

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**İNME GEÇİRMİŞ HASTALARIN BAKIM VEREN YAKINLARINDA, MAJOR
DEPRESİF BOZUKLUK VE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNUN
DEĞERLENDİRİLMESİ VE İLİŞKİLİ OLABİLECEK RİSK ETMENLERİNİN
İNCELENMESİ**

Dr. Halil İbrahim TAŞ

Psikiyatri Ana Bilim Dalı

Uzmanlık Tezi

2013

KOCAELİ

T.C.
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**İNME GEÇİRMİŞ HASTALARIN BAKIM VEREN YAKINLARINDA, MAJOR
DEPRESİF BOZUKLUK VE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞUNUN
DEĞERLENDİRİLMESİ VE İLİŞKİLİ OLABİLECEK RİSK ETMENLERİNİN
İNCELENMESİ**

Dr. Halil İbrahim TAŞ

Psikiyatri Ana Bilim Dalı

Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı: Doç. Dr. İrem YALUĞ ULUBİL

2013

KOCAELİ

Etik Kurul Onay Tarihi: 09.04.2013

Proje No: KOU KAEK 2012/106

TEŞEKKÜR

Öncelikle uzmanlık eğitime başladığım günden beri desteğini hep hissettiğim, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım, tez sürecinde büyük yardımını gördüğüm kıymetli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. İrem YALUĞ ULUBİL'e şükranlarımı ve minnettarlığımı bildirmek isterim.

Eğitimimiz konusunda hep titiz bir gayret içinde olan ve tez çalışmama katkılarından dolayı değerli kürsü başkanımız Prof. Dr. Ümit TURAL'a,

Birlikte çalışma şansını yakaladığım, kişisel ve akademik gelişimimde büyük emeği olan değerli hocalarım, Prof. Dr. A. Tamer AKER, Prof. Dr. Bülent COŐKUN, Prof. Dr. Mustafa YILDIZ, Doç. Dr. Aslıhan POLAT, Yard. Doç. Dr. Cem CERİT'e,

Uzmanlık yolunda birlikte yürürken her biriyle dostluğu ve kardeşliği yaşadığım tüm asistan arkadaşlarıma ve tüm diğer çalışanlara,

Katkılarından dolayı yardımlarını esirgemeyen Yard. Doç. Dr. Iğın SADE'ye ve tezi hazırlamam konusunda her türlü bilgisine başvurduğum dostum Dr. Erkal ERZİNCAN ve Emrah GÜLEŐ'e,

Bu tezin olmazsa olmazları, çalışmama içtenlikle katılan hasta yakınlarına,

Varlık sebebim olan canım anneme babama ve kardeşime, tez dönemindeki tüm sıkıntılarında bana destek olan sevgili eşim Ezgi'ye

En derin duygularıyla teşekkür ederim.

İçindekiler

TABLolar DİZİNİ	VI
KISALTMALAR DİZİNİ	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT	IX
1 GİRİŞ VE AMAÇ	1
2 GENEL BİLGİLER	3
2.1 İnme.....	3
2.1.1 İnmenin tanımı	3
2.1.2 Patogenez ve sınıflandırma	3
2.1.3 İntrakraniyal kanama:.....	4
2.1.4 Epidemiyoloji	4
2.1.5 İnme için risk etkenleri	6
2.1.6 İnmenin belirtileri	6
2.1.7 İnmede tanı koyma.....	7
2.1.8 İnmede sonlanım	7
2.1.9 İnme tedavisi ve korunma	7
2.2 İnme geçirmiş hastalara bakım verenlerde gözlenen psikopatolojiler.....	9
2.2.1 Majör depresif bozukluk ve tanısal özellikleri	10
2.2.2 Travma sonrası stres bozukluğu ve tanısal özellikleri;.....	11
3 GEREÇ VE YÖNTEM.....	16
3.1 Örneklem	16
3.2 Çalışma tasarımı	16
3.3 Veri toplama ve ölçüm araçları.....	17
3.3.1 Sosyo-demografik form	17
3.3.2 SCID-I (Yarı yapılandırılmış klinik görüşme formu):	17
3.3.3 Genel sağlık anketi – 12.....	17
3.4 Verilerin değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz.....	18
4 BULGULAR	20
4.1 Grubun genel yapısı.....	20
4.2 Bakım verenlerin DSM-IV'e göre MDB ve TSSB varlığına ilişkin bulgular	26

