



İSTANBUL
TOPKAPI
ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ
EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

**İNME Lİ HASTALARIN 1. DERECE BAKIM
VERİCİLERİNİN MERHAMET YORGUNLUĞU VE
ANKSİYETE DÜZEYLERİNİ İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SONA KOÇAK

Psikoloji Anabilim Dalı

Psikoloji Bilim Dalı

EYLÜL, 2023

**İNME Lİ HASTALARIN 1. DERECE BAKIM
VERİCİLERİNİN MERHAMET YORGUNLUĞU VE
ANKSİYETE DÜZEYLERİNİ İNCELENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SONA KOÇAK

20220501022

Psikoloji Anabilim Dalı

Psikoloji Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Gözde GÜNDOĞDU MEYDANERİ

EYLÜL, 2023

KABUL VE ONAY

04/09/2023

YÜKSEK LİSANS TEZ ONAY FORMU

Psikoloji Anabilim Dalı Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı 20220501022 numaralı öğrencisi Sona KOÇAK'ın **“İNME Lİ HASTALARIN 1. DERECE BAKIM VERİCİLERİNİN MERHAMET YORGUNLUĞU VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ”** konulu Yüksek Lisans tezi Enstitümüz Yönetim Kurulunun 07/06/2023 tarihli ve 2023/08 sayılı Yönetim Kurulu kararıyla oluşturulan jüri tarafından oybirliği/oyçokluğu ile 04/09/2023 tarihinde kabul edilmiştir.

	<u>Unvan</u>	<u>Adı Soyadı</u>	<u>Üniversite</u>	<u>İmza</u>
ASIL ÜYELER				
Danışman	Dr. Öğr. Üyesi	Gözde GÜNDOĞDU MEYDANERİ	İstanbul Topkapı Üniversitesi	
1. Üye	Dr. Öğr. Üyesi	Melike CEYLAN	İstanbul Topkapı Üniversitesi	
2. Üye	Dr. Öğr. Üyesi	Nilgün ONNAR	İstanbul Arel Üniversitesi	
YEDEK ÜYE				
1. Üye	Dr. Öğr. Üyesi	Yunus YÜCEL	İstanbul Topkapı Üniversitesi	
2. Üye	Dr. Öğr. Üyesi	Burcu KÖK KENDİRLİOĞLU	Maltepe Üniversitesi	

ONAY

Prof. Dr. Özlem KUNDAY

Enstitü Müdürü

AKADEMİK DÜRÜSTLÜK BEYANI

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum, "İnmeli Hastaların 1. Derece Bakım Yericilerinin Merhamet Yorgunluğu ve Anksiyete Düzeylerini İncelenmesi" başlıklı çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun olarak tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmam içerisinde kullanıldıkları her yerde atıf yapıldığını belirtir ve onurumla doğrularım.

09/10/2023

Sona KOÇAK



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez araştırma sürecimde, yürütülmesinde ve oluşumunda desteğiyle yanımda olan sayın danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Gözde GÜNDOĞDU MEYDANERİ, Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında eğitim vermekte olan tüm hocalarıma saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Bugünlere gelmemde sonsuz pay sahibi olan canım aileme emekleri ve onlarla geçirdiğim her gün için çok teşekkür eder ve çalışmamı onlara ithaf ederim.

Sona KOÇAK



İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	ii
AKADEMİK DÜRÜSTLÜK BEYANI	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR	vii
TABLolar LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	ix
ABSTRACT	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Konusu ve Kapsamı.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi	3
1.3. Araştırma Soruları ve Hipotezler	4
1.4. Varsayımlar	5
1.5. Sınırlılıklar	5
1.6. Tanımlamalar	5
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	7
2.1. İnmenin Tanımı	7
2.2. Epidemiyolojisi	8
2.3. Etiyoloji.....	8
2.4. İnmenin Sınıflandırılması	10
2.4.1. İskemik inme.....	10
2.4.2. Hemorajik inme	10
2.5. İnme Belirti ve Bulguları	11
2.6. Klinik Semptomlar	11
2.7. İnmenin Tanı ve Tedavisi	12
2.8. İnme Rehabilitasyonu	12
2.9. İnmenin Komplikasyonları	13
2.9.1. İnmede görülebilecek komplikasyonlar.....	13
2.10. Bakım Kavramı	14
2.10.1. Bakım verici kavramı	14
2.10.2. Dünyada ve Türkiye’de bakıma muhtaç bireye bakım verme durumu.....	16
2.10.3. Bakım verene ait sosyo-demografik özellikler	16
2.10.4. Bakım verenlerin karşılaştıkları sorunlar.....	17
2.10.4.1. Emosyonel sorunlar	17
2.10.4.2. Fiziksel sorunlar	17
2.10.4.3. Finansal sorunlar.....	18
2.11. Anksiyete ve Anksiyete Bozukluğu	18
2.11.1. İnme hastalara bakım verenlerde anksiyete bozuklukları.....	20
2.12. Merhamet	20
2.12.1. Merhamet yorgunluğu	21
2.12.2. Merhamet yorgunluğunun gelişimi	22
2.12.2.1. Fiziksel belirtiler.....	23

2.12.2.2. Davranışsal belirtiler	23
2.12.2.3. Duygusal belirtiler	23
2.12.2.4. İş ile ilgili belirtiler	23
2.12.2.5. Manevi belirtiler	23
2.13. Tükenmişlik.....	23
2.13.1. Sekonder (İkincil) travmatik stres (STS) ve sekonder travmatik stres bozukluğu (STSB).....	24
2.13.2. Post travmatik stres bozukluğu	24
3. YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Örneklemi	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	25
3.3. Veri Toplama Araçları	25
3.3.1. Bilgi formu	25
3.3.2. Beck anksiyete ölçeği	26
3.3.3. Merhamet yorgunluğu ölçeği	26
3.4. Verilerin Analizi	27
4. BULGULAR.....	28
4.1. Back Anksiyete Ölçek Puanının Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi	31
4.2. Merhamet Ölçek Puanının Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi	34
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	36
KAYNAKÇA.....	41
Ekler	48
Ek-1: Tanıtıcı Bilgi Formu	48
Ek-2: Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	49
Ek-3: Merhamet Yorgunluğu Ölçeği.....	50
Ek-4: Etik Kurul Onayı	51
ÖZGEÇMİŞ	52

KISALTMALAR

VH	: Serebrovasküler Hastalıklar
%	: Yüzde
P	: Anlamlılık değeri
n	: Kişi Sayısı
r	: Korelasyon Katsayısı
SS	: Standart Sapma



TABLÖLAR LİSTESİ

Sayfa

Tablo 4.1: Yaş Değişkeni ve Ölçek Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	28
Tablo 4.2: Kategorik Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	29
Tablo 4.3: Beck Anksiyete ve Merhamet Ölçeklerinin Toplam Puanlarının Kategorik Özellikler Bakımından Karşılaştırılması	31
Tablo 4.4: Merhamet Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Kategorik Özellikler Bakımından Karşılaştırılması	32
Tablo 4.5: Yaş Sayısal Değişkeni, Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanı, Merhamet Ölçeği Toplam Puanı ve Merhamet Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkiler.....	35

ÖZET

İNME Lİ HASTALARIN 1. DERECE BAKIM VERİCİLERİNİN MERHAMET YORGUNLUĞU VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNİ İNCELENMESİ

Bu çalışmada, inme tanısı almış hastalara birinci derece bakım veren hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri, merhamet yorgunluğu ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişki çeşitli yönleriyle araştırılmıştır. Çalışmanın evrenini, Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Nöroloji Polikliniği'ne başvuran inme tanısı alan hastaların birinci derece yakınları oluşturmaktadır. Toplamda 128 yakın incelenmiştir ve bu yakınların %72.7'si kadın, %27.3'ü erkektir. Katılımcılara Beck Anksiyete, Merhamet Yorgunluğu ölçekleri ve 18 soruluk sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Sayısal değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ortalama±standart sapma veya medyan ve çeyreklikler şeklinde sunulmuş, kategorik değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri ise sayı ve yüzde (%) olarak verilmiştir. BAÖ puanının sosyodemografik değişkenler bakımından karşılaştırılması incelendiğinde, cinsiyet bakımından BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, MÖ puanlarının medeni durum bakımından karşılaştırılmasına incelendiğinde, medeni durum bakımından alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Sevecenlik alt boyutu bakımından düzenli ilaç kullanmayanların puan ortalaması, düzenli ilaç kullananların puan ortalamasından, umursamazlık alt boyutu bakımından geliri giderinden fazla olanların puan ortalaması, geliri giderine eşit olanların puan ortalamasından, bilinçli farkındalık alt boyutu bakımından ruhsal hastalığı olmayanların puan ortalaması ruhsal hastalığı olanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur Bakım veren ve bakım alan bireylerin devlet tarafından sunulan haklarını bilmesi ve uygulaması, hayatını kolaylaştıracağı ve bakım verme sürecini iyileştireceğinden dolayı anksiyete ve merhamet yorgunluğunu gelişmesini engellemek amacıyla; 1. dereceden bakım vericilerine, aile içi rol paylaşımlarının güncel eğitimleri ve bakım esnasında aktif yapılması gereken durumlarla ilgili farkındalık yaratmaya yönelik çalışmalar tavsiye edilebilir.

Anahtar kelimeler: merhamet yorgunluğu, kaygı, inme, bakım verenler, sosyodemografik özellikler.

ABSTRACT

DETERMINING THE LEVELS OF COMPASSION FATIGUE AND ANXIETY OF FIRST-DEGREE CAREGIVERS OF STROKE PATIENTS

In this study, the relationship between the sociodemographic characteristics, compassion fatigue, and anxiety levels of patients' relatives providing care to patients diagnosed with stroke has been investigated from various perspectives. The population of the study consists of patients' relatives of patients diagnosed with stroke who applied to Düzce University Research and Application Center Neurology Polyclinic. A total of 128 patients' relatives were examined and 72.7% of these relatives were women and 27.3% were men. Beck Anxiety and Compassion Fatigue scales and an 18-question sociodemographic data form were applied to the participants. Descriptive statistics of numerical variables are presented as mean±standard deviation or median and quartiles, and descriptive statistics of categorical variables are presented as number and percentage (%). When comparing the BAS scores in terms of sociodemographic variables, there was a statistically significant difference in BAS scores by gender. When examining CFC scores in terms of marital status, a statistically significant difference was found among the sub-dimension scores by marital status. In terms of the compassion sub-dimension, the mean score of those who do not use medication regularly is statistically higher than the score mean of those who use medication regularly, in terms of indifference sub-dimension, the mean score of those whose income is more than their expenses is statistically higher than the score mean of those whose income is equal to their expenses, and in terms of the conscious awareness sub-dimension, the score mean of those without mental illness is statistically higher than the score mean of those with mental illness was found to be significantly high. In order to prevent the development of anxiety and compassion fatigue, it is recommended that caregivers and care recipients be aware of the rights provided by the government and implement them, as this would facilitate their lives and improve the caregiving process. Furthermore, it is suggested that educational programs be conducted for patients' relatives to create awareness about intra-family role sharing and active involvement in caregiving tasks.

Keywords: *compassion fatigue, anxiety, stroke, caregivers, sociodemographic characteristics.*

1. GİRİŞ

1.1. Araştırmanın Konusu ve Kapsamı

İnme, bütün hayatımızda kalp damar hastalıkları, yaşlanma ve tansiyon gibi sebeplerle çoğalmakta, düşük ve orta düzeydeki ailelerde, genç bireyleri de etkilemektedir. Nörolojik açıdan şikayetlerin ve rahatsızlıkların ansızın görülmesi inme faktörünün başlıca önemli unsurudur. İki tür inme çeşidi mevcuttur, iskemik olan (pıhtı atar) ve hemorajik olan (kanama olur). İnmenin yaklaşık olarak %85'i iskemik, %15'i hemoraji den dolayı oluşur. Kan pıhtı parçasının dolaşım esnasında kan damarlarını tıkararak beyine kan akışını engellemesine iskemik inme denir. Bu durum sonucunda, beynin oksijen alamamasından ve besinsiz kalan kısmı beslenememektedir. Herhangi bir damarın ya da ana damar olan arteriyel damarın yırtılması sonucu beyinde kendiliğinden kanama meydana gelir ise hemorajik (kanama) inme denir. Beyin içi kanama beyin ile kafatası ortasında bulunan boşlukta meydana gelir. İskemik inme kendi içinde belli başlı küçük damar rahatsızlığı, büyük damar sertleşmesi, kardiy-embolizm gibi bir takım hastalığın oluşmasını ve tedavi yöntemleri farklı olan alt tiplere ayrılır (Chadda, 2014; Özyeşil vd., 2014; Selçuk ve Avcı, 2016).

Kronik sakatlıklara yol açarak bireylerde sürekli bakıma neden olabilmektedir. Gereksinimleri olan hastanın ihtiyaçları hem sistem olarak hem de bakım veren yakınlarına yükü fazladır. İnmenin sayısındaki artma, hastanın bakım ihtiyacını artırdığı gibi, bakım verme kişi sayısını da arttırmaktadır. Bu gibi nedenler, inme tanısı almış hastaların yakınlarıyla ilgili araştırmaların yapılması elzemdir (Özyeşil vd., 2014; Şirzai vd., 2015; Selçuk ve Avcı, 2016). İnme, mortalite ve morbiditeye sebep olan elzem bir rahatsızlıktır (Şirzai vd., 2015).

İnme sonrası hayatını devam ettirmeye çalışan hastaların çoğu geçmeyen fiziki engeller, yetersizlikler, anksiyete ve şefkat yoksunluğu gibi psikolojik problemlerle yaşamaktadırlar. İnme tanısı alan hastaların yarısından fazlası rutin işlerinde yakınlarına bağımlı olarak yaşamlarını sürdürebilmektedir. İnme tanısı almış hastaların içinde

bulunduğu sorunlar hem hastayı hem de bakım verici hasta yakınlarını da etkilemektedir, dünya ülkeleri üzerinde uzun dönem sakatlıkların önemli sebepleri arasında ve inme geçiren birçok hastanın fiziksel ve ruhsal açıdan yetersizlik yaşadığı bilinmektedir (Chadda, 2014; Selçuk ve Avcı, 2016). Ülkemizde inmeli hastaların bakımı genellikle 1. Derece yakını olan aile üyeleri yapmakta olup ve hastanın bakım ihtiyacını karşılama aile içindeki görev bilinci gibi idrak edilmektedir. Bu nedenle, yaşanan bu sorunların bir tek hastayı değil, kendisine bakım veren 1. Derece aile üyelerini ve hasta yakınlarını da negatif yönde etkilemekte ve bakım veren yakınların rollerinin hastanın ihtiyaçlarını karşılama açısından farklılık göstermektedir. Bakım verme, hastaya bakan aile üyeleri tarafından farklı yönleriyle algılanmış bir durum olup ve sadece yardımla sınırlandırılmayıp hastanın rutin gelişen ihtiyaçları doğrultusunda manevi, fiziki ya da maddi olarak desteklemeyi kapsamaktadır (Yıldırım vd., 2013; Şirzai vd., 2015). Uzayan bakım süreci sonucunda fiziksel ve ruhsal yorgunluk, bakım vericinin de sağlığının kötüye gitmesi, merhamet yorgunluğu ve anksiyete de artmasına neden olabilmektedir (Yıldırım vd., 2013; Özyeşil vd., 2014; Şirzai vd., 2015; Selçuk ve Avcı, 2016). Merhamet yorgunluğu ve anksiyetede artış olması, bakım veren deki eskide kalan çatışmaların, hayal kırıklıklarının tekrar yeni yaşamış gibi hissetmesine ve bu nedenle ruhsal sıkıntıların yeniden oluşmasına neden olabilmektedir. Bakım verende geçmişteki yaşanmışlıkların yeniden canlanması sonucu ruhsal sıkıntılara yol açan fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve iş bulamamazlık vb. gibi sorunlar merhamet yorgunluğu ve anksiyetesi üzerinde etkili olabilmektedir (Oğul vd., 2013; Özyeşil vd., 2014; Selçuk ve Avcı., 2016). Merhametli olma ve merhamet yorgunluğu genellikle bakım vericiler ile ilişkilendirilmektedir. Merhametli olma, bakım vericilerin hasta olan bireyin olumsuz halinden etkilenmelerini ve kendilerini hastanın yerine koyarak düşünmelerini ve bu sayede hastaya olumlu, doğru yaklaşım sergilemelerini sağlar (Macnamara vd., 1990; Dennis vd., 1998).

