



T.C  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**AFAZİK HASTALAR İLE YAKIN BAKICI ARASINDAKİ  
İLETİŞİM, SORUMLULUK VE STRES ÜZERİNDE  
PSİKOEĞİTİMİN ETKİSİNİ İNCELEMEK**

**Zeynep İNAN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI**

**Prof. Dr. M. Kemal ARIKAN**

**İstanbul, 2019**

T.C  
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**AFAZİK HASTALAR İLE YAKIN BAKICI ARASINDAKİ  
İLETİŞİM, SORUMLULUK VE STRES ÜZERİNDE  
PSİKOEĞİTİMİN ETKİSİNİ İNCELEMEK**

**Zeynep İNAN**

**164102284**

**YÜKSEK LİSANS  
TEZİ**

**DANIŞMAN: Prof. Dr. M.Kemal ARIKAN**

**İstanbul,2019**



T.C.  
ÜSKÜDAR  
ÜNİVERSİTESİ

## YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

### SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

#### GENEL BİLGİLER

|                    |   |
|--------------------|---|
| Öğrenci No         | :164102284  |
| Öğrenci Adı Soyadı | : Zeynep İNAN   |
| Anabilim Dalı      | : KLİNİK PSİKOLOJİ  |
| Tez Danışmanı      | : Prof. Dr. M. Kemal ARIKAN   |
| Tezin Başlığı      | : Afazık Hastalar ile Yakın Bakıcı arasındaki İletişim Sorumluluk Stres Üzerinde Psikoeğitimin Etkisini İncelemek |

|   |  |                          |                   |
|---|--|--------------------------|-------------------|
| Toplantı Tarihi   | : 24-01-2019   | Saati                    | : 10:30           |
| Öğrenci Savunmaya :   | <input checked="" type="checkbox"/> Geldi  |                          |                   |
| Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir.  |  |                          |                   |
| <input checked="" type="checkbox"/>   | Yapılan savunma sınavında adayın tez çalışması başarılı bulunarak <b>KABUL</b> edilmesine,           |                          |                   |
| <input type="checkbox"/>  | Yapılan savunma sınavı sonunda tez çalışmasının <b>DÜZELTİLMESİNE</b> , düzeltme için adaya ..... ay |                          |                   |
| <input type="checkbox"/>  | <b>EK SÜRE</b> verilmesine (en fazla 3 ay)   |                          |                   |
| <input type="checkbox"/>  | Yapılan savunma sınavının sonunda tezin <b>REDDEDİLMESİNE</b>  |                          |                   |
| <input checked="" type="checkbox"/>   | <b>OY BİRLİĞİ</b>  | <input type="checkbox"/> | <b>OY ÇOKLUĞU</b> |
| İle karar verilmiştir. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  |  |                          |                   |
| Savunmada Tezin Başlığı :   | <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi  | Değişti                  |                   |
| Tezin Yeni Başlığı :  | <input type="checkbox"/> Değişmedi   |                          |                   |
| Öğrenci Savunmaya :   | Gelmedi  |                          |                   |
| Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirilmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, |  |                          |                   |
| <b>OY BİRLİĞİ İLE REDDEDİLMİŞTİR.</b>   |  |                          |                   |

| Tez Sınavı Jürisi | Unvanı, Adı Soyadı           | İmza |
|-------------------|------------------------------|------|
| Danışman Üye      | Prof.dr.M.Kemal ARIKAN       |      |
| Üye               | Doc.dr. Barış Metin          |      |
| Üye               | Dr.Öğr. Üyesi: Erkal EZİNCAN |      |
| Üye               |                              |      |

(Tüm durumlarda jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları gerekir.)

Sayı No :

Tarih : ..... / ..... / 20 .....

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Not: Bu forma orijinal raporlar (bir nüsha) eklenecektir.

Doc.Dr Gökben Hızlı SAYAR  
Anabilim Dalı Başkanı

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Afazik Hastalar ile Yakın Bakıcı Arasındaki İletişim, Sorumluluk ve Stres Üzerinde Psikoğitimin Etkisini İncelemek” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih

24/01/2019

Adı-SOYADI : Zeynep İNAN

İmza

## TEŞEKKÜR

Tez çalıőmam sırasında kıymetli bilgilerini ve tecrübelerini benimle paylaőan, yoğun çalışma temposunda bile bana zaman ayıran, yardımını hiçbir zaman esirgemeyen değerli danıőmanım Prof. Dr. M.Kemal ARIKAN' a teőekkürlerimi sunarım. Yine bu süreçte, aynı zamanda hayatım boyunca beni okutan, yetiőtiren, bana hem maddi hem de manevi destek olan, beni hiç bir zaman yalnız bırakmayan aileme özellikle, anneme sonsuz teőekkürlerimi sunarım.



Afazik Hastalar ile Yakın Bakıcı Arasındaki İletişim, Sorumluluk ve Stres Üzerinde  
Psikoeğitimin Etkisini İncelemek

**Özet:**

Afazi, dili kullanabilme veya anlayabilme eksikliğine neden olan beyin hasarı sonucudur. İnme geçiren hastaların %33-52'si konuşma problemleri görülmektedir. Afazi tedavisi, hem hastayı hem ailenin yaşamsal biçimini etkileyen bir süreçtir. Araştırmamız; afazik hasta ile primer bakıcı arasındaki iletişim, stres ve sorumluluk üzerindeki psikoeğitimin etkisini incelemektedir. Araştırma grubuna, İstanbul Fizik Tedavi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan 30 primer bakım veren ve 30 afazik hasta katılmıştır. Bakım verenlerin yaş ortalaması 35-55 arasında değişmektedir. Verilerin toplanmasında, sosyo-demografik bilgi formu ve Bakım Veren Stres Ölçeği kullanılmıştır. Psikoeğitim sonrası stres ölçeği tekrar kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 21.0 ile raporlanmıştır. Primer bakım verenlere uygulanan eğitim sonrası stres puanlarında, eğitim grup ile kontrol grubu arasında anlamlı bir fark vardır. Ayrıca bakıcıların eğitim düzeyinin, stres ölçek puanlarında etken olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Psikoeğitim, Stres, Afazi, Primer Bakım Veren

To Examine The Impact of a Psychoeducation Programme On Primer Caregiver' Burden  
and Stres and Communication Between The Caregiver and Aphasic Patients

**Abstact**

Aphasia is an inability to understand or produce speech, as a result of brain damage. Between %33 and %52 of patients who have a stroke suffer speech disorders. The treatment process for aphasia affects both patients and families' life style. Our research is to examine the effect of psychoeducation on stress, communication and responsibility between aphasic patients and primary caregivers. 30 caregivers and 30 aphasic patients who stay in İstanbul Fizik Tedavi Eğitim ve Araştırma Hastanesi participated in our research group. The age of caregivers is between 35 and 55. Socio-demographic information form and caregiver's stress scale was used to collect the data. After psychoeducation, the stress scale was used again. Spss 21.0 was used to analyze datas. After the education, significant stress scale score difference was found between educated and control groups who didn't have any psychoeducation. Furthermore, it is considered that education level of the caregivers is an effect on stress scale score.

**Keywords:** Psychoeducation, Stress, Aphasia, Primer Caregiver

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No

|  |           |
|--|-----------|
| Yemin Metni.....   | i         |
| Teşekkür.....  | ii        |
| Özet.....  | iii       |
| Abstract.....  | iv        |
| Kısaltmalar ve Simgeler .....  | v         |
| Tablo Listesi .....  | x         |
| Giriş.....   | 1         |
| <b>BİRİNCİ BÖLÜM .....</b>   | <b>4</b>  |
| 1.1. AFAZİ .....   | 5         |
| 1.1.1. Epidemiyoloji.....  | 5         |
| 1.1.2. Etiyoloji .....   | 5         |
| 1.2. AFAZİ VE TEDAVİ.....  | 7         |
| 1.3. AFAZİK HASTADA ORTAYA ÇIKARAN DAVRANIŞSAL VE PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER ..... | 9         |
| 1.4. STRES.....  | 9         |
| 1.4.1. Stresin belirtileri .....   | 11        |
| 1.4.2. Stres ve başa çıkma Yolları .....   | 12        |
| 1.5. AFAZİ VE BAKIM.....   | 12        |
| 1.5.1..Bakım verme.....  | 13        |
| 1.5.2. Bakım verenlerin yaşadığı güçlükler .....                                 | 14        |
| 1.5.3 Bakım verme güçlülüğünü etkileyen faktörler.....                           | 15        |
| 1.6. PSİKOEĞİTİM .....   | 16        |
| 1.6.1. Psikoegitim hedef kitlesi.....  | 17        |
| 1.6.1.1 Yeni tanı konan hasta ve ailesi .....                                    | 17        |
| 1.6.1.2. Tekrarlı yatış riski olan hastalar.....                                 | 17        |
| 1.6.1.3. Hasta ile yaşayan aileler .....   | 17        |
| <b>İKİNCİ BÖLÜM: GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>  | <b>18</b> |
| 2.1. ARAŞTIRMA ŞEKLİ.....  | 18        |
| 2.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN .....                                   | 18        |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.3 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ .....   | 18        |
| 2.4. HİPOTEZ.....  | 19        |
| 2.5. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER .....   | 19        |
| 2.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....   | 19        |
| 2.6.1. Hastaya Bakım Veren Tanıtım Formu.....  | 20        |
| 2.6.2 Bakım Verilen Hastanın Tanıtım Formu.....  | 20        |
| 2.6.3 Bakım Veren Stres Ölçeği (Caregiver Strain Index).....                             | 20        |
| 2.7.ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ İZİNLER VE ETİK ONAM .....                                      | 21        |
| 2.8. ÖN UYGULAMA .....   | 21        |
| 2.9.UYGULAMA .....   | 21        |
| 2.10.VERİLERİN ANALİZİ .....   | 21        |
| 2.11.PSİKOEĞİTİM PROGRAMI.....   | 22        |
| 2.12.ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ .....  | 23        |
| 2.13. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI.....   | 23        |
| <b>ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: BULGULAR .....</b>  | <b>24</b> |
| 3.1 BETİMSSEL BULGULAR .....   | 24        |
| 3.2. STRES PUANLARININ GRUPLARA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASINA AİT<br>BULGULAR .....           | 27        |
| 3.3.EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI STRES PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA<br>AİT BULGULAR ..... | 28        |
| <b>DÖRDÜNCÜ BÖLÜM : TARTIŞMA.....</b>  | <b>30</b> |
| 4.1. PRİMER BAKIM VERİCİLERİN VE HASTALARIN DEMOGRAFİK<br>ÖZELLİKLER .....               | 30        |
| 4.2. EĞİTİM ÖNCESİ STRES PUANLARIN GRUPLARA GÖRE<br>KARŞILAŞTIRILMASI.....               | 32        |
| 4.3. EĞİTİM SONRASI STRES PUANLARIN GRUPLARA GÖRE<br>KARŞILAŞTIRILMASI .....             | 32        |
| Sonuç ve Öneriler.....   | 34        |
| Kaynaklar .....  | 35        |
| Ekler.....   | 39        |

|   |    |
|---|----|
| EK 1.Hasta Bakım Veren Bilgi Formu.....     | 39 |
| EK 2.Hastanın Bilgi Formu.....              | 41 |
| EK 3.Bakım Verenin Stres Ölçeği .....       | 43 |
| EK 4.Psikoeğitim Yönergesi .....            | 44 |
| EK 5.Bilgilendirilmiş onam formu .....      | 46 |
| EK 6.Anket alışması için izin kağıdı ..... | 47 |
| Özgeçmiş... ..                              | 48 |



## KISALTMALAR VE SİMGELER

**PE:** Psikoğitim

**DKT:** Dil ve konuşma terapisti

**TDK:** Türk dil kurumu

**n :** rneklem/gruptaki örneklem sayısı

**$\bar{x}$  :** Ortalama

**SS:** Standart sapma

**t :** t testi puanı



## TABLO LİSTESİ

Sayfa No

|  |    |
|--|----|
| <b>Tablo 1.1.</b> Beynin sağ ve sol yarımkürenin işlevleri .....   | 4  |
| <b>Tablo 1.2</b> Dil şebekesinin en sık yaşanan sendromlar .....   | 6  |
| <b>Tablo 2.1.</b> Psikoëğitimin İçeriği.....   | 22 |
| <b>Tablo 3.1.</b> Hastaya Bakım Veren Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı .....   | 24 |
| <b>Tablo 3.2.</b> Hastaya Bakım Veren Bakım Bilgilerine Göre Dağılımı .....  | 25 |
| <b>Tablo 3.3.</b> Bakım Verilen Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı .....  | 26 |
| <b>Tablo 3.4.</b> Bakım Verilen Hastanın Hastalık Bilgilerine Göre Dağılımı .....  | 27 |
| <b>Tablo 3.5.</b> Eğitim Öncesi Stres Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları.....                         | 27 |
| <b>Tablo 3.6.</b> Eğitim Sonrası Stres Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları.....                        | 28 |
| <b>Tablo 3.7.</b> Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası Stres Puanlarının Karşılaştırılmasına Ait Eşleştirilmiş İki Örneklem t Testi Sonuçları.....      | 28 |
| <b>Tablo 3.8.</b> Eğitim Verilen Grubun Eğitim Öncesi ve Sonrası Stres Puanlarının Karşılaştırılmasına Ait Eşleştirilmiş İki Örneklem t Testi Sonuçları..... | 29 |

## GİRİŞ

İnme geçiren bir hasta, özellikle dil ve konuşma yetisini kaybeden (afazik) kişi ve hastaya bakan kişinin yaşam kalitesi etkilenmektedir. İnme, sadece bakıcının yaşamında değişikliklere yol açmaz, ailenin düzenini de etkiler (Oğuz,2016). Hastaya bakımın süresi ve niteliği yani; afazik hastaya karşı sorumluluk ve ayıracağı zamanın hastaya göre düzenlenmesi, bakıcının yaşam değişikliğini de etkilemektedir. İnme geçiren kişinin yakın bakıcılarında yaklaşık %30-68 aralığında depresif ve kaygı belirtileri saptanmıştır (Cheng, et.al., 2013).

Bir çalışmaya göre, inme geçiren hastanın bakım verenler ile diğer nörolojik rahatsızlığı olan hastaların bakım verenleri arasında karşılaştırma yaptığımız zaman, inme geçiren hastaların bakım verenlerinde, depresyon ve kaygı düzeyleri daha yüksek görüldüğü bulunmuştur (Chow, et.al.,2007). Başka bir çalışma ise, kronik hastaya bakımdaki sosyal destek artınca, bakım vermedeki olumsuz etkileri ve bakıcının depresyon belirtileri azalmakta, böylece yaşam doyumu artmaktadır (Dökmen, 2012).

