren Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin Fiziksel Bağımlılık, Travma ile Başa Çıkma Algısı ve Algılanan Sosyal Destek ile İlişkisinin İncelenmesi

Sayın Katılımcı,

İnme Geçiren Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu Belirtilerinin Fiziksel Bağımlılık, Travma ile Başa Çıkma Algısı ve Algılanan Sosyal Destek ile İlişkisinin İncelenmesi başlıklı bu araştırma, Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği AD tarafından yapılmaktadır. Araştırma Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtilerinin yaygınlığının ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Sizin yanıtlarınızdan elde edilecek sonuçlarla inmesi olan hastalarda potansiyel olarak ortaya çıkabilen travma sonrası stres bozukluğu için riskli grupların belirlenmesi mümkün olacak ve bu gruba yönelik önleyici girişimler planlanabilecektir. Bu nedenle soruların tümüne ve içtenlikle cevap vermeniz büyük önem taşımaktadır.

Araştırmaya katılmanız gönüllülük esasına dayalıdır. Bu form aracılığı ile elde edilecek bilgiler gizli kalacaktır ve sadece araştırma amacıyla (veya "bilimsel amaçlar için") kullanılacaktır. Çalışmaya katılmamayı tercih edebilirsiniz veya anketi doldururken istemezseniz son verebilirsiniz.

Anket formuna adınızı ve soyadınızı yazmaviniz.

Anketimiz 4 bölümden oluşmaktadır **41 soruluk, yaklaşık 15-20 dk zamanınızı alacak bu çalışmada** yanıtlarınızı, soruların altında yer alan seçenekler arasından uygun olanı daire içine alarak ya da açık uçlu sorularda sorunun altında bırakılan boşluğa yazarak belirtiniz.

Anketi yanıtladığınız için teşekkür ederiz.

Çalışma ile ilgili herhangi bir sorunuz olduğunda aşağıdaki kişi(ler) ile iletişim kurabilirsiniz:

Sorumlu araştırmacı: Dr. Öğretim Üyesi Azize Atlı Özbaş
Yardımcı Araştırmacı: Emine İrem Yücel

E-posta: [Redacted]
Tel: [Redacted]

Çalışmaya katılmayı kabul ediyorsanız aşağıdaki kutucuğu X ile işaretleyiniz ve devam ediniz.

Kabul ediyorum.

Tarih

EK-9. Orijinallik Raporu

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI: EMİNE İREM YÜCEL TOPLU

TEZİN SAYFA SAYISI: 48

İNME GEÇİREN HASTALARDA TRAVMA SONRASI STRES
BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN FİZİKSEL BAĞIMLILIK, TRAVMA
İLE BAŞA ÇIKABİLME ALGISI VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK İLE
İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 10	% 9	% 2	% 5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

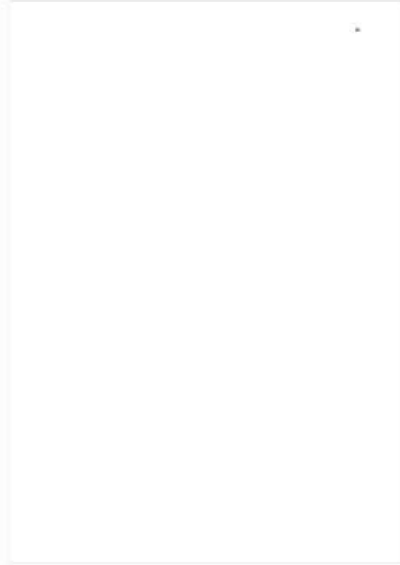
1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
2	acikerisim.erbakan.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
3	psikguncel.org İnternet Kaynağı	% 1
4	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
5	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1
6	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<% 1
7	www.thdordu.org İnternet Kaynağı	<% 1
8	9lib.net İnternet Kaynağı	<% 1

EK-10. Dijital Makbuz**Dijital Makbuz**

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

Gönderinizin ilk sayfası aşağıda gönderilmektedir.