Merhamet yorgunluğu ise hastaların tedavi ve bakım süreçlerinin kısa süreli olmadığından uzun süre acı çekmeleri, bakım verenlerin bu sürece tanık olması ve neticede kendilerinin de acıyla yüz yüze gelmesi, acıyı yaşaması olarak tanımlanır (Figley, 2002). Farklı bir açıklama ise merhamet yorgunluğunun, hasta veya kişisel bakım ihtiyacı bir hastaya bakım ihtiyaçlarını gideren ya da hizmet veren bakım vericilerde rastlanan tükenmişliktir (Figley, 2002). Merhamet yorgunluğunun,

hastanın gereksinimleriyle ilgilenen bakım vericilerin, empatik anlamda duyarlılıkları doğrultusunda hastada var olan şiddetli travmalarına ya da yoğun strese maruz kalan hastalara bakım sürecinde, bakım verenlerde doğal olarak kendiliğinden meydana geldiği belirtilmektedir (Raes vd., 2011; Polat ve Erdem, 2017). Diğer bir görüş, uzun süre tedavi gören hastalarda iyileşme çok yavaş ya da hiç olmaması sonucu bireylerin uzun süre acı çekmelerine karşın mevcut enerjilerini harcayarak, yoğun merhametli olmanın sonucunda meydana geldiğidir. Merhamet yorgunluğu, farklı bir bireye bakım ihtiyaçlarını karşılarken doğal olarak kendini hastanın yerine koyarak düşünme, hastayı anlama ilişkisi içerisinde gelişebilmekte ve 1.Derece bakım vericilerde yaygın olarak görülmektedir. İnme tanısı almış hastalarına bakım verenlerde anksiyete açısından belirti ve bulguların yaygın oranı %21,4'dür (Özyeşil vd., 2014; Selçuk ve Avcı, 2016). Literatürde yapılan araştırma sonucunda bakıma muhtaç özel gereksinimleri bulunan hastaya bakım verenlerin bakım süreci arttıkça anksiyete düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir (Özyeşil vd., 2014).

İnme hastalarına 1.derece bakım veren kişiler günlük zamanının büyük çoğunluğunu hastayla geçirirler. Bu nedenden dolayı günlük rutin işlerini yapamama ya da gecikme, aileleri ile yeterince zaman ayıramama, sosyal hayatlarında kısıtlamalar, maddi zorluklarla karşılaşmaktadırlar (Yıldırım vd., 2013). Karşılaşılan bu zorluklar beraberinde yoğun stres, tahammülsüzlük sonucu sinirlilik, yaşadığı olumsuzluklarla başa çıkamama ve nefes nefese kalma sonucu kalp çarpıntısı gibi sorunları yaşamasına ve bakım vericilerin anksiyete düzeylerinin artmasına neden olur (Oğul vd., 2013). Yaşanan bu zorlukların yanında bakım veren aile üyeleri, yaşam sürecindeki değişiklik ve stresli durumlara başa çıkarak uyum sağlamaya çalışmak, baş edebilmek için gerekli becerilerin yoksunluğunu ve yaşam sürecinde mevcut kontrolün giderek kaybolduğunu da hissedebilmektedirler (Oğul vd., 2013).

1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışmada, İnmeli hastaların 1. Derece bakım vericilerinin Merhamet yorgunluğu ve Anksiyete düzeylerini incelenmesi amaçlanmıştır.

İnme kronik sakatlıklara yol açarak bireylerde sürekli bakıma neden olabilmektedir. Gereksinimleri olan hastanın ihtiyaçları hem sistem olarak kaynaklara ulaşamamak hem de bakım veren yakınlarına giderek artan yükü fazladır. İnmenin

sayısındaki artma, hastanın bakım ihtiyacını artırdığı gibi, bakım verme kişi sayısını da arttırmaktadır. Bu gibi nedenlerden dolayı, inme tanısı almış hastaların yakınlarıyla ilgili araştırmaların yapılması elzemdir (Selçuk ve Avcı, 2016; Özyeşil vd., 2014; Şirzai vd., 2015).

İnme, mortalite ve morbiditeye sebep olan hem bakım alan hem de bakım veren açısından zor ve bir o kadar önemli rahatsızlıktır (Şirzai vd., 2015). Bu nedenle araştırmanın literatüre katkı sağlaması açısından önemlidir.

İnme sonrası hayatını devam ettirmeye çalışan hastaların çoğu geçmeyen fiziki engeller, yetersizlikler, anksiyete ve şefkat yoksunluğu gibi psikolojik problemlerle yaşamaktadırlar. İnme tanısı alan hastaların yarısından fazlası rutin işlerinde yakınlarına bağımlı olarak yaşamlarını sürdürebilmektedir. İnme tanısı almış hastaların içinde bulunduğu sorunlar hem hastayı hem de bakım verici hasta yakınlarını da etkilemektedir, dünya ülkeleri üzerinde uzun dönem sakatlıkların önemli sebepleri arasında ve inme geçiren birçok hastanın fiziksel ve ruhsal açıdan yetersizlik yaşadığı bilinmektedir (Chadda, 2014; Selçuk ve Avcı, 2016). Bu anlamda 1. Derece bakım verenlerle yapılacak çalışmaların hem bakım veren aileye hem de literatüre katkı sağlayacağı açısından önemlidir.

1.3. Araştırma Soruları ve Hipotezler

Araştırma Soruları:

- İnmeli hastaların 1. derece bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerinin belirlenmesi?
- İnmeli Hastaların 1. derece bakım verenlerin merhamet yorgunluğu durumunun belirlenmesi?
- İnmeli Hastaların 1. derece bakım verenlerin anksiyete düzeylerinin belirlenmesi?
- İnmeli hastaların 1. derece bakım verenlerin sosyodemografik özellikleri, merhamet yorgunluğu ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi?

Hipotezler:

- İnmeli hastaların 1. Derece bakım vericilerinde anksiyete düzeyi ve merhamet yorgunluğu açısından anlamlı bir ilişki vardır.

- Cinsiyet, eğitim durumu ve aile ve gelir düzeyine göre inmeli hastalara 1. Derece bakım vericilerinin Anksiyete ve Merhamet yorgunluğu ilişkileri farklılık gösterir.

1.4. Varsayımlar

- Araştırmada anket çalışmasına katılan 1. Derece hasta yakınlarının sorulara samimiyetle cevap verdikleri varsayılmıştır.
- Araştırmada kullanılan Back Anksiyete ölçeği ve Merhamet yorgunluğu ölçeğinin araştırmanın amacını açıklamada yeterli ve güvenilir olduğu varsayılmıştır.

1.5. Sınırlılıklar

Araştırma, Aralık (2022) – Mayıs (2023) tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Nöroloji Polikliniğine başvuran inme tanısı alan hastaların birinci derece yakınları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini, araştırma kapsamına alınma kriterlerine uyan inme tanısı alan hastaların birinci derece yakınları oluşturmuştur.

1.6. Tanımlamalar

- İnme: Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre inme; vasküler problemler haricinde mevcut bir etmen olsun olmasın, fokal serebral fonksiyon kaybetmesine yönelik semptomların hızla yayılarak yer edinmesi ile karakterize bir klinik sendromdur
- Bakım vericiler: inme tanısı almış bakıma muhtaç yakınının var olan ihtiyaçlarını ya da gereksinimlerini karşılamak için rutin yaşam eylemlerine yardım eden kişilerdir
- Anksiyete: korkuların, kaygıların hüküm sürdüğü, birçok psikopatolojiyle merhamet, bir bireyin acı çektiğini sürekli olarak izlemesi, görmesi, karşılaşması sonucu hastaya yardım etme isteğinin, acıma hissinin oluşmasına sebep olabilen duygu durumudur. Bu gelen, birçok rahatsızlığın zeminini oluşturan bir duygu durumudur.

- Merhamet yorgunluğu: yaptığı eylemden işinden memnun olamama ya da sistemik bir durum sonucu yaşanmış hayal kırıklıkları ile ilişkisi bulunmayan tükenmişliğin bir çeşidi olarak söylenmiştir.



2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. İnmenin Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre inme; vasküler problemler haricinde mevcut bir etmen olsun olmasın, fokal serebral fonksiyon kaybetmesine yönelik semptomların hızla yayılarak yer edinmesi ile karakterize bir klinik sendromdur. Semptomlar bir günden fazla sürebilir ya da ölüm gerçekleşebilir. Sendrom ağırlığına göre bir iki günde tam iyileşme kısmi iyileşme ağır özürlülük veya ölüm varsayımı içeren geniş bir farklılık gösterir İnme tanısı ölüm nedeni olarak dünyada ikinci sıraya yer aldığı gibi bununla beraber özürlülük yapmada birinci sırada var olup gelişmiş toplumlarda hastane kayıtlarında ve sağlık masraflarında önemli bir yer tutmuştur. (Ufuk, 2007). Çok acı bir durumdur ki maalesef kişinin özgürlüğüne kısıtlama getirmektedir.

İnmenin, bütün dünya ülkelerinde iyileşmesi güç sakatlıkların en önemli sebepleri arasında olduğu ve inme tanısı alan birçok kişilerde fiziksel düzeyde yetersizlik yaşadığı belirtilmiştir. (Greenwood vd., 2008). İnmenin mortalite ve morbititeye neden olan verilerde bildirilmiştir aynı zamanda inme tanısı aldıktan sonra hayat mücadelesi veren ve yaklaşık yarısından çoğu kalıcı fiziksel, sosyal yetersizlikler, anksiyete, depresyon vb. psikolojik sorunlar da yaşamışlardır (Schreiner vd., 2006; Soyuer vd., 2007; Lundström vd., 2008). İnme sonrası hayatta kalan hastaların üçte biri günlük işlerinde başkalarına bağımlı olarak hayatlarını sürdürmek zorunda kalabilmektedirler (Tuncay ve Mollaoğlu, 2006). Ülkemizde inmeli bireyin bakım ve ihtiyaçlarını karşılama çoğunlukla 1. Derece aile yakınları tarafından yapılmakta olup bakım ve ihtiyaçlarını karşılama aile içindeki bireylerin görevleriymiş gibi algılanmaktadır. Bu nedenle, hastanın yaşamış olduğu bu sorunlar bir tek hastayla sınırlı kalmayıp, onun bakım ve ihtiyaçlarını karşılayan aile bireylerini ve yakınlarını da olumsuz etkilemektedir (Hinojosa vd., 2009; Qiu and Li, 2008).

2.2. Epidemiyolojisi

Son zamanlarda yapılan araştırma verilerine göre, dünyada inme geçirme sıklığı 100.000 kişide 76 ila 119 arasında değişim göstermektedir. İnme tanısı almış hastaların yaklaşık %40'ında orta derecede birtakım fonksiyonel rahatsızlıklardan şikayet etmekteyken, %15 ila %30'u ciddi sorunlar ile karşılaşmaktadır (Annino vd., 2019). Ülkemizde inme tanısı açısından birtakım verileri bulamamakla birlikte, 2004 yılı Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkililik Proje Raporu' na göre inme sonrası ölümün gerçekleşmesine neden olan 20 hastalık baz alındığında içerisinde ikinci sırada, nöroloji kliniklerinde yatış alan hastalar arasında ise ilk sırada yer almaktadır (Yıldırım vd., 2014). Bunun yanında ek olarak inme sonrası yaşama mücadelesi veren hastaların üçte biri yakınlarının, bakım vericilerinin yardımı olmadan yaşamakta zorluk çekmektedirler.

2.3. Etiyoloji

İnme iskemik (pıhtı) ve hemorajik (kanama) olarak ikiye ayrılmaktadır. SVH'nin %80-85'ini oluşturan iskemik inme nörolojik açıdan en çok rastlanılan ve en çok ölümle sonuçlanan gruptur. Hastalık; hasta ve bakım vericileri üzerinde psikososyal ve psikolojik sorunlara neden olduğu kadar aynı zamanda ekonomik yönden de yıpratıcı olmaktadır. Bu sebeple inmelerin önlenmesi ve tedavisi, oldukça önem arz eden bir toplum sağlığı problemidir. İskemik inme tedavisinde asıl amaç, nörolojik açıdan en az hasarlanmak ve iskemiye ikincil oluşabilecek sekonder hasarları önlemek ve hastanın iyileşmesini hızlandıracak önlemleri almak olmalıdır İnme tanısı almış hastalar sağlık kurumlarında tedavi gören nörolojik hastaların %50'sinden daha fazlasını oluştururlar. İnme'nin %85'i iskemik (pıhtı), %15'i ise hemorajik (kanama)dır. Ülkemizde hastanede yapılmış bir çalışma sonucu verilerinde, SVH'nin %72'sini iskemik inme %28'ini ise hemorajik inmenin yer aldığı görülmüştür. Hemorajik inmenin batı toplumuna göre daha yüksek çıkmıştır. Çünkü, bireylerin hipertansiyonun açısından yeterli bilgiye sahip olmamaları ve tedavi sürecindeki düzensizlik, önemsememe olabilmektedir (Kutluk, 2004).

İskemik inmede, kan pıhtısı kan damarlarını tıkamış olduğundan dolayı beyne kan gidememektedir. Bu nedenle, beyin oksijen ve besinlerle beslenemediğinden hücre ölümleri, nekroza olmaktadır. Hemorajik inmede ise, beynin bazı bölümlerinde

ve birtakım damarlarda istemsiz olarak aniden gelişen kanama meydana gelir (Khorshid and Arslan, 2006).

Geçici iskemik atak da kan damarları kısa süreliğine tıkanıyor ve sonra kendiliğinden tekrar açılıyor hatta mini inme de deniliyor. Geçici iskemik ataklar büyük inmenin belirtisi, öncüsü olabilmektedir (Meschia ve ark, 2014). İnme yoğun mortalite, morbidite ve tedavi masraflarının maddi gelirin üzerine çıkması ve ihtiyaçları karşılarken yetersizliklere yol açması nedeniyle önemlilik arz eden sağlık sorunları arasındadır. Hastalığın önüne geçilmesinde var olan risk faktörlerinin öğrenilmesi, koruyucu sağlık önlemlerinin geliştirilmesi ve uygulanması açısından önem arz etmektedir.

İnme de değiştirilemeyen ve değiştirilebilir risk faktörleri olmak üzere olarak iki ana başlık yer almaktadır. Değiştirilebilir risk faktörleri ile ilgili yar alan çalışmalar incelendiğinde kesinleşmiş ve kesinleşmemiş risk faktörleri yer aldığı görülmektedir (Vangen-Lonne vd. 2017).

I. Değiştirilemeyen risk faktörleri

- Kişinin yaşı
- Cinsiyeti
- Aile geçmişi

II. Değiştirilebilir risk faktörleri

a. Kesinleşmiş faktörler

- Yüksek tansiyon
- Sigara madde kullanımı
- DM Şeker hastalığı
- Kalp hastalıkları, kalp yetmezliği,
- Arter hastalıkları
- Atrial fibrilasyon
- Hiperlipidemi
- Obezite sorunu
- Beslenme bozuklukları
- Hareketsizlik
- Menopoz, hormon bozuklukları

b. Kesinleşmemiş faktörler

- Metabolik sendrom
- Alkol madde alımı
- Hiperhomosisteinemi
- İlaç bağımlılığı
- Hiperkoagülopati
- Oral kontraseptifler
- İnflamasyon, Enfeksiyon
- Solunum bozuklukları
- Peridontal hastalık
- Migren
- Uyku bozuklukları (Horozoglu vd., 2010; Mikdashi, 2022).

2.4. İnmenin Sınıflandırılması

Serebrovasküler hastalıklar, tedavisi hastane ortamında gerçekleştirilen nörolojik rahatsızlıkların yarısından daha fazlasını oluşturmaktadır. İnmenin %85'i iskemik, %15'i hemorajik tir. Türkiye de hastane ile ilişkili yapılmış çalışmalarda Serebrovasküler hastalıkların %72'sini iskemik inme %28'ini ise hemorajik inmenin gerçekleştirdiği görülmüştür (Kutluk, 2004).

2.4.1. İskemik inme

İskemik inmenin nedeninin incelendiğinde embolizm, kalpte arterden emboli atması gibi damar hastalıklarından kaynaklanabilmektedir (Adams vd., 1993; Ay vd., 2007; Amarenco vd., 2013). İskemik inmelerin etyolojisine bakıldığında belirli olmayan nedenler üçte birini kaplamaktadır (Hart vd., 2014). İskemik inme nin tedavisini planlarken önemli olan nörolojik açıdan kalıcı hasarı en az seviyeye indirebilmektir ve sonrasında oluşabilecek ikincil rahatsızlıkların önüne geçerek hastanın hasarsız iyileşmesini sağlayacak önlemleri almak olmalıdır. (Saribaş vd., 2005).

2.4.2. Hemorajik inme

Hemorajik inme sonrasında mortalite ve morbite oranları oldukça fazladır. İntrakraniyal hemorajinin 30 günlük süreçte mortalitesi hemen hemen %40'lardadır.

Travmatik olmadan vasküler durum sonucunda oluşan, beynin çevresinde ya da içinde oluşan intrakraniyal kanamalar, hemorajik inme de denilir (Melek vd., 2015). Hemorajik inme, bölgesine veya nedenine göre sınıflandırılır. En çok rastlanılan intraserebral kanama alanı supratentoryaldır (%85–95) (Rannikmae vd., 2016).

2.5. İnme Belirti ve Bulguları

İnmenin en genel belirtileri: Vücudun bir yarısında birdenbire oluşan uyuşukluk, konfüzyon ve konuşmada güçlük, bir veya iki gözde oluşan görme güçlüğü veya kaybı, denge ve koordinasyon bozukluğu, nedeni bilinmeyen ani ve şiddetli baş ağrısı en çok rastlanan belirtiler arasındadır (Uysal, 2008).