Afazi sendromu yaşayan hasta iletişim problemleri, duygusal git-geller ve sosyal ortamlara katılımlar olumsuz bir şekilde etkilenir. Kişinin tatmin edici yaşam kalitesini sağlayan ve sürdüren faktörler olumsuz açıdan etkilenmektedir (Armağan,2011). İnme geçirmiş, afazi tanısı alan hasta ile afazi tanısı almamış hastaya göre daha stresli, daha depresif ve daha çok duygusal semptomlara sahip olduğu saptanmıştır (Draper et.al. 2007).

Afazik hastaların ortak özellikleri; kişi çevresindeki insanlarla yazılı veya sözlü iletişim kurmakta zorlanmaktadır. Bu durum hem hastanın hem de bakım verenin stres düzeyini yükseltmektedir. Bu sebepten, hasta yakınlarının sosyal destek alma konusunda bilinçlendirilmelidir. Bu konuda, klinik psikologlara ve hemşirelere görev düşmektedir.

Afazi tanısı, genellikle tam iyileşmesi söz konusu olmayan bir kronik sendromdur. Hastanın yaşamında birçok engeller oluşturan ve genel yaşam sitalinde ciddi etkileri olan hastanın rehabilitasyonu için özel terapi gerektiren uzun yıllar boyunca bakım, gözetim ve denetim istenen durum olarak tanımlanır (Topbaş ve Maviş,2007).

Toplumun en temel birimi olan aile bir sistemdir. Bu nedenle ailede bir hastalık veya aile ilgili belirsizlik olduğunda bütün sistemi yani; ailenin tüm üyeleri etkilenmektedir. Kronik hastalık, bireyin olduğu kadar ailenin de hastalığıdır. Aile üyelerinden birine kanser teşhisi konulması, diğer aile üyelerinde kaygı ve stres belirtilerinin arttığı gözlenmiştir. Stres, aile içerisinde bakım veren kişileri sınırlar ve engeller. Bu durum tedavide de olumsuz etki yaratmaktadır (Uğur,2006).

Hasta ve aile ile iş birliği yapmak, hastanın tedavisine göstereceği uyumda çok önemli bir etkiye sahiptir. Çünkü bakım veren kişi, hastanın tedavi süresince hastanın davranışlarını değerlendirmekten sorumludur. Hastanın bakımını üstlenen kişi, hastalığı hakkında ne kadar bilgi sahibi olursa, hastanın tedavi sürecine olumlu etki yapacaktır. Kronik hastalığa sahip ailelerin çoğunda gerginlik, ekonomik stres, sosyal izolasyon, iletişim zorlukları gibi durumlar oluşmaktadır. Kronik hastalıklar aile içi ilişkilerde bozukluklara, stresin artmasına ve ekonomik güçlüklerle neden olabilmektedir (Dökmen,2012).

Kanser hastasına bakım verenlere uygulanan planlı eğitimlerin bakım verenin algıladığı bakım yükünü azalttığı saptanmıştır (Uğur ve Fadiloğlu, 2012). Başka bir araştırma gösteriyor ki, nörolojik hastaya bakım veren kişinin, bakım yükleri arttığı zaman kendine güven ve iyimser düşünce kullanımı azalmakta, çaresiz ve yardıma muhtaç durumların arttığı gözlenmektedir (Yılmaz ve Ata, 2017).

Bu nedenle, kaynaklara dayanılarak psikoeğitimin kronik hastalıklarda önemli destek olduğu düşünülmektedir.

İnme geçiren hastalar; sadece akut dönemde değil, uzun süreli veya rehabilitasyon aşamasında ve kronik fazlarda da ciddi sağlık problemleri ile karşı karşıyadır. İnme hastalığı ile ilgili iyi eğitime sahip bakım veren ve hastanın olması, inme hastalarının iyileşmesinde önemli bir etkiye sahiptir. Psikoeğitim, hastalık hakkında anlama ve karar verme konusunda yardım sağlayarak insanlara destek sağlar. Ayrıca psikoeğitim; ikincil inmenin önlenmesinde ve bu kronik hastalığın başarılı bir şekilde yönetilmesinde önemli bir rolü vardır. Hastalar ve bakım veren için eğitim eksikliği; kavram yanlışları, kaygı, korku, sağlık durumunun kötü olması ve depresyon gibi duygusal sorunlara yol açabilir (Hafsteinsdo'tti, et al. 2011).

İnmeden sonra kişide duygusal değişiklikler oluşmaktadır. Bu duygusal durumlar farklı geçişlere sebep olabiliyor. Örneğin; depresyon, kaygı, psikotik belirtiler, inkar, gülme veya ağlamaya kolay geçiş olabilmektedir. (Chemerinski and Levine, 2006).

İnme sonrası depresyonun seyrini araştıran birçok çalışma vardır. Majör depresyon olan hastalar ilk bir yıl içinde iyileşme gösterirken, az bir oranı ise iyileşme görülmemektedir. Uzun süreli inme hastalarının %11'inde intihar düşüncesi saplanmaktadır. Risk faktörlerin, İnme sonrası akut dönem dediğimiz ilk 1 yıl destek tedavisi yapılmaması ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Dilbaz, 2001).

Tezin amacı; afazik hastaların, bakım sürecinde yakın bakıcıdaki stresi psikoeğitim desteği ile en aza indirmeyi hedeflemektedir. Ayrıca; iletişimde yaşanan zorluklardaki çatışmayı önlemektir. Psikoeğitim, eğitimsel içerikli olup, beceri geliştirmeyi hedefleyen ve başarılması gereken amaçların yer aldığı bir grup çeşidi olarak tanımlanmaktadır (Güçray, vd. 2009). Bu amaçla araştırmada psikoeğitim; afazik hastaya bakan kişide yaşamsal zorluklardaki yaşanan stresi azaltmayı amaçlar.

# 1. BÖLÜM

## GENEL BİLGİLER

### 1.1 AFAZİ

Dil fonksiyonu; beynin sol yarımküresinde farklı bölgelerin ve bu bölgelerin arasındaki bağlantıların aktif olması sonucu ile gerçekleşir. 20. Yüzyılda beynin sağ ve sol yarım kürelerinin farklı işlevlerinin olduğu ortaya konulmuştur (Memiş ve Tülek, 2004).

Tablo.1.1: Beynin sağ ve sol yarımkürenin işlevleri\*

| <u>Beynin sol yarısı</u>   | <u>Beynin sağ yarısı</u>  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Sözel yetenek</li><li>• Dilbilgisi</li><li>• Sözel bellek</li><li>• Hesaplama ve motor beceri</li><li>• Soyutlama, matematik</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Görsel-uzaysal dikkat</li><li>• Müzik-mizah</li><li>• Farklı emosyonların ortaya koyulması</li><li>• Görsel bellek ve algılama</li><li>• Dikkati sürdürme</li></ul> |

\*Tanrıdağ (2015)

Afazi, beynin zarar görmesi ile dil fonksiyonun kaybı veya bozulması olarak tanımlanır. Afazinin kavramı; 1861 yılında, Broca'nın Paris'teki sunumu ile tanımlanmıştır (Ardila, 2014). Konuşma bozukluğunun geçmişine bakıldığında zaman, 19 yy. Gall tarafından konulmuştur. Yine aynı yıllarda ise, araştırmacı Broca tarafından konuşma merkezinin frontal lobla ilgili olduğu ve ilk defa konuşma bozukluklarının rehabilite edebileceği ortaya konulmuştur (Atamaz,2007).

Beyindeki dil şebekesi serebral dominans ilkelerine göre şekillenir. Serebral dominans bir işlevin yerine getirilmesi, diğer yarım küreye göre daha baskın olduğu ortaya konulmuştur. Bu ilkelere göre, dil işlevinin sol yarım kürenin sağ yarımküreye göre daha baskın olduğu tespit edilmiştir. Bu baskınlık dilin, sağ yarım küredeki işlevsizliğini göstermez. Beyindeki dil şebekesinin el kullanım baskınlığıyla da ilişki kurulabilir. Sağ elini baskın kullanan insanların (%99) dil yetisinin özelliklerinin arttığını görebiliriz (Tanrıdağ,2013).

### 1.1.1. Epidemiyoloji

İnme; dünya çapında engelliliğin önemli nedenlerinden biridir. Beklenmedik olan durumlarında ve aile üyelerinde çeşitli engellikler yaşatmaktadır. İnme geçiren hastaların büyük bir kısmı ilk 1-3 ay içerisinde iyileşme göstermektedir. Bazı vakalarda daha yavaş bir şekilde ilk 6. aya kadar devam etmekte ve 12. aya kadar iyileşme sürmektedir. (Melike vd, 2010).

İnme geçiren hastaların %33'ü afazi gözlenmektedir. İnmeden 6 ay sonra ise afazi sendromu devam etmektedir (Memiş ve Tülek, 2004). Afazi beynin belli bölgelerinde vasküler, travmatik ya da tümöral hasara bağlı ortaya çıkmaktadır. Burada dil bölümünü tamamı ile değil belli alanlarda kendini göstermektedir. Bu yönden afazi sendromda ya anlamayı ya ifade etmeyi ya da her ikisini de içeren bir dil kapasitesinde bozulma olabilmektedir (Öktem vd. 2009). Türkiye'de afazinin görülme sıklığının çok olduğu tahmin edilmekteyse de niceliği hakkında bilgimiz yoktur (Topbaş ve Maviş,2007).

### 1.2.2. Etiyoloji

Afazi, beyin hasarı ile ortaya çıkar, sıklıkla felçli hastalarda ya da kafa yaralanmalarında gözlenmektedir. Afazi bir sendromdur. Literatürlere baktığımız zaman afazi, bir beyin hasarı ile kendini gösteren edinilmiş dil bozukluğudur. Motor konuşma yetersizliği ile ortaya çıkan dil ve konuşma bozukluklarını (dizatri) kapsamaz. İlişkili hasarlar, okuma bozukluğu (aleksi), yazma bozukluğu (agrafi) ve becerili hareketlerinin bozulması (apraksi) olarak bilinir. Bu sendromlar; afazi ile komorbit geliştirebilir ya da tek başına da oluşabilir (Topbaş ve Maviş,2007).

Lisans; konuşma, anlama, okuma, yazma, tekrarlama ve isimlendirme bölümlerden oluşmaktadır. Afazi, inmeye bağlı gelişir. Ayrıca; en fazla kafa travmaları, intrakraniyal tümörler, epilepsi ve dejeneratif hastalıklar afaziye neden olmaktadır. Beynin hasar gören lezyonuna bağlı ortaya çıkan afazinin derecesi ve iyileşmesi ise hastadan hastaya değişiklik göstermektedir.

Yukarıda da bahsettiğimiz gibi, lisan bölümlerinin hasarına göre, yani anlama ve kendini ifade etmenin bozukluğuna göre çeşitli afazi tipleri vardır. Bunlar; broca afazisi, wernica afazisi, global afazisi, konduksiyon afazisi, anomik afazisi, ve transkortikal afazilerdir. (Memiş ve Tülek, 2004).

Tablo 1.2 : Dil şebekesinin en sık yaşanan sendromlar\*

| Dil şebekesinin En Sık Rastlanan Sendromlarının Özellikleri |              |                |                |
|---|--------------|----------------|----------------|
| Özellik/Sendrom   | Broca        | Wernica        | Global         |
| Konuşma Çıkışı  | Tutuk        | Akıcı          | Tutuk          |
| Konuşma İçeriği   | Agramatik    | Parafizik      | Çok fakir      |
| Tekrarlama  | Bozuk        | Bozuk          | Bozuk          |
| Anlama  | Hafif bozuk  | Şiddetli bozuk | Şiddetli bozuk |
| İsimlendirme  | Bozuk        | Bozuk          | Bozuk          |
| Okuma   | Konuşma gibi | Konuşma gibi   | Konuşma gibi   |
| Yazma   | Konuşma gibi | Konuşma gibi   | Konuşma gibi   |
| Eşlik eden bulgu  | Sağ'da felç  | Normal         | Sağ'da felç    |

\*Tanrıdağ, O., (2013).

Broca afazisi, motor afazi olarak bilinmektedir. Broca afazide, konuşma akıcılığını kaybetmiş, gramer bozulmuş ve okuma-yazma kaybedilmiştir. Fakat, kişinin anlama düzeyinde basit emirleri anlama korunmuş, kompleks anlama korunamamıştır (Tablo 1.2).

Wernicke afazi ise brocanın aksine gramer korunmuştur; ancak anlamsal işlev bozulur. Hastalar anlamadıklarını fark edemez, bu durum onların sinirlenmesine yol açabilmektedir.

Konduksiyon afazi de, sözcükleri tekrarlama ve isimlendirme bozulmuştur. Hasta hata yaptığının farkındadır, nereyi düzeltmesi gerektiğini iyi bilir. Anomik afazi ise; anlama, akıcılık, tekrarlama ve gramer korunmuştur. Fakat, hastaya nesne sorulduğunda onu direk yollarla aklına getiremez, nesneyi farklı yollarla anlatmaya çalışır.

Transkortikal afazi ise; hem motor hem duyuşsal olmak üzere iki tipi vardır. Motor tipinde anlama ve tekrarlama normaldir. Fakat, sesli okuma yazma korunamamıştır. Duyuşsal afazi tipinde, sesli okuma-yazma hasarlı, fakat tekrarlama yeteneği korunmuştur.

Global afazide, konuşma ve anlama hiç yoktur. Bu tip afazide psikolojik semptomlar eşlik edebilmektedir. En az rastlanan afazi tipi, subkortikal afazidir. Tekrarlama, okuduğunu anlama normaldir. Fakat, duyuşsal olarak anlama ve isimlendirme bozulmuştur (Atamaz,2007).

Türkiye'de beyin krizi vakalarının %71 beyin enfarktüsü, %29'u kadarı ise beyin kanamasıdır. Yaşayanların %60-65'inde kalıcı özürürlük durumu saptanmıştır. Türkiye'de

her yıl 125000 beyin krizi yaşanmaktadır. İtalya, İngiltere, İspanya ve Fransa gibi diğer Avrupa ülkelerinde bu sayı daha azdır (Özdemir,2000).

## 1.2 AFAZİ VE TEDAVİ

Afazi tedavisinin amacı; kişinin kaybettiği dili, tedavi ve eğitimle geri kazanmasına ve düzeltilmesine çalışmaktır. Birey, kendi yaşamı içerisinde değerlendirilerek tedavi planı hazırlanmalıdır (Atamaz,2006). Afazi tedavisinde tedaviye karar veren kişiler, bir ekip olarak vakayı değerlendirmelidirler. Afazi hastasının tedavi planı dil, nonverbal ve psikososyal yönü ile ele alınmalıdır (Tanrıdağ,1991).