Gönderen: Emine İrem Yücel Toplu
Ödev başlığı: YENİ
Gönderi Başlığı: İNME GEÇİREN HASTALARDA TRAVMA SONRASI STRES BOZU...
Dosya adı: Emine_rem_Y_CEL_TOPLU_tez_10,07,2023_-_Kopya.doc
Dosya boyutu: 858K
Sayfa sayısı: 48
Kelime sayısı: 10,712
Karakter sayısı: 74,481
Gönderim Tarihi: 10-Tem-2023 11:52ÖÖ (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 2129034723



EK-11. Ek Tablolar

ÇBASD Ölçeğini SPSS Programının Dışladığını Gösteren Tablo



<u>Excluded Variables^a</u>						
<u>Model</u>	<u>Beta In</u>	<u>t</u>	<u>Sig.</u>	<u>Partial Correlation</u>	<u>Collinearity Statistics</u>	
					<u>Tolerance</u>	
1	CBASDÖ toplam	.b	.	.	.000	

a. Dependent Variable: TSSB toplam puan şeklinde

b. Predictors in the Model: (Constant), psikolojikDESTEKihitiyac_ varmi, cinsiyet, nekadarsureonce_ay_olarak_yas, CBA_özel, BARTEL_PUANI, TBÇA_F2, CBA_aile, TBÇA_F1, CBA_arkadas



EK-12: TBÇA Ölçeği Kullanımına İlişkin Onay Yazısı

Travma ile Başa Çıkabilme Algısı Ölçeği Hakkında

Gelen Kutusu x

✕ 🖨️ 📧



İrem Yücel

Alıcı: gizemcsr

28 Nis 2021 Çar 14:33

☆ ↩️ ⋮

Sayın Gizem Hocam,

Ben Emine İrem Yücel, Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programında öğrenciyim. Yüksek lisans tez çalışmam sırasında, Ela hanım ile yaptığınız "Travma ile Başa Çıkabilme Algısı Ölçeğinin (TBÇA) Türkçeye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması" başlıklı çalışmanızı gördüm. Öncelikle böyle bir ölçüm gerecini Türk dili ve kültürüne kazandırdığınız için size ve Ela Hanıma teşekkür ederim. Yüksek lisans tezimde inmeli hastalarda TSSB konusunda çalışmayı planlıyorum. Tez çalışmamda, Travma İle Başa Çıkabilme Algısı Ölçeğinin kullanımı konusunda izninizi talep etmek için size bu e-postayı gönderiyorum. Ölçeğin kullanımına izin verdiğiniz takdirde ölçek maddeleri ve kullanım yönergesini benimle paylaşsanız memnun olurum.

Saygılarımla



Gizem Cesur

Alıcı: ben


28 Nis 2021 Çar 15:00

☆ ↩️ ⋮

İrem merhaba,
Tabii kullanabilirsin, güzel yorumların için ayrıca teşekkür ederiz.
Ekte ölçeğin bilgilerini bulabilirsin.
Başarılar

EK-13: PTSD-KÖ Kullanımına İlişkin Onay Yazısı

Posttravmatik Stres Bozukluğu-Kısa Ölçeği Hakkında Gelen Kutusu x


 **İrem Yücel**
Alici: cüneytevren

11 Nis 2021 Paz 21:27

Sayın Cüneyt Hocam,

Ben Emine İrem Yücel, Hacettepe Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği yüksek lisans programında öğrenciyim. Yüksek lisans tez çalışmam sırasında, "*Psychometric Properties of the Turkish PTSD-Short Scale in a Sample of Undergraduate Students*" başlıklı çalışmamı gördüm. Öncelikle böyle bir ölçüm gereğini Türk dili ve kültürüne kazandırdığınız için size ve diğer araştırmacılara teşekkür ederim. Yüksek lisans tezimde inmeli hastalarda TSSB konusunda çalışmayı planlıyorum. Tez çalışmamda, Posttravmatik Stres Bozukluğu-Kısa Ölçeğinin kullanımı konusunda izniniz talep etmek için size bu e-postayı gönderiyorum. Ölçeğin kullanımına izin verdiğiniz takdirde ölçek maddeleri ve kullanım yönergesini benimle paylaşırsanız memnun olurum.

Saygılarımla

 **Cüneyt Evren**
Alici: ben

11 Nis 2021 Paz 21:34

Merhaba,
Ölçeği kullanabilirsiniz. İki çalışması var, ölçeği ve puanlamasını çalışmalardan bulabilirsiniz. Kolay gelsin.
Doç. Dr. Cüneyt Evren

...

9. ÖZGEÇMİŞ

I. Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Emine İrem YÜCEL TOPLU