Hastaneye başvuran hastanın inmeye ait şikayetlerini belirleyememesi daha sıkıntılı bir prognoza neden olabilir (Gomes vd., 2017). İnmeye ait semptomların başladığı andan itibaren hastaneye varış süreci zaman açısından yaklaşık 27 saattir (Fekadu vd., 2019). Hasta belirtileri hissettiği an itibari ile sağlık kuruluşunda en kısa süre içerisinde tedavisini alması, ilk müdahalesinin yapılması gerekir.

2.6. Klinik Semptomlar

- Bedenin bir yarımında meydana gelen hissetme ya da kuvvet kaybı (hemiparezi)
- Bulanık bilinç, idrak etmede bozukluk, anlamama (Afazi, Disfazi)
- Yürüyememe, yürürken zorlanma
- Baş dönmesi
- Denge ve koordinasyon bozukluğu ya da kaybı (Ataksi)
- Görme bozukluğu ya da kaybı
- Baş ağrısı
- Gözlerde meydana gelen kayma bozukluğu
- Bozulmuş hareketler (Apraksi)
- Yutma güçlüğü (Disfaji)
- Bozuk konuşma, konuşamama (Dizartri)
- Okuma güçlüğü ve yazma güçlüğü (Disleksi ve Disgrafi)
- Görme bozukluğu
- Hesap yapamama ya da zorlanma (Diskalkuli)

2.7. İnmenin Tanı ve Tedavisi

Sağlık Kurumlarına başvuranlarda en sık görülen inme semptomları vücudunun bir kısmında oluşan kuvvet kaybı, uykulu olma hali, halsizlik, konuşma bozukluğu konuşamama ya da anlamsız konuşma bozukluklarıdır. İnmenin asıl tanı kriteri nörolojik radyolojik görüntüleme ve nörolojik belirtilerden oluşmaktadır (Bakar vd., 2015). Genellikle bilgisayarlı tomografi en sık uygulanan yöntemdir. BT hem ulaşılır olması hem de sonuç açısından en seri ulaşımı sağlaması açısından daha çok tercih edilmektedir. İnmeli hastalara ne kadar erken müdahale edilirse tedavide olumlu iyileşme süreci artmaktadır.

2.8. İnme Rehabilitasyonu

İnme tanısı alan kişiler ekstremitelerde hareket kısıtlılığı, dikkat ve algıda azalma, konuşmada tamamen ya da kısmen kaybolma, düşme riskinin artması gibi elzem birçok sıkıntılı durumla karşılaşması günlük ihtiyaçlarını karşılanması açısından hasta ve bakım vericilerini daha da zorlamaktadır. İnme rehabilitasyonu gören hastaların yaşama ve yaşam kalitesi artmakta ayrıca bağımlı olma hali azalmaktadır. (Musuka ve ark, 2015). Rehabilitasyon sürecinin en erken zamanda verilmesi çok önemli olduğundan Acil servis olsun Yoğun Bakım olsun hastanın tolerasyon sürecine bakılarak karar verilir. İnme Rehabilitasyonu hastanın bağımlılık sürecini tümünü ya da bir kısmını ortadan kaldıran tek yöntemdir. İlk 3 ayda hızlı ilerleme olurken, 6 aydan sonra daha yavaş olmaktadır (Nacitarhan, 2018).

Rehabilitasyon süreci hastanın psikolojik sağlamlığı, tedaviye katılımı, hizmetlerin sunumu ve iyileşme görülememesi gibi durumları ile ilgilidir. Hastanın rehabilitasyon açısından motivasyonunu artırarak farkındalığını önemli düzeyde olumlu etkiler. İnme tanısı almış beyin hasarı olan hastaların rehabilitasyon sürecine katılması koşullu ödül tekniğinin kişinin sürece uyumu açısından olumlu sonuçlar doğurduğu dolayısıyla motivasyonunu artırdığı gözlemlenmiştir. (Carpenteri vd., 2017).

Sonuç olarak teknolojinin ilerlemesiyle, takip ve tedavi imkanlarının artması, hastanın hayatta kalma süresinin uzamasıyla birlikte, devamlı bakım ve tedavi isteyen inme tanısı almış hastalıkların artması, bu hastaların mevcut yaşama alanında pek çok defa işlevsellikte azalma ya da yitirmesine neden olabilmekte, hayat standardını

azaltmakta, bağımlılık düzeyini arttırmakta ve hastanın kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmek için bakım verici birine gereksinim duymasına sebep olmaktadır. Günümüzde inme tanısı almış bir hastanın gereksinimlerini karşılayabilmek, bakım ve tedavisiyle ilgilenmek, hastalık semptomlarıyla baş edebilmek, etkin bir şekilde bakımını yapabilmek ancak bakım verme rolünü devam edebilmekle mümkündür. Bakım ya da bakım verme rolü genellikle bakım vericilerin mevcut yaşamının birçok alanında, birçok problemlerle karşılaşmasına bu nedenle de psikolojik olarak etkilenecek anksiyete ve merhamet yoksunluğuna girme olasılıkları artabilmekte ve bakım alan hastalara olumsuz sonuç doğuracağından bakım vericilerin anksiyete ve merhamet yoksunluğu faktörlerin bilinmesi ve bu sorunların önlenmesi açısından önemlidir.

2.9. İnmenin Komplikasyonları

İnme geçirenlerde komplikasyon gelişme risk oranları %40-96 arasında değişiklik göstermektedir. İnme sonrası gelişen komplikasyonlar ölüm oranlarını, fiziksel bağımsızlık sürecini etkilemektedir. Hastalık sonrası yakın zamanda oluşan ölümlerin çoğunlukla nedeni beyin ödemeine bağlı gerçekleşmektedir. Akut devreyi geçirmiş fakat kronik olmayan dönemdeki ölümler ise çoğunlukla inmenin komplikasyonları sonucunda meydana gelir. İnme geçiren hastaların oluşabilecek komplikasyonları bilmesi ve gerekli önlemlerin alınarak tedavilerini olmaları elzemdir (Karadakovan ve Onat, 2015).

2.9.1. İnmede görülebilecek komplikasyonlar

- Pnömoni, Aspirasyon pnomonisi
- Malnütrisyon,
- Yutma güçlüğü (Disfaji)
- Kaslarda sertleşme (Spastisite),
- Bilinç bulanıklığı ve anlamada bozukluk (Afazi, Disfazi)
- Yara oluşumu (bası yarası),
- Derin Ven Trombozu (DVT) ve Emboli,
- Mesane ve bağırsak sorunları
- Ağrılar,
- Üst ekstremité komplikasyonları,

- Nöbet,
- Ajitasyonlar,
- Enfeksiyonlar,
- Düşmeler,
- Anksiyete,

2.10. Bakım Kavramı

Uzun zamandan beri bakıma ilişkin birçok yazılar yazılıp araştırmalar yapılmış olmasına rağmen bakım kavramı yine de birçok belirsizlikleri taşımaktadır. "Bakım" sözcüğünün bakım vericiler tarafından gerek anlaşılabilirliği gerekse doğru kullanımının artması doğal olarak hastanın bakımının ve sağlığının gelişimine de katkı sağlayacaktır. "Bakım" kavramı, sözlüğe bakıldığında iyilik halinin korunmasını sağlamak için emek vermek, beslemek, giydirmek vb. gereksinimlerini, ihtiyaçlarını yerine getirme sorumluluğunu almak denilmiştir. (Altıok vd., 2011). Sonuç olarak bakım kavramının tarifi basit olmadığı ve aslında ilişkisel bir kavram da olabildiği hastaların temel ihtiyaçlarını karşılama, merhamet, yüceltme, değerli olduğunu hissettirme yardım ihtiyacını reddetmesine rağmen iyileştirme çabası içinde olma, sorun ve şikayetlerini çözme çabası içinde olduğu görülmektedir (Altıok vd., 2011). Bu nedenle tüm hastalar hatta tüm canlılar için önemli bir ihtiyaç ve zorunluluktur (Dinç, 2010).

2.10.1. Bakım verici kavramı

Bakım veren, bakıma muhtaç yakınının rutin ihtiyaçları örneğin temizlik ve öz bakım ev ihtiyaçlarının alışverişinde bulunma, giyinme, soyunma, yıkanma, duş alma, yeme, içme, beslenme, alışveriş, fiziksel egzersiz hareket ettirme, hastanın ilaçlarını içirme, ödemeleri yapma ruhsal ve maddi açıdan destekte bulunma, gibi pek çok desteği bir arada sağlar. Bu destekler uzun soluklu olması nedeniyle, bakım vericilerde zamanla yorucu, hem maddi hem manevi açıdan duygusal, fiziksel, psikolojik açıdan tükenmeye neden olabilecek aktivitelerdir. Bu durum nedeniyle zamanla bakım veren kendinde olumsuz baskı hissetmeye başlar. Literatürde, bakım vericilerin çoğu bu olumsuzluklara rağmen uygun bakımı vermekte buna rağmen psikolojik stres açısından olumsuz etkilenmektedirler (Draper vd., 1986).

Bakım verme, bakım verici aile üyeleri tarafından yaşamlarının birçok alanını da içine alan bir yaşantı ve sadece bir destek yöntemi ile adlandırılmayıp, hastayı etkileyecek yardımlar, fiziki ya da parasal yardım gibi birtakım destekleri kapsamaktadır. Bakım vericiler, inme tanısı almış bakıma muhtaç yakınının var olan ihtiyaçlarını ya da gereksinimlerini karşılamak için rutin yaşam eylemlerine yardım eden kişilerdir. Bu kişiler genellikle 1. Derece yakınları olmakla birlikte, hastasının rutin ihtiyaçlarını, gereksinimlerini karşılariken bakımı esnasında belirti ve bulgu yönetimi, sakatlık, ekstremitelerde hareketsizlik gibi birçok sıkıntılı hasta bakımında büyük sorumluluklar altına girmektedirler (Sánchez vd., 2013). Girmiş oldukları bu sorumluluklar her türlü ihtiyaçlarını karşılayan yakınlarında negatif yüklere sebep olabilmektedir. Bu yükler, kalıcı hastalıklara veya yetersizliği olan bakmakla yükümlü olduğu hastanın bakım vericisinin bakımını yaparken ya da ihtiyaçlarını karşılariken yetememesi baskılanmış gibi algılaması, zorlanması veya kişisel özgürlüğünü kısıtlayacak bir durum altına girmiş gibi hissetmesi olarak tanımlanabilir (İnci vd., 2017).

Bakım yükü bakım vericinin kendi mevcut ihtiyaçlarını ertelemesine sebep olabilmektedir. Ayrıca sosyal yetersizliğe girme, psikolojik fiziki açıdan sağlığının bozulması (şefkat yoksunluğu, kimsesizlik, baş ağrıları, depresiflik, anksiyete gibi istenilmeyen yaşanmışlıklara neden olabilmektedir. İçinde bulunulan bu maruziyet bakım vericilerde yaşam kalitesini azaltabilmektedir (Yu vd., 2013).

Bakım vericileri olumsuz etkilere yol açan bu rahatsızlığın uzun süreli olması, yaşamsal anlamda tehdit unsuru içermesi, mevcut yaşamlarında düzenlerinde bozulmalara neden olması, rutin işlerine ve sosyal hayatını aksatma ve benzeri nedenlerden dolayı kaygı düzeyleri artmakta, daha çok üzüldükleri gibi umutsuzluk yaşamaktalar ve çaresizlik içinde kalmaktadırlar Bakım vericilerde anksiyete merhamet yorgunluğu gibi duygulanımlara yol açabilmektedir (Akye, 2011). İnmeli hastalara bakım vermek her geçen gün ve her anlamda dahada zorlaşmaktadır. Bu nedenle de bakım vericilerde anksiyete düzeyinin artarken kişilerin merhamet düzeyinde azalmalara neden olabilmektedir (Fletcher, 1969). Bununla beraber gelişen kaybetme korkusu, biryandan evde çoğalan sorumluluklar, geleceğe dair olumsuz duygu ve düşüncelere kapılarak endişe düzeylerinin artmasıyla gelişen, bakım vericilerde anksiyete ortaya çıkmaktadır (Groves vd., 2005). Yapılan araştırmalar da

bakıma muhtaç hastaların bakım vericilerinde psikolojik problemlerin sık yaşandığını görülmektedir (Karabulutlu vd., 2013). Ayrıca teşhisin ne kadar zaman içerisinde konulmuş olması, hastanın hangi yaş aralığında olduğu hastanın rutin ihtiyaçlarını nasıl karşıladığı ya da nasıl karşılayacağı, bakım verici ile hasta arasındaki olumlu ilişkinin varlığı, sosyal anlamda desteği var mı, hastaların ve bakım vericilerin hastalık ve semptomlarıyla ilgili yeterli bilgiye sahip olmaları, bakım verme sürecinin nasıl geçeceği, hata yapma ,yanlış yapma korkuları ve benzer korkular yaşamaları bakım vericilerde anksiyete bozukluğunu artırdığı, uzun süreli bakım sürecinden sonra bakım vericilerde merhamet yoksunluğunun geliştiği belirtilmektedir (Ang vd., 2007). Anksiyete ve merhamet yoksunluğunun var olan yıkıcı etkileri bakım vericilerde hastaların gereksinimlerini karşılarken kendi sağlıklarını olumsuz etkilediği gibi hastanın da sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle önemle bilgi sahibi olmak gerekmektedir.

2.10.2. Dünyada ve Türkiye’de bakıma muhtaç bireye bakım verme durumu

Nüfusun artmasıyla birlikte paralel olarak bakım gereksinimi olan bireylerin bakım sorunu toplumlarda önemli bir sorun haline gelmektedir. Hastanın bakım ihtiyacını karşılama sürecinde önemli ölçüde sorumluluğu alan aile üyeleridir. Bakıma muhtaç hastanın bakım ihtiyacını karşılayan, bu sorumluluğu alan %75-80 oranında, kadınlar tarafından yerine getirilmektedir. Bakım ihtiyaçları karşılanan inmeli hastalara bakım vermede listenin başında eşi, kızları, gelinleri bulunmaktadır (Karapolat, 2009). Ülkemizde de bakıma muhtaç yakınlarının gereksinimlerini karşılayan aile içerisinde bulunan kadın ya da eşi tarafından yapılmaktadır (Adak, 2003). Yapılan benzer bir çalışmada 65 yaşı geçen hastaların bakım vericilerinin %96.9’unun kadın olduğu belirtilmiştir (Akça ve Taşçı, 2005).

2.10.3. Bakım verene ait sosyo-demografik özellikler

Birinci derece bakım verenlerde yaş, cinsiyet, hastaya olan yakınlılığı, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, gelir durumu, medeni durum, meslek, bereber yaşadığı kişiler, sosyal güvence gibi sosyo-demografik özellikler bakım vericilerin anksiyete ve merhamet düzeylerini etkileyebilmektedir.

2 10.4. Bakım verenlerin karşılaştıkları sorunlar

Hastaya bakım veren 1. Derece yakını, hastanın ansızın inme geçirmesinden dolayı, bakım vermeye hazır olamayışı, olumsuz sıkıntılara maruz kalmasına, fiziksel ve duygusal anlamda zorluklar yaşamasına, ekonomik sıkıntılara maruz kalmalarına neden olabilmektedir. Bakım verenlerin ortalama yarısında ekonomik sorunlar varken, yarısından fazlasında ise sağlık sorunları gelişmektedir (Karabuğa ve Pınar, 2013).

2.10.4.1. Emosyonel sorunlar

Bakım verenler sinirlilik ve öfke kontrolsüzlüğü, hayal kırıklığı, kaygı düzeyinde artma ve huzurlu olamama, uyku problemleri, iğneleyici, normal olmayan davranışlarda bulunma üzgün olma, yalnız ve zorlandığını hissetme, kendini sevmeyen, kınayan ve beğenmeyen, normal olmayan çözüm davranışları, iğneleyici davranışlar, zorlanma, üzüntü, yarımsızlık, umutsuzluk depresyon gibi duygusal sorunlar yaşayabilmekte ve en çok anksiyete ve mahremiyet yoksunluğu yaşamaktadırlar. İnmeli hastalara bakım verenlerin, gereksinim ve ihtiyaçlarını karşılama döneminin ilk aylarında anksiyete ve mahremiyet yoksunluğu yaşamakta ve eğitim düzeyi düşük olanlarda daha çok görülmektedirler. 1. Derece Bakım verenler aile ya da birey sosyal ortamından ve aktivitelerinden, fedakarlık yapmak zorunda kaldığından kendini kısıtlanmış hissedebilmektedir. Bu durum, bakım vericilerin kendilerini arkadaş ortamından kopmuş, yalnız bırakılmış hissine kapılmasına neden olabilmektedir. (Aşiret ve Kapucu, 2012).