Afazi tanınması, bilimin gelişmesiyle günümüzde çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmalar, teknolojinin gelişmesiyle tanılamak ve sınıflandırmak daha kolay hale gelmiştir. Bilgisayarlı Tomografi (CT), Bilgisayar Bağlantılı Eksenel Tomografi (CAT), Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR), Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme (fMRI), Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) gibi tekniklerle beyindeki lezyon hakkında bilgi vererek daha iyi bilgi sahip olmamızı sağlamaktadır. Tanılamak için teknolojinin yanı sıra çeşitli ölçekler ve bataryalar geliştirilmiştir. Boston Adlandırma Testi, Western Afazi Bataryası ve Minnesota Afazi ayrımsal Tanılama Testi (MTDDA) gibi ölçekler dünya genelinde geliştirilmiş testlerdir. Ülkemizde ise Maviş ve Toğram (2009) tarafından geliştirilen Afazi Dil Değerlendirme Testi ve Gülhane Afazi Test (GAT,2007) ve Ege Afazi Testleri (EAT,2007) ile afazi değerlendirilmesi yapılmaktadır (Oğuz, 2016).

Afazide en güç noktalardan biri özrün tanımlanmasıdır. Afazi durumu kişiden kişiye farklılık göstermektedir (Cheng, et.al., 2013). Afazi değerlendirme testini geliştirenlerin afaziyi tanılamak için testin özellikler olarak yetersiz kalmaktadır. Tanılamada karşılaşılan güçlükler tedavi programını oluşturmadaki güçlükleri de beraberinde getirir. Afazinin tedavi programları temelde 5 aşamadan oluşmaktadır.

- 1- Konuşulan dili anlama
- 2- Yazılı dili anlama
- 3- Sözel ifadeyi güçlendirme
- 4- Dildeki artikülasyonu geliştirme
- 5- Kişinin yazma becerisini tekrar kazandırma

Afazik birey göstermiş olduğumuz bu 5 aşamadaki güçlükler tespit edilmektedir. Birey tedavi modülünde; pekiştirme, basitten karmaşığa, sık tekrar, aktif katılım, bireyselleştirme, kişiye uygun ipucu ve güdüleme gibi ilkelere dikkat edilmektedir (Kargın,1993).

Ayrıca hastalarda sık gözlenen parafazi ve perseverasyon gibi dil kullanımındaki hataları önlemde de tedavi planı oluşturulur (Topbaş ve Maviş, 2007). Dil, farklı sosyal koşullar aracılığı ile iletişim için kullanılır. Dil ve konuşma terapist (DKT) 'in görevi, afazik hastanın ailesine hasta ile nasıl iletişim kurabileceğini ve ona nasıl yaklaşabileceğini açıklamalıdır.

Örneğin;

- Basit kelimeler kullanmak
- Bilgiler daha ayrıntılı kullanmak
- Daha tane tane konuşmak
- Konuşurken mimiklerimizi kullanmak ve vurgu yaparak konuşmak
- Hastanın iletişimde farklılık olduğunun farkında olmak.
- Hastanın dili kullanımında, gücünün ve dikkatin özel çaba gerektiğinin farkında olmaları konusunda bilinçlendirilmeli.
- Cevabı "evet- hayır" olan kısa ve basit sorular sormak.

Ayrıca afazi tedavisinde hastayı aktif tutmak, dili tekrar öğrenmesi, dili geliştirici stratejiler ile hastaya psikolojik destek sağlanmalıdır (Ardila, 2014).

Bir diğer tedavi yaklaşımı, Schuell tarafından ortaya konulmuştur. Uzun süreli ve yoğun sözel uyaran verilerek, dil ve konuşmadaki kaliteyi artırmayı amaçlamaktadır. Daha sonraki yıllarda, Chapey tarafından "farklı düşünme" yaklaşımı ile kognitif yaklaşımını geliştirmiştir. Buradaki etkinlik, uyararı farklı açılardan düşünmeyi amaçlamaktadır. Örneğin; bir nesne verilerek nesneyi farklı açılardan tanımlaması beklenir (Atamaz,2007).

Diğer tedavi yaklaşımı ise; "programlanmış stimülasyon yaklaşımı". 1990 yılında LaPoint tarafından ortaya koyulmuştur. Bu ekol, davranış modifikasyonu ile bilişsel yaklaşım bir arada kullanılarak yürütülerek çalışılır. Yöntem etkinliklerin basitten zora doğru ve uyarının farklı yönleriyle ele alınarak çalışılır. Global afazilerde kullanılan müzik tedavisi ve görsel tedavide bu yöntem içinde ele alınır (Atamaz,2007).

### 1.3 AFAZİK HASTADA ORTAYA ÇIKAN DAVRANIŞSAL VE PSİKOLOJİK DEĞİŞİKLİKLER

Afazi, sadece kişinin dil ve konuşma bozukluğu ile kendini göstermez, ayrıca kişide davranışsal değişikliklere de sebep olur. Bu değişiklikler şöyledir:

- a. Direnış: Afazik hastada en sık gözlenen davranış değişikliği direniştir. Kişi belli davranışlarını uygun ortamlar olmamasına rağmen o davranışını sürdürmesidir.
- b. Sertlik ve düzenlilik: Afazik hastada sık görülen özelliktir. Organik lezyonu olan afazide daha sık görülür. Sertlik, davranışlarında ısrarlı tutum içerisinde olmalarıdır. Birçok insan için temiz olarak görünen ortam kişide temiz olarak görünmeyebilir.
- c. Aşırı neşe hali: Kişi zor şartlarda olsa bile, hiç problem yokmuş gibi davranmaktadır. Bu tepkiler genelde depresyonla sonuçlanmaktadır.
- d. Geri çekilme eğilimi: Afazik hastada en çok görülen özelliklerinden biri geri çekilmedir. Çok uyaran ve kendileri için zarar verici, tehdit edici ortamlardan kendilerini geri çekmektedir. Kişi yanlış konuşmaktan çekindiği ve korktuğu için yeni ortamlara girmez. Bu geri çekilme durumu kişinin dil gelişimini engeller.
- e. Genelleme yapma eğilimi: Afazik hasta görmüş olduğu her bir durum için yeni bir durum gibi davranmaktadır. Olay ve durumlar arasındaki benzer yanları göremezler. Bu durum; beyin hasarı sonucu kalıcı bir kişilik değişimi olarak görülür ve genelde bu durum değişmez (Kargın, 1993).

### 1.4. STRES

Stres, genel olarak organizmanın dengesini bozan faktörlerin tümünü etkilemektedir. Bu faktörler; biyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda kendini göstermektedir. Kişinin bir ortamdan farklı bir ortama geçmesi kişide stres oluşturabilmektedir. Her insanın aynı durumlara aynı tepkiyi vermesi beklenilmez. Stres, kişinin baş edebilme gücünü aşıyor ise; organizmanın kendini koruyabilme adına verdiği tepkidir (Balcioğlu,2005).

Farklı bir şekilde tanımlarsak stres; kişinin duygu, düşünce ve fiziksel şartlarda bireyi tehdit eden ve baş edebilme gücünü zorlayan durum olarak tanımlanır (Koeske & Kirk,1993). Stresin oluşmasında birçok faktör etkilidir. Bireyin psikolojik ve fiziksel hali

için zarar verici her türlü uyarın neden olabilir. Uyarının stres olarak algılanabilmesi için kişinin uyarını nasıl değerlendirdiği ile ilişkilidir (Aydın & İmamoğlu,2001).

Stres ve kaygı iç içe geçmiş bir duygu durumudur. Kaygı; ego fonksiyonunun iç ve dış dünya arasında denge kuramamasından ortaya çıkan patolojik bir durumdur. Egonun olgunlaşmaması ve strese maruz bırakılmasıyla kişide kaygı ortaya çıkmaktadır (Budak,2003) Kaygı, stresin bir ürünü olarak değerlendirilir (Karagüven, 1999). Kişinin uyarıcılara gerçek dışı anlam vermesi ile ortaya çıkmaktadır.

Stres uyarıcıları üç grupta kategorize edebiliriz. Bunlar; fiziksel, psiko-sosyal ve psikolojik kaynaklardır.

1-Fiziksel stres uyarın: Kişinin, adapte olduğu çevrenin ani değişikliklerin oluşumu yani; kişinin ses, gürültü, doğal afet gibi durumlara maruz kalması olarak tanımlanır.

2-Psiko-sosyal uyarın: Kişinin, sosyal çevre ve ilişkilerdeki beklentilerden oluşan sosyal kaynaklı rollerle ilişkili uyarınlardır.

3-Psikolojik stres uyarın: Kişinin tehlike ile ilişkili duygu, düşünce, kaygı, kişilik yapısı ve düşünce yapısını kapsayan öznel uyarınlardır (Aydın ve Betül, 2001).

Kişinin düşünce yapısı, kişiden kişiye göre değişmektedir. Strese maruz kalan kişi olumsuz düşünce yapısına sahip olabilir. Burada kişinin stresi nasıl algıladığı ve nasıl başa çıkma teknikleri geliştirdiği önem arz etmektedir. Strese gösterdiğimiz tepkilerdeki farklılık bireyin kişilik yapısıyla ilişkilidir. Sağlıklı bireydeki tepkiler; kişiliği, düşünce tarzı ve sosyal kaynakları ile alakalı donanım ile şekillenmektedir. Strese maruz kalan kişinin düşünce yapısı gerçeğe uzak, olayın en kötüsünü düşünen ve karamsar yapıdadır. Bu düşünce yapı kişinin üretkenliğinin azalmasına neden olur (Aydın ve Betül, 2001).

Günümüz şartlarında stres, her durumda ortaya çıkabilir. Örneğin; okula başlamak, bazı öğrencilerde stres oluşturabilmektedir. Sonuç olarak stres, vücudun zorlandığı anda istemeden verdiği tepkidir. Stres, olumsuz bir kavram olarak nitelendirilsede, aslında kişiyi motive eden ve kişiyi güvende tutan mekanizmadır (Balcioglu,2005).

Daha öncede söylediğimiz gibi stres, vücudun değişikliğe karşı gösterdiği bir fiziksel tepkidir. Psikolog Selye Stresin, üç dönemli bir süreçten oluştuğunu öne sürer. Bu dönemlerin ilk süreci; *alarm tepkisi*dir. Bu dönemde, vücut alarm sürecindedir. Sinir sistemi faal olup ve salgı bezlerini uyararak, kana bol miktarda adrenalin ve diğer biyokimyasal maddeler pompalanır.

Vücut, bu durumun etkisiyle alarm durumuna geçer ve bu duruma uyum sağlamaya çalışır. Stres devam ettiği sürece ikinci dönem ortaya çıkar. Bu süreç; *direnc dönemidir*. Vücut bu süreçte, stresli ortama uyum sağlamaya çalışır ve kana salgıladığı maddeleri geri çeker. Vücut bu durumu ne kadar uyum sağlasa bile, organizma yorulmakta ve direncinin kaybetmeye başlamıştır. Üçüncü dönem dediğimiz süreç; *tükenme dönemidir*. Beden, strese karşı gösterdiği uyuma dayanamaz ve direncini kaybeder. Aslında vücut ilk döneme geri döner, hastalık belirtileri ile kendini göstermek göstererek, direncini kaybeder (Cüceloğlu,2006).

#### **1.4.1. Stresin Belirtileri**

Strese maruz kalan vücut, zamanla strese bağlı oluşan çeşitli belirtiler göstermeye başlar. Bu belirtiler; fiziksel, davranışsal ve psikolojik olarak sınıflandırabiliriz.

1.Fiziksel Belirtiler: Çevrede bizi tehdit eden durumlar, vücudumuzda belirli değişikliklere yol açar. Bu değişiklikler vücutta farklı seviyelerde ve belirtilerde ortaya çıkmasında rol oynar. Bu belirtiler; tansiyon yükselmesi, sindirim bozukluğu, nefese darlığı, baş dönmesi, yorgunluk, alerji, mide bulantısı olarak sıralayabiliriz.

2.Davranışsal Belirtiler: Stres, davranışta kendini açık ve doğrudan kendini göstermektedir. Bu belirtiler; uykusuzluk, uyuma isteği, iştahsızlık, sigara veya alkol kullanma gibi davranış problemleri oluşturmaktadır.

3.Psikolojik belirtiler: Stres, psikolojik olarak da kendini gösterebilir. Bu belirtiler; gerginlik, geçimsizlik, sürekli endişe, yetersizlik duygusu ve düş kırıklığı olarak ifade edilebilir.

Bu durumlar kişinin yaşam kalitesini düşürüp, kişinin yaptığı işte verimliliğini azaltmaktadır (Erdoğan vd, 2009).

### 1.4.2. Stresle Başa Çıkma Yolları

Kişinin strese gösterdiği tepki farklılıklarının oluşmasında birçok nedeni vardır. Sağlıklı bireyin stres ile baş edebilmesinde; bireyin kişilik yapısı, düşünce stratejisi, psiko-sosyal özellikler ve sosyal kaynaklar olarak etkin rol oynar (Aydın ve İmamoğlu, 2001).

Stres günümüzde yaşam standartlarının artması ile yaşamımızın bir parçası haline gelmiştir. Stresiz bir yaşam düşünülmez bir hale gelmiştir. Bu yüzden, stresle başa çıkma yollarını öğrenmek, günlük hayata aktarmak, gündelik işlevselliğimizi kolaylaştırmaktadır. Baltaş & Baltaş stresle başa çıkma yollarını üç gruba ayırmaktadır. Bunlar; beden, zihin ve davranış olarak ayrılır.

Beden ile ilgili teknikler; gevşeme, nefes egzersizleri ve beslenme biçimleri olarak tanımlanır (Yıldırım,1991). Zihinsel olarak stresle baş etme ise; tükenmişliğe yol açan inançları ortaya çıkararak hatalı inançları düzenleme tekniğidir. Davranış olarak ise; işlevsel olmayan davranışları değiştirmeye yönelik tekniklerdir. Bireylerin olaylara yüklediği anlam ve sergilediği davranışlar, stresi azaltmada veya artırmada en önemli faktördür (Erdoğan vd,2009).