2.10.4.2. Fiziksel sorunlar

Bakım verme, bakım verenler için yoğun stres sebebidir ve bakım vericinin sağlığını negatif yönde etkilemektedir. Bakım verenlerde geçmeyen kalıcı yorgunluklar, kilo alma ya da zayıflama, düzensiz uyku, geçmeyen eklem kas ağrıları, konsantrasyon güçlüğü ve kendi öz bakımına gerekli vakti ayıramama gibi benzer sebeplerden sağlık sorunları yaşayabilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada inmeli hastaların bakım vericilerinin %31,5'inin yorgun yaşadığı belirtilmiştir (Altınbaş, 2006). Ayrıca özellikle 1. Derece bakım verenlerde görülen yorgunluk kronikleşmekte, baş boyun ve sırt ağrılarına, daha çok hasarlanmaya sebep olabilmektedir. Yine yapılan bir çalışmada 25 inme tanısı almış hastaların bakım vericilerinin %50'sinde tansiyon hastalıkları, romatizmal hastalıklar, migren atakları,

kalp hastalıkları, baş ağsısı gibi kronik hastalıkların görüldüğü belirtilmiştir (Morimoto vd., 2003).

2.10.4.3. Finansal sorunlar

Bakım vericiler sağlık güvencesi kapsamında bir takım karşılanmayan bakım masraflarının hem giderler açısından hem de bakım verene ek yük oluşturmaları ayrıca bakım verme sebebiyle mevcut işlerinin sonlandırılması gibi ekonomik sorunlarla karşılaşmaktadırlar. Hastalar inme nedeniyle çalışamamakta hem hastalığının hem de bakım vermenin maddi giderleri artmış olması beraberinde bakım vericilerinin de iş e gidememesi, ailede ekonomik zorlukların yaşanmasına neden olmaktadır (Aşiret ve Kapucu, 2012).

2.11. Anksiyete ve Anksiyete Bozukluğu

Anksiyete, korkuların, kaygıların hüküm sürdüğü, birçok psikopatolojiyle meydana gelen, birçok rahatsızlığın zeminini oluşturan bir duygu durumudur. Psikolojik anlamda birçok araştırmalara konu olan sıkıntılardan biri anksiyetedir (Şahin vd., 2011). Anksiyete sıkıntı verici hoşnutsuz belirtileriyle farklı duygu durumlarından uzaklaşan bir duygu durum biçimidir. Kaygılanma veya bunalım diye de adlandırabiliriz. Bireylerde çarpıntı, nefes almada zorlanma, çabuk nefes alıp verme, ekstremitelerde titreme ve terleme gibi bulgularla beraber, ruhsal anlamda sıkıntılanma darlanma, kalp çarpıntısı, aniden kütü bir durum olacakmış hissine kapılarak korkma, sayılabilir. Bazı tanımlar anksiyeteyi, nerden geleceği bilinmeyen büyük bir tehlike ile karşılaşma düşüncesi ve tehlike beklentisiyle sınırlı bir duruma getirerek ürkmeden ayırır. Anksiyete, bireyin ilk defa karşılaşacağı şartlar karşısında ortama uyum sağlamasını zorlaştıracığı gibi bakım vericilerin psikolojik dayanıklılıklarında azalmalara neden olabilmektedir.

Anksiyete, kişinin psikolojik açıdan gelişimine olumlu katkı sağladığı gibi önleyici işlevide bulunabilmektedir. Anksiyetede maladaptif ne zaman gelişeceği, ya da ne durumda nerede adaptif olacağının belirlenmesi önem ve gereklilik arz etmektedir. Anksiyeteye ilgili uyarılmışlık insan performansını olumlu pozitif anlamda etkilediği optimal aralık dilimi vardır. Ne zaman biteceği belli olmayan süregenleşmiş, kişiler arasında bireylerin verimliliğini azaltan, verimini düşüren, mevcut ilişkilerde bozulmalara sebep olan, çoğunlukla titremeyle, çarpıntıyla başlayan

ağızda kuruluk, kaslarda gerginlik gibi bir takım fiziksel belirtilerin de beraberinde yaşandığı kendi aralarında olumsuz ilişkiler kuran anksiyete durumu patolojik biçimde değerlendirilmelidir (Karamustafalıoğlu, 2010).

Anksiyete, baskılamış olduğumuz duygu ve düşünceleri, arzularının kendi iç yapısının sıkıntılarını endişelerini korkularını yoğun bir biçimde hissetmesi şeklinde karakterize edilebilir. Anksiyetenin bu formatı, obsesyonel nöroz, histeri, fobi gibi psikonörozlardan sorumludur (Cozolino, 2014). Uzun dönem ders çalışıp sınav gününün gelip çatması ve sınav anı, yetişkinlerde hastalıkların başlaması veya sık sık ölümü anması ve hastalanan bireylere maruz kalması gibi durumlar, bu bireylerde oluşabilecek anksiyete normaldir. Anksiyete hayatın varlığının ne anlama geldiğini kendini bilmenin kendini anlamamanın, hiç bilmediğin, yaşamadığın anlara tanıklık yapmanın büyümenin gelişmenin her anlamda olgunlaşmanın en doğal bir komponentidir. Patolojik anksiyete ise, bu durumun tam aksine, ne zaman, nerede, ne yoğunlukta çıktığına bakılmaksızın karşısına çıkan uyarana anormal bir cevap olarak ortaya çıkar (Cozolino, 2014).

Anksiyete duyusu genellikle birçok insanlar tarafından sıkça karşılaşılmış yaygın olan bir duygudur. Bu duygu, endişelerin belirsizlik duygusu, hoşnutsuzluk yaygınlık hisleri ile karakterizedir. Yoğunlukla otonomik semptomlar aracılığıyla kendini gösterir. Otonomik semptomlar baş ağrıları, yaygın terleme, kalp çarpıntısı, nefes alamama sıkışma hissi, mide ağrısı gibi baş gösterir. Anksiyeteli bir kişi kendini, aynı zamanda huzursuz da hissedebilir. Bu nedenle uzun süre ayakta ya da uzun süre oturma durumunda kalamayabilir (Balcıoğlu ve Ünsalver, 2006).

Anksiyete ile ilgili yapılan çalışmalar ele alındığında tüm verileri analize katarak incelendiğinde tüm yaşamı boyunca anksiyete bozukluğu geçirme oranı %25 civarlarındadır. Bu denli yaygınlaşmasından dolayı, anksiyete bozukluklarını daha çok ele alarak önem verilmesi gerekmektedir. Geçmiş yıllarda yapılan literatür araştırmalarında panik bozukluklarıyla karşılaşma oranı %3 obsesif-kompulsif bozukluklarıyla karşılaşma oranı %2-3, sosyal anksiyete bozukluklarıyla karşılaşma oranı %13, yaygın anksiyete ile %5, özgül fobi ile %11 ve travma sonrası stres bozukluğu ile %3'tür. Araştırmalarda çocuklarda ve ergenlerde görülen anksiyete bozuklukları %5-18 aralığında olduğu gözlemlenir (Koçer vd., 2004).

2.11.1. İnme hastalara bakım verenlerde anksiyete bozuklukları

Bakıma muhtaç yakınlarının bakımını üstlenen 1. Derece hasta yakınları uzun süreli bakım vermeleri nedeniyle kronik sağlık sorunlarının varlığı, yaşlı birey olmaları ve sosyal destek açısından yalnız bırakılmış olmaları gibi nedenler sosyal açıdan, fiziksel ve ekonomik açıdan birçok sorunların yaşanmasına neden olabilmektedir. Ayrıca hastaya evde bakım verenlerin özgürlüklerinin kısıtlanması, kendisine ya da diğer aile üyelerine yeterince ilgi ve alaka gösteremediklerinden bu durum ruhsal anlamda negatif yönde etkilediği ve anksiyete gibi bozuklukların da görüldüğü bildirilmektedir (Gönen ve Hablemitoğlu, 1993).

Hasta yakınlarının bakımı sırasında sıkça rastlanan ruhsal anlamda yaşanan zorluklar; kaygı ve huzursuzluk, uyuyamama, benlik saygısını yitirme ya da azalma, depresyon, merhamet yorgunluğu, yalnızlık hissi ve artan ilaç kullanımı şeklinde görülebilmektedir. Bakım veren 1. Derece yakınları bakımına ilişkin duygularını baskılasa stres, anksiyete gibi durumların daha çok görülme riski oluşabilir, bu nedenle oluşabilecek bakıma ilişkin anlaşmazlıklar ve bu anlaşmazlıkların sonucunda bakım verenlerde gelişen baskı hissi isteksizlik ve kaygı düzeylerinde artış, bakım sürecinde önemli olduğu belirtilmektedir (İnci ve Erdem, 2006).

2.12. Merhamet

Merhamet, tüm insanlık olarak tarif edilmemiş denilmiş olsa da (Burnell and Agan, 2013) bilimsel yayın havuzunda merhametle kavramıyla ilgili birçok tanımlamaların var olduğu görülebilmektedir. Mesela merhamet, bir bireyin acı çektiğini sürekli olarak izlemesi, görmesi, karşılaşması sonucu hastaya yardım etme isteğinin, acıma hissinin oluşmasına sebep olabilen duygu durumudur (Burnell and Agan, 2013). Başka bir tanıma göre merhamet, birtakım bireylerin çekmekte oldukları sıkıntılarına, dertlerine, güçsüzlüklerine dayanamama ve acıma duygusuyla şevkat göstermek, hastayla birlikte acı hissetmektir (Akbaş vd., 2013).

Merhametlilik, kendisinin veya etrafındaki bireylerin acılı üzüntülü hallerine karşı kendilerinde oluşan farkındalık, hatta onlara yardım ederek sıkıntılarından kurtarmaya çalışmak, onları mutlu edebilmek ve yaşadıkları zorluklara karşı yardımcı olmaya çalışmak durumudur. Örneğin; merhamet kavramından bahsedildiğinde bireyin aklına ilk olarak acıma duygusu gelebilir. Bakıma muhtaç bireylerin zor şartlar

altında yaşamalarından ve muhtaçlıklarından dolayı merhamet kavramına benziyor olsa a acıma duygusu gelişebilmektedir. Acıma duygusunda bireye yardım destek sağlama potansiyeli düşükken merhamet duygusunda çok daha fazladır (Yıldız ve Kavak, 2017). Acıma hissinde, acımış olduğu bireylere karşı kendilerini üstün görebilmeleri, kibirlenebilme ihtimali görülebilirken merhamet hissinde bu duyguların görülme ihtimali düşüktür (Akbaş vd., 2013; Jazaieri vd., 2018).

Merhamet duygusuyla birlikte empati duygusunuda kullanabilmekteyiz. Empati, başkalarıyla kendi duygularını paylaşma biçimi (Bernhardt ve Singer, 2012) ve onların neler hissettiklerini anlama (Deane-Drummond, 2017) olarak belirtilmektedir. Empati ile sempati merhametin en temel özelliklerindendir (Gilbert vd., 2011). Olumlu olabildiği gibi olumsuz da olabilmektedir. Fakat merhamet olumlu bir bakış açısına sahipken olumlu eylemlerde ve faaliyetlerde bulunabilmek için empatiye ihtiyaç duyar (Deane-Drummond, 2017). Merhametli olmada bir diğer kavram ise adalet duygusudur. Literatürde insanların yardımcı olmalarına, iyilik peşinde koşmalarına, iyilik yapmada yönlendirici etkisinin olduğu söylenmektedir (Akbaş vd., 2013).

2.12.1. Merhamet yorgunluğu

Merhamet, bakıma muhtaç bireylerin acılarını hafifletebilmek için faaliyetlerde bulunmada önemli bir yönlendirici olarak bilinirken, merhamet yorgunluğunda ise, travmatize olaylarla karşılaşan, yaygın ağrılar çeken, bakım gereksinimi olan hasta yakınlarına yardımcı olmanın olumlu olmayan sonucu olduğu söylenilebilmektedir. (Newland vd., 2016), merhamet yorgunluğu, bakıma muhtaç bireylere beslenen merhamet duygularının zamanla kademeli bir şekilde azalarak hafiflediği tanımlanmıştır.

Empatik olarak yaklaşan bakım vericiler, yardım ettikleri bireylerin bakım ihtiyaçlarını karşılarlarken travmatize oldukları streslerini özümseyebileceğini söylemiş ve böylelikle, merhamet yorgunluğunu “yakınlarının bakım ihtiyaçlarını karşılayan bireyleri etkileyen tükenmişlik biçimi” olarak ifade etmiştir. Joinson’un belirtmesine göre merhamet yorgunluğu, yaptığı eylemden işinden memnun olamama ya da sistemik bir durum sonucu yaşanmış hayal kırıklıkları ile ilişkisi bulunmayan tükenmişliğin bir çeşidi olarak söylenmiştir (Circenis and Millere, 2011) göre, (Joinson, 1992), merhamet yorgunluğunu, yakınlarının gereksinimlerini karşılarlarken

vermiş olduğu emek adlandırmış ve Sekonder Travmatik Stres'in (STS) klinik tanımı için, merhamet yorgunluğunun ise, yaşanmışlık için daha gerçek bir tanım olduğunu belirterek bu kavramların birbirinin yerine de kullanılabileceğini belirtmiştir.

Uzun süre zarfında acı çeken bireylerle bir arada kalan bakım vericiler, kendilerinin de bir anda anlamadan aynı duygulara kapıldıklarını, acılarını, sıkıntılarını, yaşadıklarını dikkat çekmektedir (Jenkins and Warren, 2012). Bakım veren 1. Derece hasta yakınları emek verdikleri hastalarının, acı çekmelerine uzun dönem tanıklık etmelerinden kaynaklı yoğun merhamet yorgunluğuna girerler. Bu durum sonucunda merhamet yorgunluğu, bakım vericilerin bu bakım süreci içerisindeki yaşanmışlıkların bir karşılığı olarak da söylenilmektedir (Şirin ve Yurttaş, 2015).

2.12.2. Merhamet yorgunluğunun gelişimi

Merhamet yorgunluğunun, bakım veren, emek veren kişilerin empatik açıdan yaklaşımına göre, travmaya ne kadar maruz kalmış ya da stres faktörünü yoğun bir şekilde yaşamışlarsa bu bireylere bakım vermenin nihayi bir sonuç olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir (Figley, 2002). Diğer açıdan varılan yargı ise iyileşmeleri gerçekleşemeyen hastalara, düzelme olamadığı için uzun süre tedavi ve bakımlarına maruz bırakılmalarından dolayı ve bu süreçte yüksek bir şekilde efor ve şevkat göstermeleri, sonucunda meydana gelmiştir (Circenis ve Millere, 2011). Merhamet yorgunluğu, bakım ihtiyacı olan bir bireyin bakım ihtiyaçlarını ve gereksinimlerini karşılarken hastanın duygu ve düşüncelerini anlayarak ona duygudaş ilişkisi içerisinde yaklaşımı sonucunda gelişebilmekte ve bakım verme sürecine yoğun olarak maruz bırakılan bakım vericilerde görülmektedir (Hooper vd., 2010).

Merhamet yorgunluğu, travmatize olmaları sonucunda Travma Sonrası Stres Bozukluğu geçiren bireylerin yaşamış olduğu travma hikayesini bilen dinleyen kişilerinde etkilenebildiği görüşünü temel almaktadır. (Figley, 2002), bakıma muhtaç bireylerin bakım ihtiyaçlarını giderme, bakma ve duygudaşlık yani empatik olmanın merhamet yorgunluğuna neden olabilen etmenler olduğunu belirterek, merhamet yorgunluğunun bakımın bir sonucu olarak geliştiğini belirtmiştir.

2.12.2.1. Fiziksel belirtiler

Bireylerin mevcut enerjilerinin bitmesi, uzun süren baş ağrıları, yorgunluk hissi, düzensiz dengesiz tansiyon, düzensiz nabız, bozulmuş uyku alışkanlıkları, mide ve bağırsak problemleri yaşamak, bağışıklık sisteminde bozulmalar, kilo değişiklikleri (Aycock ve Boyle, 2009; Showalter, 2010).

2.12.2.2. Davranışsal belirtiler

Bireylerin hata yapmalarındaki artışlar, kişisel bakımlarını yapamama ya da yapmak istemekten vazgeçme, yaşantısından zevk alamama, madde kullanımları, iştah azalması, bağımlılık gösterme (Coetzee and Klopper, 2010).

2.12.2.3. Duygusal belirtiler

Bireylerde öfkeli olma hali, sinirli ve tahammülsüzlük, anksiyete gelişimi, duygusal anlamda çökme hali, yoğun hassasiyet, empatik olamama, huzursuz olma umudunu yitirme (Coetzee and Klopper, 2010; Showalter, 2010; Yıldız ve Kavak, 2017).

2.12.2.4. İş ile ilgili belirtiler

İşe gitmek istememek ya da sıkıntılar yaşamak, işe gecikmek, sürekli işten izin almak, işe devam etmekte aksaklıklar yaşamak, hastaya karşı empatik olamamak, hastaya bakım vermeyi istememek ya da oldukça azalması, hatta bakım verdiği ilgilendiği hastasını istememe, korkma, umursamama ve hastasıyla alaylı davranışlarda bulunma, iş problemlerinde tepkisiz kalma (Coetzee and Klopper, 2010; Showalter, 2010; Yıldız ve Kavak, 2017).

2.12.2.5. Manevi belirtiler

Bireyin maneviyatına inancına saygılı olamamak, İnanç ve değer yargılarında farklılaşmalar, Manevi açıdan duyarsızlık (McHolm, 2006).

2.13. Tükenmişlik

21. yüzyılın en başta gelen önemli sorunları arasında tükenmişlikte yerini almıştır. Tükenmişlik, Freudenberger tarafından yazılmış yazının sonucu olarak

literatüre ilk defa 1974 yılında katılarak, kavram şeklinde bizlerle buluşmuştur (Kışmır and İrge, 2020). Tükenmişlik düzeyine gelen bireylere güçlü olma ve inanç duygusu en önemli ihtiyaçlarının başını çekmektedir. Bu tükenmişlik durumundan kurtulmak için hayata karşı bakış açısının, duygu ve düşüncelerinin, değerlerinin öncelik sıralamalarının olumlu anlamda değiştirilmesi ve geliştirilmesi gerekir. Birilerini memnun etmek zorundaymış gibi hissetmemelidir. İnsanları kırmaz incitmez ve onları memnun ettiğinde herkesin onu seveceği gibi mantıksız inançlarının, düşüncelerinin, olumsuz algılarının yeniden ele alınarak yapılandırılması gerekmektedir (Demirbilek vd., 2011).

2.13.1. Sekonder (İkincil) travmatik stres (STS) ve sekonder travmatik stres bozukluğu (STSB)

Sekonder travmatik stres, uzun süre tedavi görmelerinden kaynaklı sürekli acı çekmeleri ve bu acıya, zor anlarına yetersizliklerine, bakım vericilerin tanıklık eden (Figley, 2002). Diğer bir anlatımla, bireyin yaşamında travmatik bir yaşam öyküsünün olması sadece kendi etkilendiği gibi, birlikte yaşadığı bireyleri de etkilemektedir. Dolayısıyla travmatize olan yakınlarından etkilenen bireylerin de aynı travma sonrası stres bozukluğunda olduğu gibi artan uyarılmışlık, yeniden yaşantılama ve kaçınma gibi bulgular gösterebildiği bilinmektedir. Travmatize olmuş bireylerle yaşayan bakım verenler, travmaya dolaylı olarak maruz kalmaktadırlar ve bakım vericilerin yaşamakta oldukları bu durum ise ikincil travmatik stres kavramı ile ifade edilmektedir (Özkul ve Var, 2018).

2.13.2. Post travmatik stres bozukluğu

Bireyin ister doğrudan olsun ister dolaylı olsun stres faktörüne maruz kalması sonucunda organizmanın vereceği psikolojik veya biyolojik tepkilerdir. Post Travmatik Stres Bozukluklarında karşılaşılan özellikler arasında; trafik kazaları, tacizler, iş kazaları, depremler, yangınlar, seller gibi kişileri derin sarsıcı nedenlerden sonra ortaya çıkan kendine özgü belirtilerdir.

3. YÖNTEM

Araştırma içerisinde konu ile alakalı literatür taraması (Google Akademik, Dergipark v.b bilimsel içeriği olan kitaplar dergiler) yapıp araştırmanın tasarımı oluşturulmuştur. Veri toplamaya dair araçları ve örneklemin yöntemi belirlenmiştir. Toplanan verilerin analizi ve yorumlanmasından sonra sonuca ulaşılmıştır.

3.1. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmayı, Düzce Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezi Nöroloji Polikliniğine başvuran inme tanısı alan hastaların birinci derece yakınları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini, araştırma kapsamına alınma kriterlerine uyan inme tanısı alan hastaların birinci derece yakınları oluşturmıştır.

Örneklemini ise en az 6 aydır bakım veren 18 yaş üstü 1. Derece yakını olan tüm bakım verenler (130 kişi) oluşturdu. Araştırmada gönüllülük esas alınmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Aralık 2022-Mayıs 2023 tarihleri arasında Düzce’de yaşayan bireyler arasında yapılmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama araçları olarak bilgi formu, beck anksiyete ölçeği, merhamet yorgunluğu ölçeği kullanılmıştır.

3.3.1. Bilgi formu

Bu form katılımcıların tanıtıcı bilgilerini içeren araştırmacı tarafından hazırlanan formdur Literatüre dayalı olarak araştırmaya alınacak kişilerin sosyo-demografik özellikleri hakkında bilgi sahibi olmak için bakım verene yönelik 10 sorudan oluşmuştur (EK 1).

3.3.2. Beck anksiyete ölçeği

Sık görülen rahatsızlıklardan olan Anksiyete önemli bir sorundur ve kişinin hayatını negatif etkilemektedir. Ciddi bir rahatsızlık olan Anksiyete bozukluğu kişide kaygı yaratmakta ve ani panik durumunu ortaya çıkartmaktadır. Sosyal Anksiyete ise kişinin başkalarının yanında panik yaşaması, ellerinin titremesi ve sesinin titremesi ile görülür. Beck anksiyeti ölçeği Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen ölçek, anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılmaktadır (Beck vd. 1988). Ülkemizde beck anksiyete ölçeği geçerlilik güvenirlik çalışması 1988 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. Geçerlilik ve güvenirliği yapılan ölçeğin tüm sağlık personeli için Cronbach 42 Alpha: 0.92 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0.92 olarak bulunmuştur. 21 maddeden oluşan ve her bir madde 0 ile 3 arasında puanlanan likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 63' tür. 8-15 puan 'hafif düzeyde anksiyete', 16-25 puan 'orta düzeyde anksiyete', 26- 63 puan 'şiddetli düzeyde anksiyete' şeklinde sınıflandırılmıştır (Ulusoy vd., 1988).

BAÖ ve semptom olmayan durumlar arasındaki korelasyonlar da teorik olarak anksiyete veya depresyon ile ilişkilidir. BAÖ yüksek düzeyde geçerlilik göstererek anksiyete ile depresyonu birbirinden ayıracak şekilde düzenlenmiş olan güvenilir bir ölçektir (Beck ve Brown, 1987; Beck vd., 1988).

Beck Anksiyete ölçeği bireylerde görülen bu rahatsızlığın seviyesinin ne olduğunu öğrenmek amacıyla kullanılmaktadır. **Anksiyete ölçeği** kullanımının ardından ise tedavi süreci belirlenmekte ve kişinin rahatsızlığının seviyesi ölçülmektedir (EK 2)

3.3.3. Merhamet yorgunluğu ölçeği

Merhamet bakım ihtiyacı olan bireyler için çok elzem bir duygudur. Çünkü, bakım vericilere sürekli bağımlılıkları ve hizmetlerine muhtaç oldukları için merhametli yaklaşımlarına ihtiyaç duyarlar. (Beauchamp and Childress, 2001; Burkhardt and Nathaniel, 2013). Raes vd. (2011), tarafından merhametli olma seviyelerini belirleyebilmek için bulunan ve sevecenliğini, umursamazlığını, paylaşımlarının farkına varma, bağlantılı olamama, bilinçli farkındalık ve ilişki kesme gibi altı alt boyuttan ve beşli likert tipi, 24 maddeden oluşmuş Merhamet Yorgunluğu

Ölçeği kullanılmıştır. Merhamet Yorgunluğu Ölçeği Deniz ve Akdeniz tarafından 2016 yılında Türkçe formuna çevrilmiş geçerlilik güvenirlik çalışması yapılmıştır (EK 3)

3.4. Verilerin Analizi

Araştırma yapılarak sonucu bulunan verileri, SPSS 22 istatistik paket programı uygulanarak incelenmiştir. Sonuçlar incelenirken yüzdelik dağılımlarına ve ortalamalarına, frekans, yüzde, pearson momentler çarpımı korelasyon analizleri, t testi, tek yönlü varyans analizleri, yapılarak veriler sonuçlandırılmıştır.

Sayısal değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma veya medyan ve çeyreklikler; kategorik değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler ise sayı ve yüzde (%) olarak verilmiştir. Sayısal değişkenler için normallik varsayımı, Kolmogorov-Smirnov Testi ve histogram grafikleri ile denetlenmiştir. Sosyodemografik özelliklerin normal dağılım gösteren sayısal değişkenler bakımından iki grup karşılaştırılmasında Student's T-Test; ikiden çok grup karşılaştırılmasında ise Tek Yönlü Varyans Analizi kullanılırken; normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenler bakımından iki grup karşılaştırılmasında Mann-Whitney U Testi; ikiden çok grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Ayrıca, sayısal değişkenler arasındaki ilişkiler, normal dağılım varsayımı sağlandığı durumda Pearson korelasyon katsayısı kullanılarak; normal dağılım varsayımı sağlanmadığı durumda ise Spearman's Rho katsayısı kullanılarak incelenmiştir.

Verilerin değerlendirme aşamasında SPSS (PASW ver.20) istatistiksel inceleme paket programı uygulanmış ve anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Yaş sayısal değişkeni ve ölçek puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.1’de verilmiştir.

Tablo 4.1: Yaş Değişkeni ve Ölçek Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

	Ort. $\pm$ S.S.	Ortanca (Minimum-Maksimum)
Yaş	46,13 $\pm$ 12,17	47 (20-75)
Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanı	21,16 $\pm$ 11,08	22 (0-51)
Merhamet Ölçeği		
Sevecenlik	8,86 $\pm$ 3,52	9 (4-20)
Umursamazlık	13,39 $\pm$ 3,50	13 (4-20)
Paylaşımların Bilincinde Olma	9,55 $\pm$ 3,07	10 (4-20)
Bağılantısızlık	13,25 $\pm$ 3,29	13 (4-20)
Bilinçli Farkındalık	9,26 $\pm$ 3,14	10 (4-20)
İlişki Kesme	13,38 $\pm$ 3,31	13 (5-20)
MÖ Toplam Puanı	67,69 $\pm$ 11,39	67 (32-120)

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 46,13 $\pm$ 12,17 olarak elde edilmiştir. Tüm katılımcılar arasında BAÖ toplam puan ortalaması 21,16 $\pm$ 11,08 ve MÖ toplam puan ortalaması ise 67,69 $\pm$ 11,39 olarak bulunmuştur. MÖ alt boyut puanlarına bakıldığında; sevecenlik alt boyut puan ortalamasının 8,86 $\pm$ 3,52, umursamazlık alt boyut puan ortalamasının 13,39 $\pm$ 3,50, paylaşımların bilincinde olma alt boyut puan ortalamasının 9,55 $\pm$ 3,07, bağlantısızlık alt boyut puan ortalamasının 13,25 $\pm$ 3,29, bilinçli farkındalık alt boyut puan ortalamasının 9,26 $\pm$ 3,14 ve ilişki kesme alt boyut puan ortalamasının 13,38 $\pm$ 3,31 olduğu görülmüştür (Tablo 4.1).

Tablo 4.2: Kategorik Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler (n=128)		Sayı	%
Cinsiyet	Kadın	93	72,7
	Erkek	35	27,3
En Son Bitirilen Okul	İlkokul	56	43,8
	Ortaokul	18	14,1
	Lise	40	31,3
	Üniversite	14	10,9
Medeni Durum	Evli	110	85,9
	Bekar/Dul/Boşanmış	18	14,1
Çalışma Durumu	Evet	45	35,2
	Hayır	83	64,8
Aylık Gelir Durumu	Gelir giderden az	56	43,8
	Gelir gidere eşit	68	53,1
	Gelir giderden fazla	4	3,1
Çocuk Var mı?	Evet	110	85,9
	Hayır	18	14,1
Kaç Çocuk Var?	0	18	14,1
	1	11	8,6
	2	47	36,7
	3	28	21,9
	4	15	11,7
	5 ve 6	9	7,0
Bakılan Kişi	Abi	1	0,8
	Anne	59	46,1
	Baba	33	25,8
	Çocuk	2	1,6
	Eş	33	25,8
Bakım Verirken Yardım Eden Var mı?	Evet	127	99,2
	Hayır	1	0,8
Yardım Eden Kişi	Anne	2	1,6
	Çocuk	82	64,1
	Eş	32	25,0
	Gelin	11	8,6
	Kardeş	1	0,8
Kronik Hastalık Var mı?	Evet	72	56,3
	Hayır	56	43,8
Düzenli Kullanılan İlaç Var mı?	Evet	75	58,6
	Hayır	53	41,4
Ruhsal Hastalık Var mı?	Evet	27	21,1
	Hayır	101	78,9

Kategorik değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler Tablo 4.2’de verilmiştir. Çalışmaya alınan 128 kişinin 93’ü (%72,7) kadın, 35’i (%27,3) erkektir. 56 (%43,8) kişi ilkokul, 18 (%14,1) kişi ortaokul, 40 (%31,3) kişi lise ve 14 (%10,9) kişi ise üniversite mezunudur. Çalışmada yer alan kişilerden 110’u (%85,9) evli iken 18’i (%14,1) bekar, dul ya da boşanmış ve 45’i (%35,2) çalışırken 83’ü (%64,8) çalışmamaktadır. Aylık gelir durumları incelendiğinde, 56 (%43,8) kişinin geliri giderinden az, 68 (%53,1) kişinin geliri giderine eşit ve 4 (%3,1) kişinin geliri giderinden fazla olarak bulunmuştur. 110 (%85,9) kişinin çocuğu varken, 18 (%14,1) kişinin ise çocuğu yoktur. Çocuğu olanlardan 11’i (%8,6) bir çocuk, 47’si (%36,7) iki çocuk, 28’i (%21,9) üç çocuk, 15’i (%11,7) dört çocuk ve 9’u (%7,0) beş ve altı çocuk sahibidir. Çalışmaya alınanlara bakım verdikleri kişinin kim olduğu sorulduğunda, 1 (%0,8) kişi abisine, 59 (%46,1) kişi annesine, 33 (%25,8) kişi babasına, 2 (%1,6) kişi çocuğuna ve 33 (%25,8) kişi eşine baktığını söylemiştir. 127 (%99,2) kişiye bakım verirken yardım eden varken, 1 (%0,8) kişiye yardım eden yoktur. Bakım verirken yardım alanlardan 2’si (%1,6) annesinden, 82’si (%64,1) çocuğundan, 32’si (%25,0) eşinden, 11’i (%8,6) gelininden ve 1’i (%0,8) kardeşinden yardım almaktadır. Çalışma yer alan 72 (%56,3) kişinin kronik hastalığı varken, 56 (%43,8) kişinin kronik hastalığı yoktur. 75 (%58,6) kişi düzenli ilaç kullanmakta, 53 (%41,4) kişi kullanmamaktadır ve 27 (%21,1) kişinin ruhsal hastalığı varken, 101 (%78,9) kişinin ise herhangi bir ruhsal hastalığı yoktur.

Kategorik değişkenlerin kategorilerinin BAÖ toplam ve MÖ toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 4.3’te verilmiştir. Tablo incelendiğinde; BAÖ bakımından kadınların puan ortalaması, erkek olanların ortalama puanlarının istatistiksel anlamda anlamlı olarak yüksek bulunmuş ($p=0,003$), diğer değişkenlerin kategorileri arasında BAÖ puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (tüm p değerleri $>0,05$).

MÖ bakımından ruhsal hastalığı olmayanların puan ortalaması, ruhsal hastalığı olanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş ($p=0,006$), diğer değişkenlerin kategorileri arasında MÖ puan ortalaması açısından istatistiksel anlamda, anlamlı bir farka rastlanmamıştır (tüm p değerleri $>0,05$).

4.1. Back Anksiyete Ölçek Puanının Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi

BAÖ puanının sosyodemografik değişkenler bakımından karşılaştırılmasına ilişkin elde edilen sonuçlar Tablo 4.3'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde, yalnızca cinsiyet bakımından BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür. Buna göre, kadınların BAÖ puan ortalaması, erkeklerin ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Diğer değişkenler bakımından ise BAÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır.