Folkman ve Lazarus stres ile başa çıkmada bir model ortaya koymuştur. Problem odaklı başa çıkma ve duygu odaklı başa çıkmadır. *Problem odaklı başa çıkma*, kişinin stres koşullarını değerlendirmesi ve bunları ortadan kaldırma veya kaçınmaya yönelik bir strateji modelidir. Kişi, problem odaklı davranışlarda mantıklı ve soğukkanlı bir bilinç yapısı hakimdir. *Duygu odaklı başa çıkma*, kişinin strese karşı duygusal tepkisini düzenleme ve problemi ortadan kaldırmak yerine problemin yarattığı duygusal gerilimi yönetme stratejisi olarak tanımlanır (Budak, 2003). Duygu odaklı Stratejide kişi pasif olur, uzaklaşma ve kabullenme odaklıdır (Aydın ve İmamoğlu, 2001).

Kısacası, insanların olayları değerlendirme ve çözümüleme biçimi stresin önemli tetikleyicilerindedir (Cüceloğlu,2006).

## 1.5. AFAZİ VE BAKIM

Yakın (primer) bakımveren kişi, hastanın günlük yaşantısıyla birebir hemhal olduğundan hastanın hastalığı ile ilgili hastanın sosyal ortamıyla temashalindedir. Buna

sebepler olarak, aile tarafından kronik rahatsızlık büyük bir yük olarak algılanır. Ayrıca, ailedeki kişinin bakımı üstlenmesi, bakım verilen kişinin reddi olarak algılanabilmektedir. Bakım veren kişiler, bakımın kendileri üzerine olan etkilerini yönetmekte başarısız olabilmektedirler. Bu da çaresizlik, suçluluk, korku, öfke ve sosyal yalıtım gibi duygular yaşayabilmektedir (Atagün vd, 2011).

### **1.5.1. Bakım Verme**

Bakım verme TDK'ye göre, birinin beslenme, giyinme vb. gibi gereksinimleri üslenme işi olarak tanımlanmaktadır. Kronik bir hastaya bakım verme, tek bir yardım çeşidi değildir. Kişinin duygusal destek, fiziksel ya da maddi destek vermeyi de kapsamaktadır. Diğer yardım çeşitleri ise, sağlık bakımı ve kişisel bakım, ulaşım, alışveriş, küçük alışverişler yapma, maddi destek gibi kişinin sosyal desteği ile ilgili faktörleri içermektedir (Türk Dil Kurumu,2009).

Montgomery ve arkadaşları bakım verme yükünü iki boyutlu olduğunu öne sürmüşlerdir. Öznel ve nesnel yük olarak ikiye ayırmaktadır. Nesnel yük, bakım veren kişinin çok yaygın ve zarar verici boyutta; aile ilişkilerini ve rutinlerini, eğlence, çalışma, sosyal yaşamının etkilerini oluşturmaktadır. Rollerdeki bu değişim, hastalığı nesnel yük olarak tanımlanmaktadır. Öznel yük ise; kişinin nesnel yüklerle uğraştığı sürece, yaşadığı içsel negatif duygular olarak tanımlar. Bu duygular; keder, sıkıntı, utanma, suçluluk duygusu yaşatmaktadır (Atagün, vd. 2011).

Gallagher-Thompson ve arkadaşları, bakım verilen fiziksel çevre, bakım alanının özellikleri, bakım verenin psikolojik zayıf ve güçlü yönler, aile desteği ve sosyal destek kaynakları aile üyelerinde stres oluşturabilmektedir (Çapan,2016).

Yapılan çalışmaya göre, bakım veren ile verilen arasındaki ilişki yakınlığı tükenmişliği etkilemekte ve bu durum dolaylı olarak hastaya yansımaktadır. Bakım verenin stresi, hastasıyla arasındaki ilişki kalitesi etkilemektedir. Bakım verme, bakım verenler için çok boyutlu algılanan bir deneyimdir. Bakım verme, kişinin fiziksel, psikolojik ve ekonomik açıdan değerlendirildiğinde bakım verme güçlülüğünü oluşturur (İnci ve Erdem, 2008).

Başka çalışmalarda kronik hastanın bakımını üstlenen kişilerin, duygusal stres, fiziksel hastalık, sosyal izolasyon, aile üyeleri ile ilişkilerde ve ekonomik yaşamında güçlükler yaşadıkları saptanmıştır (Erdem,2005)

Literatür taramalarına göre özellikle inme, parkinson ve alzheimer gibi nörolojik hastalıkları olan bireylere bakım veren yakınlarında fiziksel ve ruhsal sağlık belirtilerinin olumsuz etkileri görülmüştür. Bilişsel işlevlerde bozulan hastanın, bilişsel yetileri yerinde olan hastaya göre yakın bakım verenlerde depresyon, kaygı ve tükenmişlik puanları yüksek olduğu görülmüştür (Atagün, vd. 2011).

Bakım veren; hastanın bakımı ile ilgili ilgilenen kişi olarak tanımlanır. Primer bakım veren ise; hastanın tüm sorumluluğunu üstlenen, birinci derecede yakını olan kişidir. Kişi, hastanın merkezinde olan hastanın sosyal ağıyla iç içe durumundadır.

Primer bakım verenler dört gruba ayrılmaktadır. Birinci tip, hastanın bakımıyla ilgili takip ve izlenimden sorumlu kişidir. İkinci tip ise; hastanın bakımından sorumlu olup cevreden, informal kaynaklardan yararlanmaktadır. Üçüncü tip ise; hem formal hem de informal destek alan kişilerdir. Son olarak dördüncü tip ise, hastanın sorumluluğundan tamamen sorumlu olmayan kişilerdir. Araştırmalara baktığımızda aile üyeleri, primer bakım verenlerini oluşturur (Uğur, 2006).

### **1.5.2. Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükler**

Bakım verenin güçlük algısı, hastaya bakma ile yükümlü olması bakım verenin yaşamını etkilemesi olarak tanımlanır. Bakım verme kişinin yaşamını ve sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bakım verenin yaşadığı güçlükler fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve iş yaşamında etkiler olarak görülmektedir (İnci,2006).

Ailede kronik bir hastalığı olup bakımı ile sorumlu olan aile bireylerinin yaşamsal ailenin işlevlerinin bozulmasına ve aile üyelerine yük getirmektedir. Karşılanmamış birçok gereksinimi olan bakım verenin, bakım verme rolünde güçlükler yaşanmaktadır (Yıldırım vd, 2013).

Literatürlerde, demans hastalarına bakım verenlerin bakım döneminde depresyon ve kaygı düzeylerin arttığı saptanmıştır. Bakım verenlerin %76 oranında kaygı ve %42 oranında depresyon belirtilerinin ortaya çıktığı görülmüştür. Sonuç olarak; bakım verenlerin, yaşamsal kaliteleri düştüğü net olarak görülmektedir (Özer,2010).

Bakım vermede yaşanan güçlükleri dört etken olarak ayırabiliriz;

#### Fiziksel Güçlükler

Bakım veren kişi, sorumlulukların getirisi olarak kişi kendine yeterli bakım ayıramamakta somatik şikayetler artmaktadır. Baş ağrısı, uykusuzluk, vücut ağırlığı, kas ağrısı gibi belirtiler baş göstermektedir (İnci,2006).

#### Emosyonel Güçlükler

Duygusal alanda bakım veren kişiler, kendi yaşamları üzerine kontrollerini kaybetmektedir. Beklentilerini karşılayamadıklarından dolayı başarısızlık hissetmektedir. Bu durum kişide huzursuzluk, uykusuzluk, benlik saygısında azalma, depresyon ve problem çözmede güçlükler yaşamaktadır (İnci,2006).

#### Sosyal Güçlükler

Bakım verme sosyal ve kişilerarası ilişki bozukluğa yol açmaktadır. Bakım verme sürecinde kendilerini yalnız hissetmeye yol açmaktadır (İnci,2006).

#### Ekonomik ve İş ile ilgili Güçlükler

Bakım verme nedeni ile işten ayrılma gibi kişinin hayat kalitesini düşürmektedir. İki işi birlikte yürütememenin sonucuyla emeklilik düşünülmektedir. Bu durum kişilerin yaşam standartlarını değiştirmektedir (İnci,2006).

### **1.5.3 Bakım Verme Güçlülüğünü Etkileyen Faktörler**

Yaşlıya bakım vermede bakım verenin yaşadığı birçok faktör vardır. Bu faktörler;

- Bakım verenin özellikleri (yaş, cinsiyet, eğitim, bakım verenin sağlığı, etnik kökeni)
- Hasta ile olan ilişkinin niteliği
- Bakım verme süresi
- Yaşanan dengeli olmayan duygular
- Hastanın fikri alınmaması (Yıldırım ve Ark.,2013).

## 1.6. PSİKOEĞİTİM- PE\*

Psikoeğitim; eğitimsel içerikli olup beceri geliştirmeyi hedefleyen ve başarılması gereken amaçları yer aldığı bir grup çeşidi olarak tanımlanmaktadır (Güçray vd.,2009).

Psikoeğitim, özel yapılanmış bir programı anlatmak için kullanılır. Psikiyatri alanında, bu terim geniş bir anlam içermektedir. Bilişsel, davranışsal ve psikososyal tedavi yaklaşımlarını belli bir gruba veya kişiye anlatmak için kullanılır. Kişilere bilgi verilerek, problemlerle nasıl başa çıkabilecekleri ile ilgili beceriler kazandırılır. PE; aile yükünü ve stresi azaltmak, davranışsal değişimler, hastalığın nüksü önlemek, hastaların yaşam kalitelerini artırmak, duygusal destek sağlamak ve tedaviye uyumu artırmak gibi amaçlar edinmektedir (Uğur,2006). Hatfield'a göre aileler için PE; kronik hastalığı olan aile üyelerinin hastalık sürecinde soru işaretlerini gidermek ve yaşadıkları zorluklara nasıl baş edebileceklerini öğretmektir. Ayrıca PE; hastalara hastalığı ve tedavileri hakkında bilgi vererek kişilerin tedaviye uyumunu sağlamaktır. Hasta ve ailesi arasında iletişimin sağlıklı olmasını sağlamaktadır (Yurtsever vd, 2001).

Bir araştırmaya göre; psikiyatri polikliniğine başvuran hastalar ilaç tedavisine başlamıştır. Hastaların bir kısmı etki etmediğini düşünerek, bir kısmı da yan etkilerinden dolayı ilacı bırakmışlardır. Hemşireler tarafından verilen PE desteği ile hastalığı ve tedavisini, ilaç ve etkilerini, hastalık ile nasıl başa çıkabileceklerini öğrenerek tedavi sürecine uyum artırılmıştır. Bu değişiklikler, iç görüyü ve kişisel farkındalığı artırarak hastanın iyilik halini ve tedavi etkinliğini olumlu geliştirecektir (Gezgin vd, 2010).

Başka bir çalışmaya göre, Miyokart Enfarktüsü (ME) geçirmiş bireylerin üzerinde PE etkisi ve psikososyal uyum incelenmiştir. ME bireyler hastalıkları hakkında bilgilendirilme, hastalığın sonuçları olan duygusal tepkiler, stres ve stres ile baş etme, öfke ve öfke ile baş etme, hastalığı kabul etmedeki uyum temalı eğitim verilmiştir. Eğitime katılan ME bireylerin, kontrol grubuna göre psiko-sosyal uyuma süreci daha kolay olduğu görülmüştür (Türkmen ve Çam,2012).

PE programı, stresi önlemekten daha çok stresi azaltmayı planlar. Ayrıca, stresten sonuçlanan bazı ruhsal hastalıkları önlemek amacı ile de kullanılmaktadır. Birçok araştırmalara göre; önleyici PE'min asıl amacı depresyonu önleme olmasıdır. Özellikle; çocuklar ve gençler üzerinde çalışılmaktadır (Daele vd.,2011).

### **1.6.1. Psikoeğitim hedef kitlesi**

PE, kronik hasta, tekrarlı yatış riski olan hastalar ve hasta yakınlarını hedef alır.

1.6.1.1 Yeni Tanı konan hasta ve ailesi: yeni tanılanan hasta ve aileler karmaşık duygu sürecindedir. PE desteği ile kişiler hastalığa uyumu kolaylaştırır.

1.6.1.2. Tekrarlı yatış riski olan hastalar: kronik rahatsızlığı olan hasta ve hasta yakınları, özellikle psikiyatri hastalar tekrarlı yatışı riskli gruplardadır. Bu tür hastalar, stresi yüksek düzeyde ve tükenme yaşamaktadır. Bu hastalara, stresle bas etmeleri ve hastanın davranışlarını yönetme tekniklerini öğrenmesi amaçlanır. Ve tekrar yatışı önlenmesi amaçlanır.

1.6.1.3. Hasta ile yaşayan aileler: bir ailede ruhsal hastalık varsa, bu aile üyelerini etkilemektedir. Aile üyeleri damgalanma etkisi olumsuz yönden etkilemektedir. Bu damgalanma sosyal izolasyona yol açmaktadır. Sosyal destek ile bu damgalanma etkisi azaltılması amaçlanır (Gümüş ve Buzlu, 2018).

## **2.BÖLÜM**

### **GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **2.1.ARAŞTIRMA ŞEKLİ**

Afazi tanısı almış kişilerin, aile üyelerinin kaygı düzeylerinin ve bakım verenin kaygı düzeyi azalarak, hasta ile iletişim problemlerinin en aza indirmeyi hedefleyerek yapılan çalışma, tamamlayıcı niteliktedir. Hastaya bakım verenin kaygısını incelemek amacı ile metodolojik, yarı deneysel (ön test-son test) bir çalışma olarak planlanmıştır.

#### **2.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN**

Araştırma; İstanbul Fizik Tedavi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan inme geçiren “afazi” tanısı almış kişilerin bakıcıları ile yürütülecektir. İstanbul Fizik Tedavi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 7 servisten oluşmaktadır. Hastanede her farklı türden nörolojik ve fiziksel rahatsızlığı olan hastalar yatmaktadır. Hastanede yatan hastalar, genellikle inme geçiren hastalar rehabilitasyon sürecindedir. Dil ve konuşma problemi yaşayan bazı inmeli hastalar, DKT tarafından değerlendirilip, kişilere “afazi rehabilitasyonu” yapılmaktadır. Çalışmamıza katılan kişiler araştırmamız için rastgele seçilmiştir.

Çalışmamız, İstanbul Fizik Tedavi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan hastalara ve yakın bakıcılarına, 31 Temmuz -30 Kasım 2018 tarihleri arasında uygulanmıştır.

#### **2.3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırma evrenini; İstanbul Fizik Tedavi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatan inmeli (afazi tanısı almış) hastaların primer bakım veren aile üyelerinden (anne-baba-eş-kardeş-çocuk) oluşmaktadır. Primer bakım veren kişi, aile üyelerinden birinin tıbbi bakımında ya da günlük yaşam aktivitelerine düzenli olarak yardım eden kişilerdir. Araştırmanın popülasyonu; araştırmayı kabul eden, 18 yaşından büyük, zihinsel rahatsızlığı ya da iletişim konusundan herhangi bir problemi olmayan, afazi tanısı alan hasta ve hastanede yatarak takip edilen hastaya primer bakım veren aile üyelerinden alınmıştır.