Tablo 4.3: Beck Anksiyete ve Merhamet Ölçeklerinin Toplam Puanlarının Kategorik Özellikler Bakımından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	BAÖ Toplam		MÖ Toplam	
			Ort ± SS	p	Ort ± SS	p
Cinsiyet	Kadın	93	22,89 ± 10,49	0,003	67,36 ± 9,89	0,592
	Erkek	35	16,54 ± 11,43		68,57 ± 14,79	
En Son Bitirilen Okul	İlkokul	56	20,30 ± 11,63	0,796	68,96 ± 13,03	0,592
	Ortaokul	18	20,78 ± 11,96		64,67 ± 11,61	
	Lise	40	22,60 ± 10,17		67,00 ± 9,30	
	Üniversite	14	20,93 ± 10,95		68,42 ± 11,39	
Medeni Durum	Evli	110	21,36 ± 11,38	0,603	67,15 ± 11,86	0,184
	Bekar/Dul/Boşanmış	18	19,89 ± 9,19		71,00 ± 7,34	
Çalışma Durumu	Evet	45	21,80 ± 11,89	0,630	68,60 ± 13,25	0,507
	Hayır	83	20,81 ± 10,67		67,19 ± 10,30	
Aylık Gelir Durumu	Gelir giderden az	56	19,73 ± 10,46	0,287	69,70 ± 12,04	0,775
	Gelir gidere eşit	68	22,56 ± 11,39		65,81 ± 10,76	
	Gelir giderden fazla	4	17,25 ± 13,94		71,50 ± 11,39	
Çocuk Var mı?	Evet	110	21,63 ± 11,19	0,619	67,32 ± 11,94	0,367
	Hayır	18	19,94 ± 10,58		69,94 ± 7,03	
Kronik Hastalık Var mı?	Evet	72	22,22 ± 11,41	0,218	67,07 ± 10,61	0,489
	Hayır	56	19,79 ± 10,58		68,48 ± 12,37	
Düzenli Kullanılan İlaç Var mı?	Evet	75	22,05 ± 11,36	0,278	66,76 ± 10,62	0,275
	Hayır	53	19,89 ± 10,65		69,00 ± 12,38	
Ruhsal Hastalık Var mı?	Evet	27	24,82 ± 10,90	0,053	62,33 ± 9,18	0,006
	Hayır	101	20,18 ± 10,98		69,12 ± 11,53	

Tablo 4.4: Merhamet Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Kategorik Özellikler Bakımından Karşılaştırılması

Değişkenler		n	Sevecenlik		Umursamazlık		Paylaşımların Bilincinde Olma		Bağılantısızlık		Bilinçli Farkındalık		İlişki Kesme	
			Ort ± SS	p	Ort ± SS	p	Ort ± SS	p	Ort ± SS	p	Ort ± SS	p	Ort ± SS	p
Cinsiyet	Kadın	93	8,62 ± 3,43	0,219	13,46 ± 3,58	0,500	9,26 ± 2,93	0,083	13,60 ± 3,18	0,048	9,03 ± 2,98	0,187	13,38 ± 3,28	0,971
	Erkek	35	9,49 ± 3,74		13,20 ± 3,31		10,31 ± 3,34		12,31 ± 3,42		9,86 ± 3,52		13,40 ± 3,43	
En Son Bitirilen Okul	İlkokul	56	9,27 ± 3,67	0,231	12,98 ± 3,62	0,377	9,95 ± 3,40	0,573	13,45 ± 3,17	0,203	9,86 ± 3,48	0,235	13,46 ± 3,18	0,668
	Ortaokul	18	7,61 ± 3,26		13,78 ± 4,02		9,17 ± 2,71		12,56 ± 3,85		8,78 ± 2,63		12,78 ± 3,77	
	Lise	40	9,18 ± 3,36		13,40 ± 3,30		9,40 ± 2,73		12,78 ± 3,22		9,00 ± 2,82		13,25 ± 3,29	
	Üniversite	14	7,93 ± 3,54		14,50 ± 2,85		8,86 ± 3,13		14,71 ± 2,92		8,21 ± 3,02		14,21 ± 3,45	
Medeni Durum	Evli	110	8,88 ± 3,50	0,859	13,33 ± 3,56	0,672	9,56 ± 2,99	0,879	12,96 ± 3,31	0,014	9,27 ± 3,22	0,895	13,14 ± 3,36	0,037
	Bekar/Dul/Boşanmış	18	8,72 ± 3,77		13,78 ± 3,17		9,44 ± 3,63		15,00 ± 2,59		9,17 ± 2,68		14,89 ± 2,61	
Çalışma Durumu	Evet	45	9,11 ± 3,73	0,554	13,16 ± 3,62	0,551	9,98 ± 3,27	0,244	13,02 ± 3,63	0,566	9,60 ± 3,22	0,366	13,73 ± 3,38	0,380
	Hayır	83	8,72 ± 3,42		13,52 ± 3,44		9,31 ± 2,96		13,37 ± 3,10		9,07 ± 3,10		13,19 ± 3,27	
Aylık Gelir Durumu	Gelir giderden az	56	8,68 ± 3,81	0,524	13,88 ± 3,82	0,030	10,20 ± 3,27	0,073	13,43 ± 3,13	0,029	9,59 ± 3,47	0,113	13,93 ± 3,17	0,030
	Gelir gidere eşit	68	9,10 ± 3,31		12,79 ± 3,11 ^a		9,12 ± 2,84		12,88 ± 3,32 ^a		9,16 ± 2,84		12,77 ± 3,30 ^a	
	Gelir giderden fazla	4	7,25 ± 3,20		16,75 ± 2,50 ^a		7,75 ± 2,63		17,25 ± 2,50 ^a		6,25 ± 1,50		16,25 ± 3,30 ^a	
Çocuk Var mı?	Evet	110	8,98 ± 3,48	0,333	13,27 ± 3,52	0,406	9,68 ± 3,05	0,220	12,91 ± 3,29	0,003	9,39 ± 3,22	0,238	13,08 ± 3,32	0,010
	Hayır	18	8,11 ± 3,83		14,11 ± 3,34		8,72 ± 3,16		15,33 ± 2,43		8,44 ± 2,53		15,22 ± 2,60	
Kronik Hastalık Var mı?	Evet	72	8,33 ± 3,50	0,055	13,52 ± 3,74	0,866	9,22 ± 3,06	0,176	13,46 ± 3,44	0,418	9,03 ± 3,06	0,350	13,50 ± 3,39	0,651
	Hayır	56	9,54 ± 3,47		13,21 ± 3,18		9,96 ± 3,06		12,98 ± 3,08		9,55 ± 3,25		13,23 ± 3,23	
Düzenli Kullanılan İlaç Var mı?	Evet	75	8,27 ± 3,47	0,023	13,55 ± 3,80	0,745	9,25 ± 3,06	0,199	13,29 ± 3,49	0,860	8,93 ± 3,04	0,166	13,47 ± 3,36	0,734
	Hayır	53	9,70 ± 3,47		13,17 ± 3,04		9,96 ± 3,07		13,19 ± 3,00		9,72 ± 3,26		13,26 ± 3,26	
Ruhsal Hastalık Var mı?	Evet	27	7,70 ± 3,35	0,055	13,07 ± 4,93	0,498	8,04 ± 2,70	0,004	12,78 ± 3,97	0,403	7,89 ± 2,29	0,010	12,85 ± 3,36	0,350
	Hayır	101	9,17 ± 3,52		13,48 ± 3,03		9,95 ± 3,05		13,38 ± 3,09		9,62 ± 3,25		13,53 ± 3,30	

Kategorik değişkenlerin kategorilerinin MÖ alt boyut puan ortalamaları bakımından karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar Tablo 4.4'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde; sevecenlik alt boyutu bakımından düzenli ilaç kullanmayanların puan ortalaması, düzenli ilaç kullananların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş ($p=0,023$), diğer değişkenlerin kategorileri arasında sevecenlik alt boyutu puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (tüm p değerleri $>0,05$).

Umursamazlık alt boyutu bakımından geliri giderinden fazla olanların puan ortalaması, geliri giderine eşit olanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş ($p=0,030$), diğer değişkenlerin kategorileri arasında umursamazlık alt boyutu puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (tüm p değerleri $>0,05$).

Paylaşımların bilincinde olma alt boyutu bakımından ruhsal hastalığı olmayanların puan ortalaması, ruhsal hastalığı olanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş ($p=0,004$), diğer değişkenlerin kategorileri arasında paylaşımların bilincinde olma alt boyutu puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (tüm p değerleri $>0,05$).

Bağlantısızlık alt boyutu bakımından kadınların puan ortalaması, erkeklerin puan ortalamasından; bekar, dul ya da boşanmış olanların puan ortalaması, evli olanların puan ortalamasından; geliri giderinden fazla olanların puan ortalaması, geliri giderine eşit olanların puan ortalamasından; çocuğu olmayanların puan ortalaması çocuğu olanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş (p değerleri sırasıyla 0,048; 0,014; 0,029; 0,003), diğer değişkenlerin kategorileri arasında bağlantısızlık alt boyutu puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (tüm p değerleri $>0,05$).

Bilinçli farkındalık alt boyutu bakımından ruhsal hastalığı olmayanların puan ortalaması, ruhsal hastalığı olanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş ($p=0,010$), diğer değişkenlerin kategorileri arasında bilinçli farkındalık alt boyutu puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (tüm p değerleri $>0,05$).

İlişki kesme alt boyutu bakımından bekar, dul ya da boşanmış olanların puan ortalaması, evli olanların puan ortalamasından; geliri giderinden fazla olanların puan ortalaması, geliri giderine eşit olanların puan ortalamasından; çocuğu olmayanların puan ortalaması çocuğu olanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuş (p değerleri sırasıyla 0,037; 0,030; 0,010), diğer değişkenlerin kategorileri arasında ilişki kesme alt boyutu puan ortalaması bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmamıştır (tüm p değerleri >0,05).

4.2. Merhamet Ölçek Puanının Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi

MÖ puanlarının cinsiyet bakımından karşılaştırılmasına ilişkin elde edilen sonuçlar incelendiğinde, cinsiyet bakımından MÖ-Bağlantısızlık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür. Buna göre, kadınların MÖ-Bağlantısızlık puan ortalaması, erkeklerin ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Cinsiyet bakımından MÖ toplam puanı, MÖ-Sevecenlik, MÖ-Umursamazlık, MÖ-Paylaşımların bilincinde olma, MÖ-Bilinçli farkındalık ve MÖ-İlişki kesme alt boyut puanları arasında ise, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Yaş sayısal değişkeni, BAÖ toplam puanı, MÖ toplam puanı ve MÖ alt boyut puanları arasındaki ilişkiler Tablo 4.5'te verilmiştir. Tablo incelendiğinde, yaş ile ölçek verileri içerisinde istatistiksel açıdan anlamlılık ilişkisi görülmemiştir (tüm p değerleri >0,05).

BAÖ toplam puanı ile MÖ toplam puanı ve umursamazlık, bağlantısızlık, ilişki kesme alt boyut puanları arasında negatif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p değerleri sırasıyla 0,004; <0,001; 0,002; 0,001). Buna göre; BAÖ puanı arttıkça, MÖ toplam puanı, umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme alt boyut puanları azalmaktadır. BAÖ toplam puanı ile sevecenlik, paylaşımların bilincinde olma ve bilinçli farkındalık alt boyut puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (tüm p değerleri >0,05).

MÖ toplam puanı ile tüm MÖ alt boyut puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (tüm p değerleri <0,001). Buna göre; MÖ toplam puanı arttıkça tüm MÖ alt boyut puanları da artmaktadır.

Tablo 4.5: Yaş Sayısal Değişkeni, Beck Anksiyete Ölçeği Toplam Puanı, Merhamet Ölçeği Toplam Puanı ve Merhamet Ölçeği Alt Boyut Puanları Arasındaki İlişkiler

		BAÖ Toplam	MÖ Toplam	Sevecenlik	Umursamazlık	Paylaşımların Bilincinde Olma	Bağılantısızlık	Bilinçli Farkındalık	İlişki Kesme
Yaş	r	-0,034	0,028	-0,017	0,098*	0,095	-0,032	0,010	-0,063
	p	0,700	0,750	0,852	0,270	0,287	0,719	0,909	0,477
BAÖ Toplam	r	1	-0,255	0,066	-0,398*	-0,042	-0,269	0,023	-0,282
	p		0,004	0,461	<0,001	0,641	0,002	0,800	0,001
MÖ Toplam	r		1	0,468	0,499*	0,580	0,668	0,612	0,635
	p			<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Sevecenlik	r			1	-0,369*	0,588	-0,145	0,713	-0,171
	p				<0,001	<0,001	0,102	<0,001	0,054
Umursamazlık	r				1	-0,233*	0,685*	-0,224*	0,674*
	p					0,008	<0,001	0,011	<0,001
Paylaşımların Bilincinde Olma	r					1	0,001	0,706	-0,062
	p						0,990	<0,001	0,488
Bağılantısızlık	r						1	-0,028	0,766
	p							0,750	<0,001
Bilinçli Farkındalık	r							1	-0,038
	p								0,674

*= p<0,05

*Spearman's Rho

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırmada, İnmeli hastaların 1. Derece bakım vericilerinin Merhamet yorgunluğu ve Anksiyete düzeylerini incelenmesi amaçlanmıştır.

Bakım vermekte olan 1. Derece yakınlarının Merhamet Yorgunluğu ve Anksiyete Düzeylerini Belirleme amacıyla, inme tanısı almış hastalara bakım veren yakınlarının sosyodemografik özellikleriyle merhamet yorgunluğu ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkileri çeşitli yönleriyle araştırılmış, belirlenmiş olan sorunların hasta ve bakım verene ait özellikleriyle ilişkileri incelenmeye çalışılmıştır.

Anksiyete yorgunluğu ve merhamet yorgunluğuna ilişkisine dair literatürde çalışma bulunamamıştır. Çalışma sonuçları benzer çalışmalar incelenerek değerlendirilmiştir.

Kategorik değişkenlerin kategorilerinin BAÖ toplam ve MÖ toplam puan ortalamaları bakımından karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar incelendiğinde; BAÖ bakımından kadınların puan ortalaması, erkeklere oranla puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Özer vd. (2001) ve Saygın vd. (2011), yürüttükleri çalışmada ortalama kadınlarda belirlenen BAÖ değeri erkeklerden daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir. Bu durumda toplumsal cinsiyet rollerini günlük hayata yansımalarını tekrar inceleyebiliriz ve bu duruma yönelik eğitim ve farkındalık amaçlı araştırmalar yapılmasını sağlayabiliriz. Bakım verme süresinin uzaması bakım ihtiyaçlarına ulaşımın zorlaşması ve kadınların ev içerisinde mahsur kalması gibi sebepler kadınlardan yetersizlik duygusuna sürüklemektedir. Bu nedenle kadınlar ruhsal, bedensel ve sosyal sağlıklarını kaybedebilmektedirler. Bakım vermeyi geleneksel olarak hane içerisindeki kadınlardan bekleyen zihniyetin değişmesi gerektiğini düşündürmektedir. Bakım verme sorumluluğunu hanedeki tüm aile bireylerinin üstlenmesi hem hastayı hem de kadınları özgürleştirecek aynı zaman da bakımın beraberinde getirdiği ruhsal, bedensel ve sosyal sorunları en aza indirecektir (Balık, 2019).

BAÖ puanının sosyodemografik değişkenler bakımından karşılaştırılmasına ilişkin elde edilen sonuçlar incelendiğinde, cinsiyet bakımından BAÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür. Buna göre, kadınların BAÖ puan ortalaması, erkeklerin ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

MÖ puanlarının cinsiyet bakımından karşılaştırılmasına ilişkin elde edilen sonuçlar incelendiğinde, cinsiyet bakımından MÖ-Bağılantısızlık alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür. Buna göre, kadınların MÖ-Bağılantısızlık puan ortalaması, erkeklerin ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Zelenk ve Kumcağız (2022) yaşlı hastaya bakım veren kadınların erkeklere göre bakım verme yükü, durumluk kaygı ve süreklilik kaygı durumu daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Schulz ve diğerleri (2009) yürüttükleri araştırmada kadınların erkeklere kıyasla daha fazla anksiyete yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bakım verme rolünde kadınların daha çok bakım yükü ve anksiyete yaşamasının nedenleri arasında; Türk toplumunda bakım vermenin kadınlara özgü bir özellik olarak kabul edilmesi, ev işleri ve aile ile ilgili özel alanlar gibi birden çok sorumluluğun kadına yüklenmesi ile ilişkilendirilebilir.

MÖ puanlarının medeni durum bakımından karşılaştırılmasına ilişkin elde edilen sonuçlar incelendiğinde, medeni durum bakımından alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmüştür. Buna göre, evli olanların hem MÖ-Bağılantısızlık, hem de MÖ-İlişki kesme puan ortalamaları, bekar/dul/boşanmış olanların ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur.

Evli olan bakım verenlerin toplumdaki farklı rollerinden dolayı sorumluluklarını yeteri kadar yerine getiremeyecekleri hem hasta bakımı hem de çocuk bakımının, ev işlerinin bireyi zorlayacağı düşünüldüğünde bireyin yaşam kalitesinin, merhametinin azalacağı, anksiyetesinin artacağı beklenebilir. Agren vd. (2010), bakım verenlerin çoğunluğunun evli olduğu olduğunu, Sounders (2008)'in çalışmasında ise bakım verenlerin büyük çoğunluğunun yine (%72) evli olduğu kaydedilmiştir. Bu sonuçlar çalışmamız sonuçları ile benzerlik göstermektedir.

1.Derece bakım veren tarafınca, yakınlarına sundukları sağlık hizmetleri, kişisel bakım, sosyal hizmet koordinasyonunu sağlama, hane işleri, fiziksel destek yardımını

kapsadığından ve bu ve benzer yardımları 1. Derece yakınları tarafınca uygulanabilmektedir (Çelik, 2022). Bakım veren 1. Derece hasta yakınlarının bu süreç içerisinde en sağlıklı bir şekilde tedavi ve bakım sürecini nasıl hızlandırabilecekleri ve bu sürecin hasta yakınlarına katkıları, bakım veren yakınlarının sosyal ve psikolojik açıdan nereden ve nasıl destek alacağına yönelik kolaylaştırıcı ve motive edici bilgilendirmelerin yapılması, içinde bulundukları bu olumsuz durumu nasıl atlatabilecekleri hususunda önerilerde bulunulması, hastanın manevi açıdan bakıma ilişkin gereksinimlerine yönelik eğitilerek bakım vericilerin yükünün azaltılması sağlana bilinmektedir (Karapolat, 2009).