## 2.4 HİPOTEZ

Araştırma; iki grup ile (PE desteği almış bakıcı ile PE desteği almamış bakıcı) çalışmayı hedeflemektedir. Afazi tanısı almış olan bireylerin yakın bakıcıları ile çalışılacaktır. Yakın bakıcılarına Bakım Veren Stres ölçeği kullanılacaktır. Ölçek bakıcının stres düzeyini ölçmeyi hedeflemektedir. Ölçekte iş durumu, mali durum, fiziksel durum, sosyal durum ve zaman bakıcının bağımlı etkenleri oluşturur.

Eğitim grubunda, PE desteği ile bakıcının stres düzeyi düşürmeyi hedefleyecektir. Kontrol grubunda ise PE desteği verilmeyecektir. Veriler elde edildiğinde, bilgiler istatistiksel olarak hesaplanacaktır. PE alan ile almayan grup arasındaki fark incelenecektir.

H<sub>1</sub>: PE alan eğitim grubu ile (eğitim almayan) kontrol grubu arasında fark vardır.

H<sub>0</sub>: PE alan eğitim grubu ile (eğitim almayan) kontrol grubu arasında fark yoktur.

## 2.5. BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

### Bağımsız Değişkenler;

Primer bakım veren kişinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, sosyal güvencesi, çalışma durumu, gelir seviyesi, hasta ile olan yakınlık derecesi, hastasına ne kadar zaman bakım verdiği, hastaya bakım verildiğinden beri fiziksel, psikolojik, finansal ve sosyal düzeyde yaşadığı sorunlar, bakım verildiğinden beri değişkenler ele alınacaktır.

Hastanın yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, sosyal güvencesi, çalışma durumu, çocuk sayısı gibi demografik değişkenler; hastalığın teşhisi, teşhisin koyulma zamanı, hastalığın evresi gibi hastalığa ilişkin değişkenler ele alınacaktır.

### Bağımlı Değişkenler;

Bakım verenin bakım stresi ve sosyal destek

## 2.6. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmada beş bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Anket formunun ilk bölümünde tezin amacına ait bilgilendirilmiş onam formu, ikinci bölümünde bakım

verenlere ait bilgileri yer almaktadır. Anket formunun dördüncü bölümünde bakım alan hastanın kişisel bilgileri yer almaktadır.

Veri toplama aracının beşinci bölümü, bakım verenin stres düzeyini ölçmek amacıyla verilmektedir.

### **2.6.1. Hastaya bakım verenin tanıtım formu**

Araştırmanın örnekleme oluşturan yakın bakım verenlerin özelliklerine ilişkin bilgi alabilmek amacı ile araştırmacı tarafından tasarlanan bu form; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, mesleği, sosyal güvencesi, çalışma durumu, gelir düzeyi, hasta ile yakınlığı, bakmakla yükümlü olduğu başka kişiler var mı, ne kadar süredir bakım vermekte, bakım konusunda yardım alıp/almadığı, bakımı üstlendiğinden beri fiziksel, psikolojik ve sosyal düzeyde yaşadığı sorunlar, bakımı üstlendiğinden beri bakım verenin iş ve ev yaşamındaki değişiklikler gibi primer bakım verene ait değişkenlerden oluşmaktadır (EK 1).

### **2.6.2. Bakım verilen hastanın tanıtım formu**

Araştırmanın örnekleme oluşturan yakın bakım verenin özelliklerine ilişkin bilgi alabilmek amacı ile araştırmacı tarafından tasarlanan bu form; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, çocuk sahip sayısı, sosyal güvencesi, afazi tipi, hastalığın evresi, hastalığın ne zaman konulduğu, tedavi protokolü, tedaviye ne zaman başlanıldığı gibi hastaya ait değişkenlerden oluşmaktadır (EK 2).

### **2.6.3. Bakım Verenin Stres Ölçeği (Caregiver Strain Index)**

Bakım verenin stres ölçeği, 1983 yılında Robinson, B. Tarafından bakımı üstlenen kişinin bakım yükünü ölçmek amacı için geliştirilmiştir. Bakım verenler, psikolojik olarak etkilenebilmektedir. Ayrıca fiziksel sorunlarda yaşamaktadırlar. Bakım veren stres ölçeği, bakım ile ilgili kaygıları tespit etmektedir. Bu ölçek; 13 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin ana konuları, iş durumu, mali durum, fiziksel durum, sosyal durum ve zaman içermektedir. Ölçek evet (1) ve hayır (0) olarak puanlanan 13 stres belirtisi ifadesinden oluşmaktadır. Evet cevaplarının toplamı ile elde edilen yüksek puan (>7) bakım verenin yüksek düzeyde stres yaşadığını ifade etmektedir.

Ölçek, standardize oluşturulmadan önce, 13 madde oluşan yaşlı ebeveyne bakan yetişkin çocukların görüşmelerden ortaya çıkmıştır. Pearlen ve arkadaşları bakım süreci bakan kişiyi değerlendirildiğinde bakıcının çeşitli alanlarının etkilendiği tespit edilmiştir. Bakan kişinin aile çatışması, mesleki rol-bakıcı çatışması ve sosyal destek değişkenlerdir (Uğur, 2006) (EK 3).

## **2.7. ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ İZİNLER VE ETİK ONAM**

Araştırmanın etik açıdan değerlendirmek açıdan İstanbul Sağlık Müdürlüğü'ne başvurulmuş ve 24/07/2018 tarihinde etik komisyonu onayı alınmıştır (EK 6). Ayrıca, araştırmaya katılan hasta ve primer bakım verenlerden yazılı ve sözlü olarak onam alınmıştır (EK 5).

## **2.8. ÖN UYGULAMA**

Araştırmaya başlamadan önce 3 kişiye pilot bir çalışma olarak, ön bir uygulama yapılmıştır. Soru anketlerinde bir sorun yaşanmamasından ve afazi tipi hastanın ülkemizde az bulunmasından dolayı örneklem araştırma içeriğine konulmuştur.

## **2.9. UYGULAMA**

Uygulama 15 kontrol ve 17 deney olmak üzere 32 kişi üzerinde uygulanmıştır. 2 kişi deneyi bırakmak durumunda kalarak araştırma, 30 kişi üzerinden değerlendirilerek raporlanmıştır. Kişiler, hastaneden rastgele seçilmiştir.

## **2.10. VERİLERİN ANALİZİ**

Verilerin analizinde SPSS 21.0 programları kullanıldı. Bakım vereni tanıma, bakım verenin bakım bilgileri, bakım alan hastayı tanıma ve bakım alan hastanın hastalık bilgileri frekans ve yüzde tabloları ile gösterilmiştir. Puanların normallik sınavında Çarpıklık (Skewness) katsayısı kullanılmıştır. Sürekli bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılım özelliğinde kullanılan çarpıklık katsayısının (Skewness)  $\pm 1$  sınırları içinde kalması puanların normal dağılımdan önemli bir sapma göstermediği şeklinde yorumlanabilir. Normal dağılım göstermeyen puanların karekök, logaritmik veya ters döndürme yöntemleriyle normal dağılımları sağlanarak parametrik testler kullanılabilir gibi non-parametrik testler de kullanılabilir (Büyüköztürk, 2011). Stres ölçeği puanları normal dağılım gösterdiğinden puanların gruplara göre

karşılaştırılmasında bağımsız iki örneklem t testinden; eğitim öncesi ve sonrası puanların karşılaştırılmasında eşleştirilmiş iki örneklem t testinden yararlanılmıştır. Analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 ( $p < 0,05$ ) olarak belirlenmiştir.

## 2.11. PSİKOEĞİTİMİN PROGRAMI

Psikoeğitim programı, literatür araştırmalar doğrultusunda ve 2011 de yayınlanan “Demanslı Hasta ve Bakımı ve Bakım Modelleri” eğitim çerçevesinde hazırlanmıştır (Akyar,2011). Psikoeğitim sözlü anlatım, görsel malzeme (eğitim kartları), soru-cevap ve geri bildirimler şeklinde devam edildi.

Tablo 2.1.Psikoeğitimin içeriği\*

| 1.Oturum: Afazi Nedir?   | 2. Oturum: Demans ve Bakım  |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Beyin fonksiyonlarını tanıma</li><li>• Afazi nedir ve belirtileri,</li><li>• Afazinin sebepleri,</li><li>• Afazinin sonuçları</li><li>• Afazinin Tedavisi</li><li>• Bakım verenin sorumlulukları</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Azaltılmış stres eşiği modelini tanıma</li><li>-Veri toplama ve bakım planı oluşturma süreci</li><li>-Fonksiyonelliği ve güvenliği sürdürme</li><li>-Saygınlığı koruma</li><li>-Anksiyeteden uzak tutma</li><li>-Hastayı dinleme</li><li>-Çevreyi düzenleme</li><li>• Öneriler ve soru-cevaplar</li></ul> |

\*(EK 4)

## 2.12. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırma yapılması için İstanbul Sağlık Müdürlüğü, Etik Kurul Başkanlığından 12.07.2018 tarihli toplantısından araştırma izni alınmıştır (EK 6).

Araştırma verilerinin toplanması için primer bakım veren kişilere araştırma hakkında “Bilgilendirilmiş Hasta Onam Formu” imzalatıldı. Kontrol grubuna ise, son test uygulandıktan sonra PE kitapçığı dağıtılmıştır. Araştırmaya, katılıp katılmama konusunda özgür oldukları, istedikleri zaman ayrılacakları “Özerkliğe Saygı” ilkesine ve hasta bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek “Gizli ve Gizlilik Korunması” ilkesi yerine getirilmiştir.

### **2.13. ARAŞTIRMANIN SINIRLIKLARI**

Bu araştırmada, ön testlerin psikoeğitim sona ermesinden 1 hafta sonra yapılması ve tekrar test uygulanmaması ve daha sonra bireylerin izlenmemesi araştırmanın sınırlıklarındandır.

Deney gurubuna uygulanmış olduğu PE, iki oturumdan oluşmaktadır. Oturum sayısının az tutulması araştırmanın sınırlıklarındandır

Araştırmada PE, primer bakım verenlere bireysel uygulanmıştır. Hastaların yatan hasta olmaları ve aklına takılan soruları gelip sorabilmeleri araştırmanın sınırlıklarındandır.

Araştırma, sadece İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yatarak tedavi gören hasta yakınlarına yapıldığından dolayı tüm evrene genellenemez. Örneklemin küçüklüğü, bu araştırmanın sonuçları katılan kişilerle genellenebilir.

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

#### 3.1. BETİMSSEL BULGULAR

Bu bölümde demografik ve betimsel bulgulara yer verilmiştir. Tablo 3.1’de hastaya bakım verenlerin demografik özelliklerine göre dağılımlarına ait frekans ve yüzde dağılımlarına yer verilmiştir.

**Tablo 3.1. Hastaya Bakım Veren Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

| Gruplar            | Kontrol (N=15)            |    | Eğitim (N=15) |    | Toplam (N=30) |    |      |
|--------------------|---------------------------|----|---------------|----|---------------|----|------|
|                    | n                         | %  | n             | %  | n             | %  |      |
| Cinsiyet           | Erkek                     | 5  | 33,3          | 3  | 20,0          | 8  | 26,7 |
|                    | Kadın                     | 10 | 66,7          | 12 | 80,0          | 22 | 73,3 |
| Medeni durum       | Evli                      | 11 | 73,3          | 12 | 80,0          | 23 | 76,7 |
|                    | Bekar                     | 4  | 26,7          | 3  | 20,0          | 7  | 23,3 |
| Yaş                | 25-35                     | 3  | 20,0          | 2  | 13,3          | 5  | 16,7 |
|                    | 35-55                     | 9  | 60,0          | 8  | 53,3          | 17 | 56,7 |
|                    | 55-75                     | 3  | 20,0          | 5  | 33,3          | 8  | 26,7 |
| Öğrenim düzeyi     | İlkokul                   | 9  | 60,0          | 8  | 53,3          | 17 | 56,7 |
|                    | Lise                      | 4  | 26,7          | 4  | 26,7          | 8  | 26,7 |
|                    | Üniversite                | 2  | 13,3          | 3  | 20,0          | 5  | 16,7 |
| Çalışma durumu     | Çalışıyor                 | 2  | 13,3          | 2  | 13,3          | 4  | 13,3 |
|                    | Çalışmıyor                | 13 | 86,7          | 13 | 86,7          | 26 | 86,7 |
| Aylık gelir durumu | Gelir giderden fazla/eşit | 10 | 66,7          | 7  | 46,7          | 17 | 56,7 |
|                    | Gelir giderden az         | 5  | 33,3          | 8  | 53,3          | 13 | 43,3 |
| Sosyal mülkiyet    | SSK                       | 11 | 73,3          | 8  | 53,3          | 19 | 63,3 |
|                    | Bağ-Kur                   | 1  | 6,7           | 2  | 13,3          | 3  | 10,0 |
|                    | Emekli Sandığı            | 1  | 6,7           | 2  | 13,3          | 3  | 10,0 |
|                    | Yeşil kart                | 1  | 6,7           | 2  | 13,3          | 3  | 10,0 |
|                    | Yok                       | 1  | 6,7           | 1  | 6,7           | 2  | 6,7  |
| Çocuk sayısı       | Yok                       | 4  | 26,7          | 2  | 13,3          | 6  | 20,0 |
|                    | 1-2 çocuk                 | 7  | 46,7          | 4  | 26,7          | 11 | 36,7 |
|                    | 3 ve daha fazla           | 4  | 26,7          | 9  | 60,0          | 13 | 43,3 |

Çalışmaya katılan hastaya bakım verenlerin (N=30) 15’i (%50) kontrol, 15’i (%50) eğitim grubundadır. Bakım verenlerin %26,7’si erkek, %73,3’ü kadındır. Bakım verenlerin %76,7’si evli, %23,3’ü bekindir. Bakım verenlerin %16,7’si 25-35 yaş, %56,7’si 35-55 yaş, %26,7’si 55-75 yaş arasındadır. Bakım verenlerin %56,7’si ilkokul, %26,7’si lise, %16,7’si üniversite düzeyinde öğrenim görmüştür. Bakım verenlerin %13,3’ü herhangi bir işte çalışmaktadır. Bakım

verenlerin %56,7'sinin geliri giderine eşit veya fazla, %43,3'ünün geliri giderinden azdır. Bakım verenlerin %63,3'ü SSK, %10'u Bağ-Kur, %10'u Emekli Sandığı, %10'u yeşil kart sosyal güvencesine sahip, %6,7'sinin sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Bakım verenlerin %20'sinin çocuğu yok, %36,7'si 1-2 çocuk, %43,3'ü 3 ve daha fazla çocuk sahibidir (Tablo.3.1).

Tablo 3.2'de hastaya bakım verenlerin bakım bilgilerine göre dağılımlarına ait frekans ve yüzde dağılımlarına yer verilmiştir.

**Tablo 3.2. Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Bilgilerine Göre Dağılımı**

|   | Cevaplar | Kontrol<br>(N=15) |      | Eğitim<br>(N=15) |      | Toplam<br>(N=30) |      |
|---|----------|-------------------|------|------------------|------|------------------|------|
|   |          | n                 | %    | n                | %    | n                | %    |
| Bakım verme süresi                                    | 0-6 ay   | 14                | 93,3 | 8                | 53,3 | 22               | 73,3 |
|   | 6-12 ay  | 1                 | 6,7  | 7                | 46,7 | 8                | 26,7 |
| Bakım konusunda yardım alma                           | Evet     | 11                | 73,3 | 11               | 73,3 | 22               | 73,3 |
|   | Hayır    | 4                 | 26,7 | 4                | 26,7 | 8                | 26,7 |
| Bakım verildiğinden beri psikolojik sorun             | Evet     | 7                 | 46,7 | 9                | 60,0 | 16               | 53,3 |
|   | Hayır    | 8                 | 53,3 | 6                | 40,0 | 14               | 46,7 |
| Bakım verildiğinden beri finansal sorun               | Evet     | 10                | 66,7 | 9                | 60,0 | 19               | 63,3 |
|   | Hayır    | 5                 | 33,3 | 6                | 40,0 | 11               | 36,7 |
| Bakım verildiğinden beri ev yaşantısında değişim      | Evet     | 10                | 66,7 | 12               | 80,0 | 22               | 73,3 |
|   | Hayır    | 5                 | 33,3 | 3                | 20,0 | 8                | 26,7 |
| Bakım verildiğinden beri aile içi ilişkilerde değişim | Evet     | 7                 | 46,7 | 6                | 40,0 | 13               | 43,3 |
|   | Hayır    | 8                 | 53,3 | 9                | 60,0 | 17               | 56,7 |

Bakım verenlerin %73,3'ü hastaya 6 ay ve daha az süredir, %26,7'si 6-12 ay süredir bakım vermektedir. Bakım verenlerin %73,3'ü bakım konusunda başka kişilerden yardım almaktadır. Bakım verenlerin %53,3'ü bakım vermeye başladığından beri psikolojik sorun, %63,3'ü finansal sorun yaşamıştır. Bakım verenlerin %73,3'ü bakım vermeye başladığından beri ev yaşantısında, %43,3'ü aile içi ilişkilerde değişim yaşamıştır (Tablo 3.2).

Tablo 3.3'te bakım verilen hastaların demografik özelliklerine göre dağılımlarına ait frekans ve yüzde dağılımlarına yer verilmiştir.

**Tablo 3.3. Bakım Verilen Hastaların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

|                | Gruplar         | Kontrol (N=15) |      | Eğitim (N=15) |      | Toplam (N=30) |      |
|----------------|-----------------|----------------|------|---------------|------|---------------|------|
|                |                 | n              | %    | n             | %    | n             | %    |
| Cinsiyet       | Erkek           | 10             | 66,7 | 12            | 80,0 | 22            | 73,3 |
|                | Kadın           | 5              | 33,3 | 3             | 20,0 | 8             | 26,7 |
| Medeni durum   | Evlü            | 9              | 60,0 | 13            | 86,7 | 22            | 73,3 |
|                | Bekar           | 6              | 40,0 | 2             | 13,3 | 8             | 26,7 |
| Yaş            | 25-35           | 1              | 6,7  | 2             | 13,3 | 3             | 10,0 |
|                | 35-55           | 4              | 26,7 | 4             | 26,7 | 8             | 26,7 |
|                | 55-75           | 10             | 66,7 | 9             | 60,0 | 19            | 63,3 |
| Öğrenim düzeyi | Okur-yazar      | 6              | 40,0 | 1             | 6,7  | 7             | 23,3 |
|                | İlkokul         | 6              | 40,0 | 8             | 53,3 | 14            | 46,7 |
|                | Lise            |                |      | 5             | 33,3 | 5             | 16,7 |
|                | Üniversite      | 3              | 20,0 | 1             | 6,7  | 4             | 13,3 |
| Sosyal güvence | SSK             | 12             | 80,0 | 11            | 73,3 | 23            | 76,7 |
|                | Yeşil kart      | 1              | 6,7  | 1             | 6,7  | 2             | 6,7  |
|                | Yok             | 2              | 13,3 | 3             | 20,0 | 5             | 16,7 |
| Çocuk sayısı   | Yok             | 1              | 6,7  | 1             | 6,7  | 2             | 6,7  |
|                | 1-2 çocuk       | 8              | 53,3 | 11            | 73,3 | 19            | 63,3 |
|                | 3 ve daha fazla | 6              | 40,0 | 3             | 20,0 | 9             | 30,0 |

Bakım alan hastaların %73,3'ü erkek, %26,7'si kadındır. Bakım alan hastaların %73,3'ü evli, %26,7'si bekadır. Bakım alan hastaların %10'u 25-35 yaş, %26,7'si 35-55 yaş, %63,3'ü 55-75 yaş arasındadır. Bakım alan hastaların %23,3'ü okur-yazar, %46,7'si ilkokul, %16,7'si lise, %13,3'ü üniversite düzeyinde öğrenim görmüştür. Bakım alan hastaların %76,7'si SSK, %6,7'si yeşil kart sosyal güvencesine sahip, %16,7'sinin sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Bakım verenlerin %6,7'sinin çocuğu yok, %63,3'ü 1-2 çocuk, %30'u 3 ve daha fazla çocuk sahibidir (Tablo 3.3).

Tablo 3.4'te bakım verilen hastanın hastalık bilgilerine göre dağılımlarına ait frekans ve yüzde dağılımlarına yer verilmiştir.

**Tablo 3.4. Bakım Verilen Hastanın Hastalık Bilgilerine Göre Dağılımı**

|                                |               | Kontrol<br>(N=15) |      | Eğitim<br>(N=15) |      | Toplam<br>(N=30) |      |
|--------------------------------|---------------|-------------------|------|------------------|------|------------------|------|
|                                |               | n                 | %    | n                | %    | n                | %    |
| Afazi tipi                     | Broka         | 4                 | 26,7 | 7                | 46,7 | 11               | 36,7 |
|                                | Wernicke      | 2                 | 13,3 | 1                | 6,7  | 3                | 10,0 |
|                                | Global        | 4                 | 26,1 | 3                | 20,0 | 7                | 23,3 |
|                                | Transkortikal | 1                 | 6,7  | 1                | 6,7  | 2                | 6,7  |
|                                | Diğer         | 4                 | 26,7 | 3                | 20,0 | 7                | 23,3 |
| Hastalık evresi                | ilk 6 ay      | 13                | 86,7 | 9                | 60,0 | 22               | 73,3 |
|                                | 6 ay sonrası  | 2                 | 13,3 | 6                | 40,0 | 8                | 26,7 |
| Hastalıktanı zamanı            | ilk 3 ay      | 11                | 73,3 | 13               | 86,7 | 24               | 80,0 |
|                                | 3 ay sonrası  | 4                 | 2,7  | 2                | 13,3 | 6                | 20,0 |
| Tedaviye ne zaman<br>başlandı? | ilk 3 ay      | 11                | 73,3 | 12               | 80,0 | 23               | 76,7 |
|                                | 3 aysonrası   | 4                 | 2,7  | 3                | 20,0 | 7                | 23,3 |

Bakım alan hastaların %36,7'sinin afazi tipi broka, %10'unun wernicke, %23,3'ünün global, %6,7'sinin transkortikal, %23,3'ünün diğer afazi tipidir. Bakım alan hastaların %73,3'ünün hastalık evresi ilk 6 ay, %26,7'sinin hastalık evresi 6 ay ve sonrasıdır. Bakım alan hastaların %80'inin tanısı ilk 3 ayda, %20'sinin 3-6 ayda konulmuştur. Bakım alan hastaların %76,7'sinin tedavisine ilk 3 ayda, %23,3'ünün tedavisine 3-6 ayda başlanmıştır (Tablo 3.4).

### 3.2. STRES PUANLARININ GRUPLARA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASINA AİT BULGULAR

Tablo 3.5'te eğitim öncesi stres puanlarının gruplara göre karşılaştırılmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 3.5. Eğitim Öncesi Stres Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

| Ölçüm<br>Zamanı | Gruplar | N  | $\bar{X}$ | SS   | t    | p    |
|-----------------|---------|----|-----------|------|------|------|
| Eğitim Öncesi   | Kontrol | 15 | 8,00      | 2,53 | 0,08 | 0,94 |
|                 | Eğitim  | 15 | 7,93      | 2,91 |      |      |

Eğitim öncesi her iki grubun stres puanına göre stres düzeyleri yüksektir (>7) (Tablo 3.5).

Eğitim öncesi kontrol grubu stres puan ortalaması  $8,00 \pm 2,53$ ; eğitim verilen grubun stres puan ortalaması  $7,93 \pm 2,91$  olarak tespit edilmiş olup kontrol ve eğitim

gruplarının eğitim öncesi stres puanları arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 3.5).

Tablo 3.6'da eğitim sonrası stres puanlarının gruplara göre karşılaştırılmasına ait bağımsız iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 3.6. Eğitim Sonrası Stres Puanlarının Gruplara Göre Karşılaştırılmasına Ait Bağımsız İki Örneklem t Testi Sonuçları**

| Ölçüm<br>Zamanı | Gruplar | N  | $\bar{X}$ | SS   | t    | p           |
|-----------------|---------|----|-----------|------|------|-------------|
|                 |         |    |           |      |      |             |
| Eğitim          | Kontrol | 15 | 7,73      | 2,63 | 2,44 | <b>0,02</b> |
| Sonrası         | Eğitim  | 15 | 5,60      | 2,13 |      |             |

Eğitim sonrası stres puanlarına göre kontrol grubunun stres düzeyi yüksek ( $>7$ ); eğitim verilen grubun stres düzeyinin düşük ( $<7$ ) olduğu tespit edilmiştir (Tablo 3.6).

Eğitim sonrası kontrol grubu stres puan ortalamaları arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $t=2,44$ ;  $p<0,05$ ). Eğitim verilen grubun eğitim sonrası stres puanı ( $5,60\pm 2,13$ ), eğitim verilmeyen kontrol grubunun stres puanından ( $5,60\pm 2,13$ ) anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 3.6).

### 3.3.EĞİTİM ÖNCESİ VE SONRASI STRES PUANLARININ KARŞILAŞTIRILMASINA AİT BULGULAR

Tablo 3.7'de kontrol grubunun eğitim öncesi ve sonrası stres puanlarının karşılaştırılmasına eşleştirilmiş iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 3.7. Kontrol Grubunun Eğitim Öncesi ve Sonrası Stres Puanlarının Karşılaştırılmasına Ait Eşleştirilmiş İki Örneklem t Testi Sonuçları**

| Grup    | Ölçüm<br>Zamanı | N  | $\bar{X}$ | SS   | t    | p    |
|---------|-----------------|----|-----------|------|------|------|
|         |                 |    |           |      |      |      |
| Kontrol | Eğitim öncesi   | 15 | 8,00      | 2,53 | 0,52 | 0,61 |
|         | Eğitim sonrası  | 15 | 7,73      | 2,63 |      |      |

Kontrol grubu bakım verenlerin eğitim öncesi ve sonrası stres puanları arasında anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 3.7).

Tablo 3.8'de eğitim verilen grubun eğitim öncesi ve sonrası stres puanlarının karşılaştırılmasına eşleştirilmiş iki örneklem t testi sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 3.8. Eğitim Verilen Grubun Eğitim Öncesi ve Sonrası Stres Puanlarının Karşılaştırılmasına Ait Eşleştirilmiş İki Örneklem t Testi Sonuçları**

| Grup           | Ölçüm Zamanı   | N  | $\bar{x}$ | SS   | t    | p            |
|----------------|----------------|----|-----------|------|------|--------------|
| Eğitim Verilen | Eğitim öncesi  | 15 | 7,93      | 2,91 | 3,29 | <b>0,005</b> |
|                | Eğitim sonrası | 15 | 5,60      | 2,13 |      |              |

Eğitim verilen bakım verenlerin eğitim öncesi ve sonrası stres puanları arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir ( $t=3,29$ ;  $p<0,05$ ). Eğitim verilen grubun eğitim sonrası stres puanı ( $5,60\pm 2,13$ ), eğitim öncesi stres puanından ( $7,93\pm 2,91$ ) anlamlı düzeyde daha düşüktür (Tablo 3.8). Diğer bir ifadeyle hastaya bakım verenlere uygulanan psiko-eğitimin bakım verenlerin stresini anlamlı düzeyde azalttığı bulguları elde edilmiştir.

## 4. BÖLÜM

### TARTIŞMA

Tartışma kısmı, üç alt bölümden oluşmaktadır. İlk alt bölümde, primer bakım verenlerin ve hastaların demografik özellikleri; ikinci alt bölümde, eğitim öncesi stres puanların gruplara göre karşılaştırması, son olarak da eğitim sonrası grupların karşılaştırılması olarak yer almaktadır.

Bu araştırma 32 afazi hasta ile gerçekleştirilmiştir. Ancak, bazı aksaklıklar sebebi ile araştırmamızı 30 kişi ile tamamladık. Yaptığımız çalışmamızda elde edilen sonuçlar doğrultusunda, temel hipotezlerimiz ile araştırılan makaleler tartışılmış ve yorumlar sunulmuştur.

#### 4.1. PRİMER BAKIM VERENLERİN VE HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Afazi sendromu, görülme sıklığı belirsiz olması ve cinsiyet açısından farklılık olmadığı belirtmiştik. Toplumun her kesiminden ve her yaşta görülebilen biyopsikososyal açılarından kişinin hayat kalitesini etkilemektedir (Armağan,2011; Oğuz,2016). Hayat kalitesi etkilemesi sebebi ile toplumsal ve ekonomik sorunlar oluşturmaktadır. Ayrıca afazi, aile destekli bir tedavi olması sebebi ile ailenin demografik bilgileri, yaşamsal kaliteyi göstermektedir (Çapan, 2016). Ailenin tedavi ve sürecin hakkında bilgi edinmesi önem arz etmektedir.