MÖ bakımından ruhsal hastalığı olmayanların puan ortalaması, ruhsal hastalığı olanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu sonuca benzer başka bir çalışma sonucunda ise; İnme tanısı almış yakınlarına bakım verenlere yönelik yapılmış olan bakım vericilerin yaşam sürecindeki farklılaşmalara uyum sağlayabilmek ve bu süreç içerisinde önem arz eden değerlerinden, eylemlerinden, hedeflerinden vazgeçmek gibi hoş olmayan zorluklarla karşı karşıya kalabilmektedirler ve bu hoş olmayan sosyal izolasyon, yetersiz bilgi ile daha da şiddetlendiği belirtilmektedir. Bu zorlukların uzun vadede bakım verenlerde anksiyetenin yanı sıra tahammülsüzlük duygusunu oluşturduğu da belirtilmiştir (Woodford and Farrand, 2017). Bu sonuç da çalışmamızın hipotezlerine olumlu uyuma göstermektedir.

Sevecenlik alt boyutu bakımından düzenli ilaç kullanmayanların puan ortalaması, düzenli ilaç kullananların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İlaç kullanmayan, rahatsızlığı olmayan bakım vericilerin psikolojik sağlamlıklarının da yüksek olduğu yönünde araştırma yapılabilir ve bakım vericilere psikolojik destek önerilmelidir. Çetinkaya ve Dönmez (2023), yürüttükleri çalışmada ilaç kullanan bireylerin anksiyete düzeylerinin yüksek olduğunu tespit etmişlerdir. Bu sonuç da çalışmamızla uyum içerisindedir.

Umursamazlık alt boyutu bakımından geliri giderinden fazla olanların puan ortalaması, geliri giderine eşit olanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Bu durum geliri giderlerine göre fazla olan bakım vericilerin bakım sürecindeki kaynaklarına daha kolay ulaşım sağladığını düşündürmektedir. Bakıma muhtaç bireylerin birçoğu çalışmadığını ve maddi

durumlarının orta ve kötü olduğunu belirtmişlerdir. Şirzai ve ark (2015)'nın yapmış oldukları çalışmada benzer şekilde inme geçiren hastalara bakım vericilerin yarısından çoğunun çalışmadığı tespit edilmiştir ve bazı hasta yakınları hastalara bakım vermekten dolayı işi bıraktıkları bulunmuştur. Şirzai ve ark (2015). Bakım alan kişilerin zamanının büyük çoğunluğu hasta bireye bakmakla geçtiğinden dolayı çalıştıkları işi bırakabilmekte, gelir durumlarının kötü olması ile hasta bakımına ilişkin finansal destek ihtiyaçları artmakta ve ailede ekonomik güçlük yaşanabilmektedir.

Aylık gelirden ise; geliri giderden az olan bakım verenlerin geliri gidere denk ya da geliri giderinden fazla olan bakım verenlere oranla bakım verme yükü, durumluk kaygı ve süreklilik kaygı durumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Aşiret ve Kapucu (2012) tarafından yapılan çalışmada geliri giderinden az olan bakım verenlerin daha fazla anksiyete yaşadıkları saptanmıştır. Geliri giderden az olan bakım verenlerin daha fazla anksiyete ve kaygı yaşamalarının sebebi; bakım ile ilgili ekonomik olarak sıkıntıda olduklarından dolayı diğer kaynaklara ulaşmamaları ve satın alamamalarıyla ilişkilendirilebilir.

Paylaşımların bilincinde olma alt boyutu bakımından ruhsal hastalığı olmayanların puan ortalaması, ruhsal hastalığı olanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Bağılantısızlık alt boyutu bakımından kadınların puan ortalaması, erkeklerin puan ortalamasından; bekar, dul ya da boşanmış olanların puan ortalaması, evli olanların puan ortalamasından; geliri giderinden fazla olanların puan ortalaması, geliri giderine eşit olanların puan ortalamasından; çocuğu olmayanların puan ortalaması çocuğu olanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Bilinçli farkındalık alt boyutu bakımından ruhsal hastalığı olmayanların puan ortalaması, ruhsal hastalığı olanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. İlişki kesme alt boyutu bakımından bekar, dul ya da boşanmış olanların puan ortalaması, evli olanların puan ortalamasından; geliri giderinden fazla olanların puan ortalaması, geliri giderine eşit olanların puan ortalamasından; çocuğu olmayanların puan ortalaması çocuğu olanların puan ortalamasından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

Işık (2013) yaptığı bir çalışmada evli olan bakım veren bireylerin bekâr olanlara göre bakım yükünün daha fazla olduğunu bulmuştur. Literatürde çalışmanın aksine Demircioğlu (2017) ve Koçak (2011)' in çalışmalarında inmeli bireylere bakım verenlerde medeni durumun ve çocuk sahibi olmanın bakım yüküne etkisinin olmadığı çalışmalar da yer almaktadır (Koçak, 2011; Demircioğlu, 2017). Evli olup ve çocuk sahibi olan bakım verici bireylerin bekârlara oranla rutin hayatlarında ev işleri ya da dışarı işleri, çocuk bakımı, alışveriş, okul ders süreci vs. gibi daha çok sorumluluklarının olmasından dolayı bakım yükünü artırabilmesi ve beraberinde anksiyete, şefkat yorgunluğu yaşadıkları düşünülmektedir.

BAÖ toplam puanı ile MÖ toplam puanı ve umursamazlık, bağlantısızlık, ilişki kesme alt boyut puanları arasında negatif yönlü, zayıf ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre; BAÖ puanı arttıkça, MÖ toplam puanı, umursamazlık, bağlantısızlık ve ilişki kesme alt boyut puanları azalmaktadır.

MÖ toplam puanı ile tüm MÖ alt boyut puanları arasında pozitif yönlü, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre; MÖ toplam puanı arttıkça tüm MÖ alt boyut puanları da artmaktadır.

Bağlantısızlık alt boyut puanı ile ilişki kesme alt boyut puanı arasında pozitif yönlü, güçlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre; bağlantısızlık alt boyut puanı arttıkça ilişki kesme alt boyut puanı da artmaktadır.

Bakım vericilere aile içinde veya kurumlarda aile görüşmeleri yapılarak, bakıma ilişkin kolaylaştırıcı etmenlerin varlığı, aile içi rol paylaşımlarının güncel eğitimleri ve bakım esnasında aktif uygulanması gibi konularda farkındalık yaratmaya yönelik çalışmalar önerilebilir.

KAYNAKÇA

- Adak, N. (2003). Yaşlıların gayri resmi bakıcıları: kadınlar. *Aile ve Toplum Eğitim, Kültür ve Araştırma Dergisi*, 2, 74-82.
- Adams Jr, H. P., Bendixen, B. H., Kappelle, L. J., Biller, J., Love, B. B., Gordon, D. L., & Marsh 3rd, E. E. (1993). Classification Of Subtype Of Acute İschemic Stroke. Definitions For Use İn A Multicenter Clinical Trial. TOAST. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment. *Stroke*, 24(1), 35-41.
- Agren, S., Evangelista, L., & Strömberg, A., (2010). Do Partners of Patients with Chronic Heart Failure Experience Caregiver Burden? *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9: 254-262.
<http://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2010.03.001>
- Akbaş, H., Okumuş, A., Kılıç, Z., Hökelek, T., Süzen, Y., Koç, L. Y., ... Çelik, Z. B. (2013). Phosphorus–nitrogen compounds part 27. Syntheses, structural characterizations, antimicrobial and cytotoxic activities, and DNA interactions of new phosphazenes bearing secondary amino and pendant (4-fluorobenzyl) spiro groups. *European Journal of Medicinal Chemistry*, 70, 294-307.
- Akça, N., & Taşçı S. (2005). 65 Yaş Üstü Bireylerde Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14: 30-36.
- Akdeniz, S., & Deniz, M. (2016). Merhamet Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Yeni Symposium*, 54(3), 29-34.
- Altıok, H. Ö., Şengün, F., & Üstün, B. (2011). Bakım: kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4(3), 137-140.
- Altınbaş, K. (2006). Oral T. Soysal A. Arpacı B. İnme sonrası depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 9(3), 148-153.
- Amarenco, P., Lavallée, P. C., Labreuche, J., Albers, G. W., Bornstein, N. M., Canhao, P., ... and Molina, C. (2016). One-Year Risk of Stroke After Transient İschemic Attack or Minor Stroke. *New England Journal of Medicine*, 374(16), 1533-1542.
<http://doi.org/10.1056/NEJMoA1412981>
- Annino, G., Alashram, A. R., Alghwiri, A. A., Romagnoli, C., Messina, G., Tancredi V., Padua, E., & Mercui, N. B. (2019). Effect of segmental muscle vibration on upper extremity functional ability poststroke. *Medicine (Baltimore)*, 98(7), e14444. <http://doi.org/10.1097/MD.00000000000014444>
- Aslan, Ş., & Özen, M. Y. (2021). Sağlık çalışanlarında duygusal zekâ ve merhamet yorgunluğunun sosyo-demografik açıdan farklılıkları. *Ekev Akademi Dergisi*, (85), 435-452. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sosekev/issue/71584/1151928>
- Aşiret, G. D., & Kapucu, S. (2012). İnme hastalarına bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 14(2), 73-80.
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/hemarge/issue/52724/695458>
- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Özpolat, A. Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 513-523.
- Ay, H., Kocatürk, Ö., & Çalık, M., (2018). Çocuklarda ve Gençlerde İskemik İnme. *İnme-II. Ankara: Türkiye Klinikleri*, 41-48.

- Aycock, N., & Boyle, D. (2009). Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 183-191. <http://doi.org/10.1188/09.CJON.183-191>
- Bakar, M., Özdağ, M.F., Melek, İ., Uludüz, D., Uzuner, G.T., Armağan, O., Özgen, M., Turgut, N., Göksan, B., Kutluk, K., & Uzuner, N. (2015). After Stroke: Guidelines Of Turkish Society Of Cerebrovascular Diseases. *Turkish Journal of Cerebrovascular Diseases*, 21(3): 169-179. <http://doi.org/10.5505/tbdhd.2015.65487>
- Balcıoğlu, İ., & Ünsalver, B. (2006). Yaygın anksiyete bozukluğu: epidemiyoloji, prognoz ve farmakolojik olmayan tedaviler. *Cerrahpaşa Tıp Dergisi*, 37(3), 115-120.
- Balık, Z. (2019). *Bakıma muhtaç engellilere bakım veren kadınların yaşadıkları güçlükler: Muğla İli örneği*. (584650) [Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.
- Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2001) Principles of biomedical ethics. 5th Edition, Oxford University Press, Oxford, 59.
- Beck, A. T., & Brown, G. (1987). An evaluation of the psychometric properties of the Zung Self-Rating Anxiety Scale. Unpublished manuscript, University of the Pennsylvania.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6); 893-897.
- Bernhardt, B. C., & Singer, T. (2012). Empatinin sinirsel temeli. *Nörobilimin yıllık gözden geçirilmesi*, 35, 1-23.
- Burkhardt, M. A., & Nathaniel, A. K. (2013). Ethical Principles. In S. E. Alpar, N. Bahçecik, & Karabacak, Ü. (Eds.), *Ethics Issues in Contemporary Nursing* (3 th Press pp. 52-78). Istanbul Tıp Kitabevi.
- Burnell, L., & Agan, D. L. (2013). Compassionate care: Can it be defined and measured? The development of the Compassionate Care Assessment Tool. *International Journal of Caring Sciences*, 6(2), 180-187.
- Carpentieri, J. D., Elliott, J., Brett, C. E., & Deary, I. J. (2017). Yaşlanmaya uyum sağlama: Yaşlı insanlar, fiziksel düşüş bağlamında refahı en üst düzeye çıkarmak için seçim, optimizasyon ve tazminat kullanımları hakkında konuşurlar. *Gerontoloji Dergileri: Seri B*, 72(2), 351-361.
- Chadda, R. K. (2014). Caring for the family caregivers of persons with mental illness. *Indian Journal of Psychiatry*, 56(3), 221. <http://doi.org/10.4103/0019-5545.140616>
- Circenis, K., & Millere, I. (2011). Compassion fatigue, burnout and contributory factors among nurses in Latvia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 2042-2046. <http://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.395>
- Coetzee, S. K., & Kloppe, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 235-243.
- Cozolino, L. (2014). *The Neuroscience of Human Relationships: Attachment and the Developing Social Brain*. WW Norton & Company, New York.
- Çelenk, Z., & Kumcağız, H. (2022). Yaşlı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ve Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9 (2), 628-645.
- Çetinkaya, N., & Dönmez, E., (2023). İnmeli hastalarda bakım verenlerde bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyinin incelenmesi. *Sağlık Akademisyenler Dergisi*, 10(1), 49-59. <https://doi.org/10.52880/sagakaderg.1179811>

- Çelik, A. (2014). İnmeli hastalarda fonksiyonel durumun bakım verenlerin bakım yüküne ve yaşam kalitesine etkisi. (390907) [Yüksek Lisans Tezi, T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.
- Çetinkaya, N., & Dönmez, E., (2023). İnmeli hastalarda bakım verenlerde bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyinin incelenmesi. *Sağlık Akademisyenler Dergisi*, 10(1), 49-59. <https://doi.org/10.52880/sagakaderg.1179811>
- Deane-Drummond, C. (2017). Empathy and the evolution of compassion: Virtue distilled from deep history: Gregory R. Peterson, Is Feeling Your Pain Good for You? Empathy as an Ethical and a Fixed Trait; and Celia Deane-Drummond, "Empathy and the Evolution of Compassion: Virtue Distilled from Deep History". *Zygon*, 52(1), 258-278.
- Demirbilek, H., Çiğirli, Ö., Yakupoğlu, Ü., Turhan, F., Erman, A. M., Köse, A., & Acar, F. N. Ö. (2011). Diyaliz hastası bakımını sağlayan hasta yakını veya ücretli bakıcılardaki tükenmişlik ve depresif belirtiler. *Göztepe Tıp Dergisi*, 26(3), 103-107.
- Demircioğlu A. (2017). İnme Hastalarına Verilen Ev Egzersiz Programının Bakım Veren Yüküne Etkisi. (454960) [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.
- Dennis, M., O'Rourke, S., Lewis, S., Sharpe, M., & Warlow, C. (1998). A quantitative study of the emotional outcome of people caring for stroke survivors. *Stroke*, 29(9), 1867-1872.
- Draper, H. H., McGirr, L. G., & Hadley, M. (1986). The metabolism of malondialdehyde. *Lipids*, 21(4), 305-307.
- Fekadu, G., Wakassa, H., and Tekle, F. (2019). Stroke event factors among adult patients admitted to stroke unit of Jimma University Medical Center: Prospective observational study. *Stroke Research and Treatment*, 2019, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2019/3848697>.
- Figley, C. R. (2002). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10029>
- Fletcher, B. A. S. (1969). Symptom experience of family caregivers of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 35(2), E23-E44. <https://doi.org/10.1188/08.ONF.E23-E44>
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M. & Ravis, A. (2011). Şefkat korkuları: Üç kendini bildirme önleminin geliştirilmesi. *Psikoloji ve Psikoterapi: Teori, Araştırma ve Uygulama*, 14(3), 239-255.
- Gomes, M., Figueiredo, D., Teixeira, L., Poveda, V., Paúl, C., Santos-Silva, A., & Costa, E. (2017). Physical inactivity among older adults across Europe based on the share database. *Age and ageing*, 46(1), 71-77.
- Gönen, E., & Hablemitoğlu, Ş. (1993). Toplumsal değişme sürecinde aile: Yapı, etkileşim ve işlevleri. Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Greenwood, N., Mackenzie, A., Cloud, G. C., & Wilson, N. (2008). Informal carers of stroke survivors—factors influencing carers: A systematic review of quantitative studies. *Disability and Rehabilitation*, 30(18), 1329-1349.
- Grov, E. K., Dahl, A. A., Moum, T., & Fosså, S. D. (2005). Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Annals of Oncology*, 16(7), 1185-1191.
- Hart, R. G, Diener, H. C, Coutts, S. B., et al. (2014). Embolic strokes of undetermined source: the case for a new clinical construct. *Lancet Neurol*, 13:429- 438.