Araştırma çerçevesinde primer bakım verenlerin çoğunluğunu kadınlar (%73,3) oluşturmaktadır. Çalışmamızın bu yönüyle sonuçlanması birçok araştırmalarla desteklenmektedir. Gün'ün (2017) çalışmasında primer bakım verenlerin kadınların oranı %52 olarak bulunmuştur. Ayrıca Cheng ve arkadaşların (2014), yaptığı çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olduğunu tespit etmişlerdir. Buda bize gösteriyor ki; kadınların toplum içinde bakım konusunda erkeklere göre daha fazla görev üstlenmektedir. Bakım verme görevinin kadına ait olduğu ortaya çıkmıştır. Bakım verenlerin yaş aralığının 35-55 (%56,7) çıkması, diğer araştırmalar ile benzerlik göstermektedir (Tablo 3.1)

Çalışmamıza baktığımız zaman primer bakım verenlerin eğitim düzeyi (%56,7) ilkokul düzey olarak saptanmıştır. Araştırmalar gösteriyor ki; bakım verenlerin eğitim düzeyleri düştükçe bakım verdikleri süre içerisinde, algılanan bakım yükü ve stresi artırdığı ortaya çıkmaktadır (Yıldırım ve Ark,2013). Bakım verenlerin eğitim düzeyi yükseldikçe bakım yüklerinin az hissedildiği, iletişim ve stres yönetiminde yaşam becerilerine sahip olma olasılığı görülmektedir.

Bakım veren kişilerin çoğunluğunun kadın olması (%73,3), çalışmıyor olması (%86,7) ve hastanın yaşı (55-75) çalışmamızın demografik özellikleri arasındadır. Bu özellik bakım süreci içerisinde algılanan strese etkisi olduğuna dair çalışmalar vardır. Yaş aldıkça stres ile baş etme azalmaktadır. Çalışmalarda, 55 yaş üstü bakım verenlerin bakım yükünü diğer yaş gruplarına göre daha fazla hissetmektedirler (Yıldırım ve Ark.,2013).

Taniyi öğrendikten sonraki süreç, hastanın bakımını üstlenen kişinin belirlenmesinde önemli süreçtir. Bakımını üstlenen kişi yani; primer bakım veren düzeni ve düzenin işleyişinde sorumluluğa sahiptir. Aynı zamanda, primer bakım verenlerin hem fiziksel hem duygusal yönden değişiklikleri de beraberinde getirmektedir. Çalışmamızda bakım verenlerin çoğunluğun (%53,3) psikolojik sorunlar yaşamaması buna kanıttır. Başka bir çalışmada; alzheimer hastalarına bakım verenlerde depresyon, anksiyete ve yüksek tansiyon gibi strese bağlı bozukluklar rastlanmıştır (Atagün ve ark.,2011). Yapılan önceki çalışmalar, araştırmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir (Tuna & Olgun,2010; Dökmen 2012). Sonuçlar bize hasta, yaşlı, engelli kişiler yakınları tarafından bakım verilmesi, psikolojik rahatsızlık yaşamalarının yüksek ihtimal olduğunu söylemektedir (Tablo 3.2).

Araştırmamızdaki popülasyonun %43,3'ün maddi durum açısından gelirin giderden az olması, bakım sürecinde finansal sorun yaşamaması (%63,3) ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Stres; yaşam seviyesinin sosyo-ekonomik düzeyi ile ilişkili olduğu ilgili birçok çalışmalar vardır (Dökmen,2012). Ayrıca, bakım sürecinde aile içi ilişkilerde değişim yaşamaması (%56,7) bunun yaş ortalaması (55-75) ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Toplum olarak yaş ortama, Türkiye şartlarında emekli yaşına denk gelmesi ve kişilerin emekli hayatını çift olarak yürütüldüğü dönemdir. Değişim yaşamamaları bu özellikle ilişkilidir.

Afazi hastaların sosyo-demografik özellikler incelendiğinde %73,7'nin erkek olduğunu belirtmiştik. Literatürleri incelediğimizde erkeklerde inme insidansının kadınlara oranla daha fazla olduğunu göstermektedir. İnmeli hastaların %63,0 oranında bir payın erkeklerden oluşmaktadır. Farklı bir çalışmada ise oran %60,0 oran olarak değişmektedir (Tuna & Olgun, 2010). Buda bize gösteriyor ki, çalışmamız ilgili literatürler ile aynı sonuçları ortaya çıkarmıştır. İnmenin cinsiyete göre farklılıkların olmasının sebebi; kadınlarda, hormonal değişiklikler gösteren gebelik ve menopoz gibi dönemlerin primer ve sekonder koruma tedbirleri almasıdır (Benbir ve İnce, 2013).

İnme sonrası oluşan dil ve konuşma bozukluğu sendromu afazidir. Yapılan çalışmalar inmeden sonra afazinin gelişme sıklığı %33-52 arasında değişerek kendini göstermektedir (Atamaz, 2007).

#### **4.2.EĞİTİM ÖNCESİ STRES PUANLARIN GRUPLARA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI**

Eğitime başlamadan önce eğitim (7.93) ve kontrol (8.00) grupların arasındaki stres düzeyleri aynı olduğu saptanmıştır. Bu sebeple eğitimin sonunda eğitimin stres düzeyi üzerinde eğitimin etkinliğini değerlendirmek mümkün olmuştur. Ayrıca katılımcıların demografik özelliklerin yakın benzerliklerin olması, bakım verenlerin eğitim durumları stres düzeyinde etkinliğinin ortaya çıkmasında yardımcı faktörlerdir. Bunlar eğitim düzeyi, yaş, sosyal güvence ve medeni durumlarıdır.

#### **4.3 EĞİTİM SONRASI STRES PUANLARIN GRUPLARA GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI**

Eğitim sonrasında kontrol ve eğitim grupları karşılaştırıldığı zaman, eğitim grubun stres puanı (5.60) ile kontrol grubun stres puanı (7,93) arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu bize gösteriyor ki, PE stres puanlarını etkilediğini yani; eğitim sonrası primer bakım verenlerin stres puanların düşüşünde etki göstermektedir. Afazi ve PE ile ilgili kısıtlı çalışmalar olması sebebi ile benzer kaynaklara bakılmıştır. Avcı (2016) inmeli hastalar ile yaptığı çalışmada, aileyi güçlendirmeye yönelik girişimlerin, stres üzerinde büyük oranda etkin bulunmuştur.

Çalışmamızı destekleyici benzer çalışmaya göre PE, inme geçiren hasta ve bakım verenler ile yapılmış. PE' min bakım verenlerin stresi üzerinde anlamlı düzeyde

etki yaptığı bulunmuştur (Cheng et al.,2013). Araştırmamız ile aynı nitelikte olan diğer çalışmada benzer sonuçlar elde edilmiştir. Afazi hastalar ve bakım verenler ile yapılmış PE'min bakım verenin stres üzerinde küçük bir etki olduğu görülmüştür (Draper et al.,2007).

Farklı özelliğe sahip hastalıklar ile yapılan çalışma, benzer sonuçlar ile araştırmamızı desteklemektedir. Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı alan bireyler iki gruba ayrılır. İlaç tedavisi ve (iç görü içerikli) PE alan grup ile sadece ilaç tedavisi alan grup arasında karşılaştırma yapıldığı zaman, tedaviden yararlanma açısından anlamlı fark olduğu tespit edilmiştir. Sonuç olarak kişinin tedaviye uyumu kolaylaşarak, tedaviden olumlu yanıt sağlanmıştır (Gezgin vd.,2010).

Çalışmamıza ek olarak, kanser tanısı almış kişilerin, bakım verenleri ile yapılan PE 'min etkinliği ve kanser hastalarına karşı tutumun davranışsal değişikliği görülmüştür (Uğur ve Fadiloğlu, 2012).

## SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Araştırmada, inme sonrası oluşan dil ve konuşma bozukluğu olan (afazik) bireylerin iletişim zorluklarına bağlı bakım verenlerdeki yaşanan stresi incelemektedir. İnme sonrasında dil bozukluğu oluşan bireyin yaşadığı stres, çevresindeki insanlar üzerinde de gözlenmektedir. Tez, yaşanan stresi psikoeğitim destek ile en aza indirmeyi hedeflemektedir.

### Sonuçlar:

- 1- Araştırma sonucunda, afazik hastanın tedavi sürecinde yakın bakım verenlere verilen eğitim grubu ile (eğitim verilmeyen) kontrol grubu arasında fark bulunmuştur. Eğitim grubunda, PE etkinliği görülmüştür.
- 2- İnme insedansın erkeklerin kadınlara göre daha yüksek çıkmıştır.
- 3- Araştırma sonucunda, demografik değişkenlere göre bakım veren grubun daha çok kadın olması dikkat çekmiştir.
- 4- Demografik özelliklerdeki eğitim düzeyinin düşük olması, PE etkinliğini artırmasında önemli bir etken olduğu görülmüştür.

### Öneriler:

- 1- Araştırma sadece İstanbul Fizik Tedavi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulanmıştır. Devlet hastaneğinde yapılmış olması gelir düzeyi ve eğitim düzeyi düşük bireylere yapılmıştır. Bu araştırma, farklı gelir ve eğitim düzeyine sahip bireylerde uygulanması farklı sonuç verebilir.
- 2- PE oturum sayısı artırılabilir.
- 3- PE ile beraber bakım verenlere, stres ile baş etmeleri için ev ziyaretleri, telefon ile danışmanlık ve bunlar gibi sosyal destek artırılarak farklı sonuçlara ulaşılabilir.
- 4- Belirli bir süre terapi alan afazik bireyler ile terapi almayan afazik bireylerin bakım verenlerine PE verilerek, terapinin stres üzerinde etkililiği araştırılabilir.

## KAYNAKLAR

Akyar, İ., (2011), "Demanslı Hasta Bakımı ve Bakım Modelleri", *Sağlık bilimleri Fakültesi-Hemşirelik Dergisi*, 79-88

Ardila, A., *Aphasia Handbook*. Florida: Florida International University. 2004

Armağan, O. (2011)., "İnme sonrası afazi ve Yaşam Kalitesi", *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi* 89-94

Atagün, M., Balaban, Ö., Atagün, Z., Elagöz M., ve Özpolat A. (2011); "Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*"; (3)3: 513-552

Atamaz, F., (2007). "İnmede Konuşma Bozuklukları ve Rehabilitasyonu" *Türk Fiz tıp Rehab Derg*; 53 özel sayı 1:11-15

Aydın B. ve İmamoğlu S. (2001). Stresle Başa Çıkma Becerisi Geliştirmeye Yönelik Grup Çalışması, *M.Ü. Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi* (14), 41-52.

Balcıoğlu, İ., (2005). "Stres Kavramı ve Tarihsel Gelişimi" *İ.U. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, (47); 09-12

Benbir G. ve İnce B. (2013). "İnme ve Kadın" *Türk beyin ve Damar Hastalıkları Dergisi* ;19 (3):84-87

Budak S., *Psikolojik Sözlüğü* Ankara, 2003, *Bilim ve Sanat Yayınları*; 432

Büyüköztürk, Ş., *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı-İstatistik Araştırma Deseni, Spss uygulamaları ve Yorum (15.Baskı)*. Ankara, 2011, *Pagem Akademi*

Çapan, B.E., (2016). "Yaşlı ile Birlikte Yaşamak: Stres ve Başa Çıkma" *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (YSAD)*; (9):33-47

Cheng, H. Y., Chair S.Y., and Pak. J., (2013). "The Effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: A systematic review and meta-analysis".

Chemerinski, E., and Levine, S. R., (2006). "Neuropsychiatric disorders following vascular brain injury. *Vascular Brain Injury*" 73(7), 1006–1014.

- Chow K., Wong F. K. and Poon C Y., (2007), "Coping and caring: support for family caregivers of stroke survivors *JClinNurs*" 16:133–43.
- Cüceloğlu, D., İnsan ve Davranışı, Psikolojinin Temel Kavramları, *Remzi kitapevi* 15.basım, 2006, 321- 324
- Dilbaz, N. (2001). "Akut İnme Sonrası Gelişen Patofizyolojik ve Nöropsikiyatrik Sonuçlar" *Klinik Psikiyatri* (4):166-174.
- Dökmen, Z.Y., (2012); "Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler", *Ankara Sosyal Bilimler Enstitüsü dergisi*.
- Draper, B., Braering, G., Thompson C., Heyst V. J., Conroy P. and Thompson (2007); "Stress in caregiver of aphasic stroke patients: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*" (21);122-130
- Daele, T., Hermans, D., Audenhove C.V., and Bergh O.V., (2011). "Stress reduction through psychoeducation: a meta-analytic review, *Katholieke Universiteit Leuven, Belgium* "
- Erdem, M., (2005), "Yaşlıya Bakım Verme, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*" sayı:3 101-106
- Erdoğan T., Ünsar Y., ve Süt D., (2009). "Stresin Çalışanlar Üzerinde Etkileri: Bir Araştırma" *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisat ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*,14 (2), 447-461
- Gürçay S., Çekici F., ve Çolakkadioğlu O.,(2009). "Psiko-eğitim Gruplarının Yapılandırılması ve Genel İlkeleri ", *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi; sayı, 1*
- Gümüş F., ve Buzlu S., (2018). "Bipolar Bozulukta Psikoeğitim, Florence Nightingale *Hemşirelik Dergisi*" 26(2):131-139.
- Gün S. İnmeli Hastalara Bakım Verici Yakınlarının Tükenmişlik ve Stresle baş etme durumlarının değerlendirilmesi On dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü , Yüksek Lisans Tezi, 2017 Samsun (Yrd.Doc. Dr. Birsen Altay)

Gezgin, H., Çam, O., ve Karademir M., (2010). "Yaygın Anksiyete Bozukluğu Tanılı Bireylere Verilen Psikoeğitimin Tedavisindeki Etkinliğinin İncelenmesi", *Klinik psikiyatri*, 13; 65-76

Hafsteinsdo'ttir T., Vergunst M., Lindeman E., and Schuurmans M., (2011), "Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: *A systematic review of the literature*" *Patient Education and Counseling* 85 , 14–25

İnci, F.H., ve Erdem, M., (2008). "Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği" *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11: 4

İnci, F.H., (2006). "Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği" *Pamukkale üniversitesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Sağlık BilimleriEnstitüsü*.

Karaaslan, A., (2013). "Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yüğü ve algıladıkları sosyal destek düzeyi" *Ankara Üniversitesi, sağlık bilimler enstitüsü*,

Kargin, T., (1993)." AFAZİ" *özel eğitim dergisi*, 1(3), 18-22

Koeske, G. F., Kirk, S. A., & Koeske, R. D. (1993). Coping with Job Stress: Which Strategies Work best? *Journal of Occupational & Organizational Psychology*, 66, 319-335.

Memiş S., ve Tülek Z., (2004). "İnmeli hastalarda görülen konuşma bozukluklarında hemşirenin rolü" *C.Ü. Hemşirelik yüksek okulu dergisi*, 8(1)

Oğuz,Ö., (2016). "Afazi Bireylerini Yaşam Kalitesi Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" *Anadolu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü*

Öktem Ö., Bahar Z. S., ve Aktin E., (2009). "Sinir Sistemi Semiyoloji" *Ders notları*.

Özer S. (2010). "Demanslı Hasta ve Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi" *Turkish Journal of Geriatrics*;(13),3,27-35.

Tanrıdağ, O., Afazi, Ankara: Gata Basımevi,1991

Tanrıdağ, O., Temel Beyin Bilgisine ve Nöro-davranışsal Sendromlara Giriş; *Nobel Tıp Kitapevleri*,2013

Topbaş, S., ve Maviş İ., Afazi - Apraksi – Dizatri : Dil ve Konuşma Terapisi Alıştırma Kitabı; Detay Yayıncılık, 2007

Tuna M., ve Olgun N., (2010), “İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görölen Tükenmişlik Durumunda Algılanan Sosyal Desteğin Rolü” *Sağlık Bilimleri Faköltehi Hemşirelik Dergisi* 41-52

Türkmen,S.N. ve Çam M.O.,(2012).”Miyokart Enfarktüsü Geçirmiş Hastalarda Psikoeğitimin Psikososyal uyum üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi” *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*; 3 (3):105-115

Türk Dil Kurumu (tdk). [http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_gts&kelime=BAKIM](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=BAKIM) (Erişim tarihi,15.12.2018).

Uğur Ö.,ve Fadiloglu Z., (2012). “Kanserli Hastasına Bakım Verenlere uygulanan planlı eğitimin bakım veren yükü üzerinde etkisi”, *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*

Uğur Ö., (2006). “Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi”, *Ege üniversitesi; Sağlık Bilimler Enstitüsü*

Yılmaz E.B., ve Ata E.E., (2017). “Nörolojik Hastalığı Olan Bireylerin Bakım Vericilerinin Bakım Veren Yükü ile Stresle Başa Çıkma Biçimleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*;8(3): 145-149

Yıldırım, S., Engin E., ve Başkaya V.A., (2013). ”İnmeli Hastalara Bakım verenlerin Yükü ve Yükü Etkileyen Faktörler”; *Nöropsikiyatri Arşivi*; 50 (164-174)

Yıldırım İ.(1991). “Stres ile Başa Çıkma Gevşeme Teknikleri”; *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Faköltehi Dergisi* (6); 175-189

Yurtsever, Ü., Kutlar T., Tarlacı N., Kamberyan K. ve Yaman M., (2001). “Ruh Hastalıkları Tedavisinde Psikososyal Bir Boyut: Psikoeğitimsel Bir Model” *Düşünen Adam*;14(1):33-40

## EKLER

### EK 1: Sosyodemografik Veri Form

#### HASTAYA BAKIM VERENİN TANITIM FORMU

Adı Soyadı:

Anket No:

1.Kaç yaşındasınız?.

a)18-25                      b) 25- 35                      c) 35-55                      d) 55-75

2.Cinsiyet:

a.Erkek                      b.Kadın

3.Hasta ile olan yakınlık dereceniz:.....

a.Anne/Baba                      b. Kızı/Oğlu c.Eşi

d.Kardeş                      e.Diğer:.....

4.Medeni Durumunuz nedir?

a.Evli                      b.Bekar                      c.Dul                      d.Boşanmış                      e.Ayrı yaşıyor

5. Kaç çocuğunuz var?

a.Çocuk yok                      b.1-2                      c.3-4                      d.5-6                      e.7 ve üzeri

6.Eğitim durumunuz nedir?

a.Okur yazar değil                      b.Okur yazar                      c.İlkokul.                      d.Lise                      e.Üniversite

7.Mesleğiniz nedir? .....

8. Sosyal Güvenceniz nedir?

a. SSK                      b. Bağ-kur                      c. Emekli sandığı.                      d. Yeşil kart

e. Özel sigorta                      f.Sosyal güvence yok

9. Çalışma durumunuz nedir ?

a.Tam gün                      b.Yarım gün                      c.Çalışmıyor

10. Gelir düzeyiniz ne kadardır ?

a. Gelir gidere eşit                      b. Gelir giderden fazla                      c. Gelir giderden az

11. Bakmakla yükümlü olduğunuz

kişi/kişiler var mı? a. Evet                      b. Hayır

12. Cevabınız "Evet" ise kimlere bakıyorsunuz?.....

13. Hastanıza hastalığı nedeniyle ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?

a. 6 ay altı                      b. 6 -12 ay                      c. 13 -24 ay. d. 25-36 ay

14. Bakım konusunda yardım aldığınız kişi/kişiler var mı?

a. Evet                      b. Hayır

15. Cevabınız "Evet" ise kimlerden yardım alıyorsunuz?

.....

16. Hastaya bakım verdiğinizden beri psikolojik sorunlar yaşadınız mı?

a. Evet                      b. Hayır

17. Hastaya bakım verdiğinizden beri *finansal sorunlar* yaşıyor musunuz ?

a. Evet                      b. Hayır

18. Cevabınız "Evet" ise açıklayınız?

.....

18. Hastaya bakım verdiğinizden beri *ev yaşantınızda* değişim oldu mu?

a. Evet                      b. Hayır

19. Cevabınız "Evet" ise ev yaşantınızda olan değişimleri açıklayınız?

.....

20. Hastaya bakım verdiğinizden beri *aile içi ilişkilerinizde* değişim yaşıyor musunuz?

a. Evet                      b. Hayır

21. Cevabınız "Evet" ise aile içi ilişkilerinizde olan değişimi açıklayınız?

.....

## EK 2: Sosyodemografik Veri Formu

### Bakım Verilen Hastanın Tanıtım Formu

1-Hastanın Adı- Soyadı :

Anket No:

2. Cinsiyeti

a. Erkek      b. Kadın

3. Eğitim durumu

a.Okur yazar değil      b.Okur yazar c.İlkokul.

d.Lise      e.Üniversite      f. Diğer

4. Çalışma durumunuz

a.Çalışıyor      b.Emekli      c.Çalışmıyor      d. Ev Hanımı

5. Medeni Durum

a.Evli      b.Bekar      c.Dul      d.Boşanmış      e.Ayrı yaşıyor

6. Çocuk Sayısı

a.Çocuk yok      b.1-2 c.3-4      d.5-6      e.7 ve üzeri

7. Sosyal güvencesi

a.SGK      b. Yeşil kart      c. Özel sigorta.      d.Sosyal güvence yok

8. afazi tipi:

a)Broka.      b) wernica      c) global      d)transkortikal      e) diğer

9. Hastalığın Evresi

a) ilk 6 ay      B) 6 ay sonrası

10. Hastalığın tanısı ne zaman kondu ?

a) ilk 3 ay      b) 3-6 ay      c) 6-9 ay      d) 9-12 ay

**11.** Tedaviye ne zaman başladınız?

- a) ilk 3 ay      b) 3-6 ay      c) 6-9 ay      d) 9-12 ay



### EK 3: Stres Ölçeği

#### BAKIM VERENİN STRES ÖLÇEĞİ

Evet:1 Hayır:0

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>1. Uykum bölünüyor (örn:yatıyor, kalkıyor yada gece dolaşıyor)</b>  |  |  |
| <b>2. Bu uygun bir iş değil</b> (örn: yardım çok zaman alıyor yada yardım etmek için arabayla uzun bir yol gitmek gerekiyor)                                     |  |  |
| <b>3. İş,fiziksel bir zorluk gerektiriyor</b> (hastanın sandalyesine oturulması, sandalyeden kaldırılması, yada çaba ve dikkat gerektirmesi gibi)                |  |  |
| <b>4. İş, beni sınırlıyor</b> (Örn:Hastaya yardım etmek boş zamanımı sınırlandırıyor ya da arkadaşlarımı ziyaret edemiyorum)                                     |  |  |
| <b>5. Aile yaşantımda değişiklikler oldu</b> (Örn: Bakım veriyorum, düzenim bozuldu,hiçbir mahremiyetim kalmadı...)  |  |  |
| <b>6. Kişisel planlarımda değişiklikler oldu</b> (Örn: Bir işi geri çevirmek zorunda kaldım,tatile çıkamadım)  |  |  |
| <b>7. Çalışma süremde başka istekler oldu</b> (Örn:Diğer aile bireylerinden gelen istekler...)   |  |  |
| <b>8. Duygusal yönden değişiklikler oldu</b> (Örn: Şiddetli münakaşlar...)   |  |  |
| <b>9. Hastanın bazı davranışları can sıkıcı</b> (Örn:İdrar yada gaitasını tutamama, bazı şeyleri hatırlayamama , ya da başkalarını eşyalarını almakla suçlaması) |  |  |
| <b>10.Hastanın önceki halinden çok değiştiğini görmek can sıkıcı bir durum</b> (Örn:Öncekinden farklı birisi..)  |  |  |
| <b>11. İşimle ilgili düzenlemeler oldu</b> (Örn:İzin almak zorunda kaldığım için)  |  |  |
| <b>12. İş, mali yönden stres getiriyor</b>   |  |  |
| <b>13. İş yükü altında tamamen ezildiğimi hissediyorum</b> (..konusunda kaygılıyım,bakım konusunda endişelerim var)  |  |  |

**Toplam puan:** Evet cevaplarını sayınız. Her evet cevabı için o alanda bir müdahale duyulan ihtiyacı gösterir.7 yada daha yüksek bir puan, yüksek stres düzeyini gösterir.

## EK 4: Psikoeğitim yönergesi

### 1.OTURUM (. 20-25. dk )

#### Oturumun amacı:

Birinci oturumun amacı, katılımcılar ile tanışmak ve kişinin hastalıkları hakkında desteği olduğunun farkında olmak. Aynı zamanda aile içi belirsizlikleri gidererek bunlar üzerinde çalışmayı amaçlamaktadır.

#### Kazanımlar:

Katılımcılar ile tanışmak ve hastalığı hakkında belirsizliği gidermek.Aile nasıl bir sendromla mücadele edeceğini fark eder.

**Kaynak, araç ve gereçler:** “Kişisel Bilgi Formu” ve “Bakım Yüğü Stres Ölçeği”, Kalem, not defteri.

#### Süreç:

1. Eğitimci kendini tanıtır.
2. Eğitimin programın içeriği ve sürecin nasıl ilerleyeceği ayrıntılı anlatılır.
3. Katılımcılara “ Bakım Yüğü Stres Ölçeği” uygulanılır.
4. Katılımcıları daha iyi tanımak için “Kişisel Bilgi Formu” uygulanılır.
5. Katılımcılardan hastalığın ne zaman başladığı hakkından bilgi alınarak hastalığın kişide yarattığı belirsizliği gidermek için “afazi” çatısı altında temel bilgiler verilir.
6. Eğitimci, oturumu sonlandırır.

## 2.OTURUM (. 20-25. dk )

### Oturumun amacı:

ikinci oturumun amacı, katılımcılar ile yaşadığı sorunlar hakkında bilgi edinmek ve kişinin bakım verdiği süre içerisinde stresi azaltmak.

### Kazanımlar:

Katılımcıların sorunlarına yardımcı olup hastalığı hakkında belirsizliği gidermek.

Problemi ortaya çıkarıp algılanan stresi azaltmak.

**Kaynak, araç ve gereçler :** “ Bakım Yüğü Stres Ölçeğı” .

### Süreç:

1. Eğitimi ile kısa bir sohbet yapılır.
2. Katılımcılara Azaltılmış stres eşığı modelini tanıtılır.
3. Katılımcının sorularına göre stres modeli açıklanmaya çalışılır.
4. Eğitimi oturumu sonlandırır.

## EK: 5 : Onam formu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FARMU

Sayın katılımcılar,;

Bu araştırmacının amacı; “afazi hastalar ile yakın bakıcı arasındaki iletişim, sorumluluk ve stres üzerinde psikoeğitim etkisini” incelemektir. Afazi tanısı almış bireylerin bakım gereksinimleri önemli ölçüde aile bireyleri tarafından karşılanmaktadır. Hastaların hastalıklarına ve tedavilerine bağlı olarak yaşadıkları yan etkiler ve duygusal sıkıntılar, aile bireylerinde zaman zaman güçlük yaratabilmektedir. Bu çalışmayı hastamıza bakım vermede yaşanan stresi azaltmak amacı ile yapıyoruz. Bu çalışma, yaşadığınız sorunların neler olduğunu öğrenmek, size nasıl yardımcı olabileceğimizi anlamada ve daha iyi bakım vermede yardımcı olacaktır. Anket ve demografik bilgi formu anketi, psikoeğitim içeren uygulama 20-25 dakika sürecektir. Araştırmaya katılıp katılmamakta tümüyle özgürsünüz. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz.

Araştırma, İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılacaktır. Bilgilendiricinin Gönüllü Onam Formunu okudum ve anladım. Araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirildim. Araştırmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Bakım Vericinin Adı soyadı

Hasta Adı-Soyadı

İmza



00073364611

T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı : 16867222-799  
Konu : Zeynep İNAN( Anket Çalışması)

İSTANBUL FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİNE

İlgi : a) 06/07/2018 tarihli ve 71211201-2993 sayılı yazı  
b) 19/07/2018 tarihli ve 82475999-929-1951 sayılı yazı

İlgi a) da kayıtlı yazı ile Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı Öğrencisi Zeynep İNAN'ın "Afazi hastalar ile yakın bakıcı arasındaki iletişim, sorumluluk ve stres üzerinde psikoeğitimin etkisini incelemek" başlıklı tez çalışmasını,Hastanenizde yapma talebi birimimize iletilmiştir.

Söz konusu araştırma Müdürlüğümüzce onaylanmış olup, araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır.  
Dt. Şule TUYGUN  
Başkan a.  
Başkan Yardımcısı

# ÖZGEÇMİŞ

## Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı: Zeynep İnan

Gsm No: +90 (533) 359 3808

Doğum Tarihi: 16.03.1987

Doğum Yeri: İstanbul

## Eğitim Durumu

2005-2010 Fatih Üniversitesi

2016-2019 Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, Yüksek Lisans

## İş Deneyimi

2011- 2013 Trabzon Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2013- halen İstanbul Fizik Tedavi Eğitim ve Araştırma Hastanesi