- Hinojosa, M. S., Rittman, M., Hinojosa, R., & Rodriguez, W. (2009). Racial/ethnic variation in recovery of motor function in stroke survivors: Role of informal caregivers. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 46(2), 223-232.
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D. R., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420-427. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.027>
- Horozoglu, H., Midi, I., Afsar, N., & Aktan, S. (2010). Coincidental onset of ischemic and hemorrhagic stroke in the brainstem. *Journal of Neurological Sciences-Turkish*, 27(3).
- Işık, K. (2013). Yaşlı Hastaya Evde Bakım Verenlerin Yaşam Doyumları ile Bakım Yükleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. (462675) [Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi.
- İnci, F. H., & Erdem, M. (2008). Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(4):85-95.
- İnci, F. H., Kartal, A., & Koştu, N. (2017). İnmeli hastaya bakım verenlerin bakım yüklü yönelik kanıta dayalı uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi (Özel Konular)*, 3(1), 46-51.
- Jazaieri, H., McGonigal, K., Lee, I. A., Jinpa, T., Doty, J. R., Gross, J. J., & Goldin, P. R. (2018). Altering the trajectory of affect and affect regulation: The impact of compassion training. *Mindfulness*, 9(1), 283-293. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0773-3>
- Jenkins, B., & Warren, N. A. (2012). Concept analysis: Compassion fatigue and effects upon critical care nurses. *Critical Care Nursing Quarterly*, 35(4), 388-395.
- Joinson, C. (1992). Coping With Compassion Fatigue. *Nursing*, 22(4), 116-121.
- Kalinkara, V., & Kalaycı, İ. (2017). Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 10(2), 19-39. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/yasad/issue/30342/311705>
- Kamışlı, S., & Tecellioğlu, M. (2016). İnme nedir? İnmede birincil ve ikincil koruma. *Türkiye Klinikleri J. Cardiovasc Surg-Special Topics*, 8(1), 8-15. <http://doi.org/10.5505/tbdhd.2015.97268>
- Karabuğa, H. Y., & Pinar, R. (2013). Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(2), 1-16. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hemarge/issue/52732/695691>
- Karabulutlu, E. Y., Akyıl, R., Karaman, S., & Karaca, M. (2013). Kanser hastalarına bakım verenlerin uyku kalitesi ve psikolojik sorunlarının incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*, 28(1), 1-9. <https://doi.org/10.5505/tjoncol.2013.807>
- Karadakovan, A., & Onat, A. M. (2016). Sleep quality and factors affecting sleep in elderly patients with rheumatoid arthritis in Turkey. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 1114-1121. <https://doi.org/10.3906/sag-1506-82>
- Karamustafalıoğlu, O. (2010). Anksiyete bozuklukları. *In Aile Hekimleri İçin Psikiyatri* (pp. 71-88). MT Uluslararası Yayıncılık.
- Karapolat, H. (2009). Kronik Yaşlı Hasta Bakımında Dikkat Edilecek Noktalar. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 55, 88-89.
- Khorshid, L., & Arslan, G. G. (2006). Hemşirelik ve sosyal desteğin önemi. *Dirim*, 81(1), 182-188.

- Kişmir, Ş., & İrge, N. T. (2020). Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Çalışanların Motivasyonu ve İş Doyumlarına Etkisi: Sağlık Çalışanları Üzerinde Bir Uygulama. *Research Studies Anatolia Journal*, 3(1), 1-18. <https://doi.org/10.33723/rs.672142>
- Koçer, A., Cevdet, B., Tutkan, H., Alp, R., Lüleci, A., Öztürk, E., Çağırıcı, S., İlhan, S., Gül, H. L., & Ülkü, B. T. (2004). İnme oluş zamanı ve inme alt tipleri arasındaki ilişki. *Serebrovasküler Hastalıklar 2.Ulusal Kongresi*, 20(10), 17.
- Koçak, G. (2011). İnmeli Hastalarda Bakım Vericinin Yükü. (304439) [Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi].
- Kutluk, K. (2004). İskemik inme. İn: *Kutluk K. Epidemiyoloji*. Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul:1-4.
- Lundström, E., Terent, A., & Borg, J. (2008). Prevalence of disabling spasticity 1 year after first-ever stroke. *European Journal of Neurology*, 15(6), 533-539.
- Melek, İ., Afşar, N., Güngör, L., Gökçe, M., Utku, U., Kutluk, K., & Uzuner, N. (2015). Hemorajik İnme Tanısı.Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi, 21(2): 85-88. <https://doi.org/10.5505/tbdhd.2015.27928>
- Meschia, M., Rossi, G., Bertini, S. Sommaca, A., Sandretti, F., Barbacini, P., (2013). Single incision mid-urethral slings: impact of obesity on outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 170: 571-4. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.08.007>
- Musuka, T. D., Wilton, S. B., Traboulsi, M., & Hill, M. D. (2015). Diagnosis and management of acute ischemic stroke: speed is critical. *Cmaj*, 187(12), 887-893. <https://doi.org/10.1503/cmaj.140.355>
- Macnamara, S. E., Gummow, L. J., Goka, R. & Gregg, C. H. (1990). Caregiver strain: Need for late poststroke intervention. *Rehabilitation Psychology*, 35(2), 71.
- Mcholm, F. (2006). Rx For Compassion Fatigue. *Journal of Christian Nursing: A Quarterly Publication of Nurses Christian Fellowship*, 23(4), 12-19.
- Mikdash, M. (2022). Sextarianism: Sovereignty, Secularism, and the State in Lebanon. *Stanford University Press*.
- Morimoto, T., Schreiner, A. S., & Asano, H. (2003). Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregivers. *Age and ageing*, 32(2), 218-223. <https://doi.org/10.1093/ageing/32.2.218>
- Nacitarhan, V. (2018). İnme Hastasında Rehabilitasyon. Gökçe M, editör. İnme-II. *Türkiye Klinikleri*, 72-80s.
- Newland, P., Starkweather, A., & Sorenson, M. (2016). Central fatigue in multiple sclerosis: A review of the literature. *J Spinal Cord Med.*, 39(4):386-399.
- Oğul, Ö. E., Düz, H. & Bumin G. (2013). İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Görülen Bakım Yükü, Anksiyete ve Depresyon Durumunun İncelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 1(2), 136-137. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ered/issue/33210/369610>
- Özkul, M., & Var, E. Ç. (2018). İkincil travmatik stres ve sosyal destek ilişkisinin değerlendirilmesi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 49-62. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tusbad/issue/42979/512818>
- Özer, S.K., Demir, B., Tuğal, Ö., & Kabakçı, E. (2001). Montgomery-Asberg Depresyon Değerlendirme Ölçeği: Değerlendirici Arası Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(3), 185-194.
- Özyeşil, Z., Oluk, A., & Çakmak, D. (2014). Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk-sürekli kaygıyı yordama düzeyi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15(1) 39-44.

- Polat, F. N., & Erdem, R. (2017). Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Çalışma Yaşam Kalitesi İle İlişkisi: Sağlık Profesyonelleri Örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (26), 291-312.
- Qiu, Y., & Li, S. (2008). Stroke: coping strategies and depression among Chinese caregivers of survivors during hospitalisation. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 1563–1573. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02156.x>.
- Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(3), 250-255. <https://doi.org/10.1002/cpp.702>.
- Rannikmäe, K., Woodfield, R., Anderson, C. S., Charidimou, A., Chiewvit, P., Greenberg, S. M., & Rinkel, G. J. (2016). Reliability of intracerebral hemorrhage classification systems: A systematic review. *International Journal of Stroke*, 11(6), 626-636. <https://doi.org/10.1177/1747493016641962>
- Sarıbaş, O., Topçuoğlu, M. A., & Arsava, E. M. (2005). Akut İskemik İnmelelerde Tedavi Yaklaşımları. Balkan S (edt). *Serebrovasküler Hastalıklar*. Antalya: Güneş Kitapevi, 289-311.
- Saygın, M., Yaşar, S., Çetinkaya, G., Kayan, M., Özgüner, M. F., & Korucu, C.Ç., (2011). Radyoloji Çalışanlarında Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. *S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(3), 139-144.
- Schreiner, A. S., Morimoto, T., Arai, Y., & Zarit, S. (2006). Assessing family caregiver's mental health using a statistically derived cut-off score for the Zarit Burden Interview. *Aging & Mental Health*, 10(2), 107–111. <https://doi.org/10.1080/136078600500312142>
- Selçuk, K. T., & Avcı, D. (2016). Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 1-9.
- Showalter, S. E. (2010). Compassion Fatigue: What is it? Why Does It Matter? Recognizing The Symptoms, Acknowledging The Impact, Developing the Tools to Prevent Compassion Fatigue, and Strengthen the Professional Already Suffering from the Effects. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 27(4), p:239-242. <https://doi.org/10.1171/1049909109354096>
- Schulz, R., & Beach, S.C., Hebert, R.S., Martire, L.M., Monin, J.K., Tompkins, C.A. and Albert, S. M. (2009). Spousal suffering and partner's depression and cardiovascular disease: the cardiovascular health study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, Cilt 17(3), 246–54. <https://doi.org/10.1097/JPG.0b013e318198775b>
- Saunders, M. M., (2008). Factors Associated with Caregiver Burden in Heart Failure Family Caregivers. *Western Journal of Nursing Research*, 30(8): 943-957. <https://doi.org/10.1177/0193945908319990>
- Soyuer, F., Ünal, P., & Öztürk, A. (2007). İnme hastalarında yaş ve cinsiyetin fonksiyonel yetersizlik üzerine olan etkisi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 14(2), 91-94.
- Şahin, N. H., Batıgün, A. D., & Uzun, C. (2011). Anksiyete bozukluğu: Kişilerarası tarz, kendilik algısı ve öfke açısından bir değerlendirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(2), 107-113.
- Şirin, M., & Yurttaş, A. (2015). Hemşirelik Bakımının Bedeli: Merhamet Yorgunluğu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, (8), 123-130. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed/issue/46804/586894>
- Şirzai, H., Delialioğlu, S.Ü., Sarı, İ.F. & Özel, S. (2015). İnme ve Bakım Verme Yükü. *FTR Bil. Der.*, 18:162-169.

- Terakye, G. (2011). Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(2), 78-82.
- Tuncay, F., & Mollaoglu, M. (2006). The effects of a self-care education program on cerebrovascular disease patients' activities of daily living. *Neurology Psychiatry&Brain Research*, 13, 83-88.
- Ufuk, U. (2007). İnme Tanımı, Etiyolojisi, Sınıflandırma ve Risk Faktörleri. *Türk Fiz. Tıp Rehab Der.*, Özel Sayı (53), 1;1-3.
- Ulusoy, M., Şahin, N., & Erkmen, H. (1998). Turkish version of the beck anxiety inventory. *J. Cognitive Psychother*, 12; 163-172.
- Vangen-Lonne, A. M., Wilsgaard, T., Johnsen, S. H., Lochen, M. L., Njolstad, I. and Mathiesen, E. B. (2017). Declining Incidence Of İschemic Stroke: What İs The İmpact Of Changing Risk Factors? The Tromso Study 1995 To 2012. *Stroke*, 48(3), 544-550.
- Yıldırım, S., Engin, E., & Başkaya, V. A. (2013). İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yüğü ve etkileyen faktörler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50: 169-174. <https://doi.org/10.4274/npa.y6505>
- Yıldırım, S., Engin, E., Bilgili, N., & Gözü, S. (2014). İnmeli Hastaların Evde Bakımı: Bakım Verenler İçin Rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(2), 128-150.
- Yildiz, H., & Kavak, O. (2017). The regulatory role of compassion in the influence of the personality trait of responsibility on task and contextual performance. *Journal of Management Marketing and Logistics*, 4(4), 408-422. <https://doi.org/10.17261/Pressacademia.2017.2017.729>
- Yu, Y., Hu, J., Efird, J. T., & McCoy, T. P. (2013). Social support, coping strategies and health-related quality of life among primary caregivers of stroke survivors in China. *Journal of Clinical Nursing*, 22(15-16), 2160-2171. <http://doi.org/10.1111/jocn.12251>
- Woodford, J., Farrand, P. (2018). I Don't Believe in Leading a Life of My Own, I Lead His Life: A Qualitative Investigation of Difficulties Experienced by Informal Caregivers of Stroke Survivors Experiencing Depressive and Anxious Symptoms. *Clin Gerontol.*, 41(4):293-307. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1363104>

EKLER

Ek-1: Tanıtıcı Bilgi Formu

1. Adınız Soyadınız:

2. Yaşınız:

3. Cinsiyetiniz ☐ Kadın ☐ Erkek

4. En son hangi okulu bitirdiniz?

☐ İlkokul ☐ Ortaokul ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Yüksek lisans/Doktora

5. Medeni durumunuz:

☐ Evli ☐ Bekâr/Dul/Boşanmış/Ayrı yaşıyor

7. Çalışma durumunuz: ☐ Evet ☐ Hayır

8. Meslek:

9. Algılanan aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere eşit ☐ Gelir giderden fazla

10. Çocuğunuz var mı?

☐ Evet (Evet ise kaç tane?) ☐ Hayır

11. Çocuklarınız dışında evde bakmakla yükümlü olduğunuz başka biri var mı?

☐ Evet (Belirtiniz:) ☐ Hayır

12. Hastaya bakım verirken size yardım eden varmı?.....

13. Herhangi kronik bir rahatsızlığınız var mı?

☐ Evet (Belirtiniz:) ☐

Hayır

14. Düzenli olarak kullandığınız ilaç/ilaçlar var mı?

☐ Evet (Belirtiniz:

.....)

☐ Hayır

15. Aktif ya da geçirilmiş ruhsal bir hastalığınız var mı?

☐ Evet (Belirtiniz:

.....)

☐ Hayır

Ek-2: Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

	Hiç	Hafif Düzeyde	Orta Düzeyde	Ciddi Düzeyde
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlülük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzünün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Ek-3: Merhamet Yorgunluğu Ölçeği

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Ara sıra	Sık Sık	Her Zaman
1. İnsanlar benim karşımda ağladıklarında genellikle hiçbir şey hissetmem.					
2. Bazen insanlar kendi problemlerinden bahsettiklerinde, umurumda değilmiş gibi hissederim.					
3. Kendimi acı çeken insanlara karşı duygusal olarak yakın hissetmem.					
4. İnsanlar benimle konuşurken, onlara tüm dikkatimi veririm.					
5. İnsanlar bana üzüntülerini anlattıkları zaman kendimi onlardan uzaklaşmış hissederim.					
6. Birisi zor bir duruma düştüğünde ona yardım etmeye çalışırım.					
7. İnsanlar bana dertlerini anlattıklarında çoğunlukla duymazdan gelirim.					
8. Zor zamanlarında insanların yanında bulunmayı severim.					
9. Bana hiçbir şey söylemeseler bile insanların üzgün olduklarını fark ederim.					
10. İnsanlar üzgün olduklarında, onlarla yakınlık kuramam gibi gelir.					
11. Herkes bazen kendini kötü hisseder, bu insan olmanın bir parçasıdır.					
12. İnsanlar çökkün olduklarında, bazen onlardan soğuduğumu hissederim.					
13. İnsanlar bana sorunlarını anlattıklarında, onları sabırla dinlerim.					
14. Diğer insanların sorunlarının beni ilgilendirmediğini düşünürüm.					
15. Tüm insanların zayıf yönleri olduğunu ve kimsenin mükemmel olmadığını kabullenmek önemlidir.					
16. İnsanlar mutsuz olduğunda onların yardımına koşarım.					
17. Başkalarıyla farklılıklarına rağmen herkesin acıyı tıpkı benim gibi hissettiğini bilirim.					
18. İnsanlar sıkıntılı olduklarında, onlarla genellikle başkalarının ilgilenmesini isterim.					
19. Başkalarının sorunlarıyla ilgili pek fazla düşünmem.					
20. Acı çekmek tüm insanlar için ortak bir yaşantıdır.					
21. İnsanlar bana sıkıntılarını anlattıklarında, objektif bir tutum takınmaya çalışırım.					
22. İnsanlar ıstırap çekerken, onlarla iletişim kuramam.					
23. Çok acı çeken insanlardan uzak durmaya çalışırım.					
24. İnsanlar üzgün olduklarında, onları rahatlatmaya çalışırım.					

Ek-4: Etik Kurul Onayı

DÜZCE ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Inmeli Hastaların 1. Derece Bakım Vericilerinin Merhamet Yorgunluğu ve Anksiyete Düzeylerini Belirleme
TITLE OF STUDY	Determining Compassion Fatigue and Anxiety Levels of First Degree Caregivers of Stroke Patients

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	SIGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	ILAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GUVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
	DİĞER:	☐		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2022/217	Tarih: 21.12.2022		

Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmaya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN SAĞLIK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. İsmail MALKOÇ

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkisi	Katılım *	İmza
Prof.Dr.Ender GÜÇLÜ	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç. Dr. Mehmet ARICAN	Ortopedi	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Atilla ÖNMEZ	İç Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Doç.Dr. Mehmet Ali SENGUR	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr. Öğr. Üyesi Nuri Cenk COŞKUN	Farmakoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Şükriye ÖZDE	Çocuk Sağlığı	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Ersin BEYAZÇİÇEK	Fizyoloji	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Dr.Öğr.Üyesi Abdullah BELADA	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Öğr. Gör. Şerife YILMAZ	Hemşirelik Tarihi ve Etik	Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	
Metin POLAT	Avukat	Düzce Üniversitesi Hukuk Müşavirliği	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☐	
Kenan VAROL	Sivil Üye	Varollar Demir Çelik Ürünleri San.ve Tic.Ltd.Şti.	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	

*:Toplantıda Bulunma

İMZA
GİZLENMİŞTİR

Etik Kurul
Unvanı
İmza

İMZA
GİZLENMİŞTİR

MALKOÇ

Başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

İMZA
GİZLENMİŞTİR

ÖZGEÇMİŞ

Sona KOÇAK, lise öğrenimini Ankara Akyurt Sağlık Meslek Lisesinde Hemşirelik bölümünde tamamlamıştır. Lisans eğitimini Erzurum Atatürk Üniversitesi Sağlık Yönetimi bölümünde 2017 yılında mezun olmuştur. 2021 yılında Topkapı Üniversitesi Psikoloji Yüksek Lisans Programı öğrencisi olarak kabul edilmiştir. 2008 yılında Ardahan Gölle Devlet Hastanesi 2010 yılında Düzce Üniversitesi Hastanesine Hemşire olarak atanmıştır.