4.3	Hasta yakınlarının birbirleri ile alt gruplaşmalarının olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan iki-basamaklı kümeleme analizine ilişkin bulgular	27
4.4	Bakım veren kümelenmelerinin hastaların sosyodemografik verileri ile ilişkileri	29
4.5	Kümeler ile hastalık bilgilerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular	30
4.6	Kümelerin bakım verenlerin sosyodemografik verileri açısından karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.....	31
4.7	Kümelerin bakım verenlerin psikopatolojisi açısından karşılaştırılmasına ilişkin bulgular....	33
4.8	Kümeler ile bakım verenlerin bakım verme bilgileri açısından karşılaştırılmasına ilişkin bulgular.....	34
4.9	Kümeler ile bakım verenlerin hastalığı öğrenmesi ve hastalığın gidişatı hakkındaki yorumu açısından karşılaştırılması.....	35
5	TARTIŞMA	37
5.1	Bakım verenlerin DSM-IV'e göre MDB ve TSSB'nin incelenmesi.....	37
5.1.1	Bakım verenlerde major depresif bozukluk	38
5.1.2	Bakım verenlerde travma sonrası stres bozukluğu	38
5.2	Çalışma bulgularının hastaların sosyodemografik değişkenleri ile ilişkisi:	41
5.3	Çalışma bulgularının bakım verenlerin sosyodemografik değişkenleri ile ilişkisi:	42
5.4	İnme geçirmiş hastaların hastalıkları ile ilgili bilgilerin incelenmesi:.....	46
5.5	Bakım verenlerin psikopatolojisi ile ilgili bilgilerin incelenmesi:	49
5.6	Bakım verenlerin bakım verme ile ilgili bilgilerinin incelenmesi	50
5.7	Bakım verenlerin hastalığı öğrenmesi ve hastalığın gidişatı ile ilgili bilgilerin incelenmesi: .	53
6	SONUÇLAR VE ÖNERİLER	57
7	KAYNAKLAR	59
8	EKLER	70
8.1	Ek-1 Etik Formu.....	70
8.2	Ek-2 Katılımcı bilgilendirme ve onam formu	71
8.3	Ek-3 Sosyodemografik form	74
8.4	Ek-4 SCID Major depresif bozukluk modülü	78
8.5	Ek-5 SCID Travma sonrası stres bozukluğu modülü	80
8.6	Ek-6 Genel sağlık anketi.....	82

TABLULAR DİZİNİ

- Tablo 1:** İnme geçirmiş hastaların sosyodemografik verileri
- Tablo 2:** İnme geçirmiş hastaların hastalık ile ilgili verileri
- Tablo 3:** İnme geçirmiş hasta bakım verenlerinin sosyodemografik verileri
- Tablo 4:** İnme geçirmiş hastaların bakım verenlerin ruh sağlığı ile ilgili verileri
- Tablo 5:** İnme geçirmiş hastaların bakım verenlerinin bakım verme ile ilgili verileri
- Tablo 6:** Bakım verenlerin DSM IV'e göre tanıları
- Tablo 7:** İki basamaklı kümeleme analizine ilişkin bulgular
- Tablo 8:** İnme geçirmiş hastaların cinsiyeti ile ilgili bilgiler
- Tablo 9:** Hastaların yaşları ile ilgili bilgileri
- Tablo 10:** İnme geçirmiş hastaların hastalık özellikleri ile ilgili bilgileri
- Tablo 11:** Hastaların inmeden bu yana geçen zaman ile ilgili bilgileri
- Tablo 12:** Bakım verenlerin sosyodemografik verileri ile ilgili bilgileri
- Tablo 13:** Bakım verenin yaşı ile ilgili bilgileri
- Tablo 14:** Bakım verenlerin psikiyatrik öyküsü ile ilgili bilgiler
- Tablo 15:** Bakım verenlerin bakım vermeyele ilgili bilgileri
- Tablo 16:** Bakım verme süresi ile ilgili bilgiler
- Tablo 17:** Bakım verenlerin hastalık anı ve sonrası durumları ile ilgili bilgiler

KISALTMALAR DİZİNİ

GSA: Genel Sağlık Anketi

MDB: Major Depresif Bozukluk

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

GHQ: General Health Questionnaire

PBK: Psikopatolojinin Baskın olduğu Küme

PAK: Psikopatolojinin Az olduğu Küme

BI: Barthel'in İndeksi

GIA: Geçici İskemik Atak

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ÖZET

Bu çalışmanın amacı inme geçirmiş hastaların bakım verenlerinde oluşabilecek ruhsal rahatsızlıklardan olan major depresif bozukluk (MDB) ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gelişimini ve bu bozukluklarla ilişkili olabilecek risk etmenlerini araştırmaktır.

Çalışma 2013 yılı Nisan ve Haziran aylarında bir tıp fakültesi hastanesi fiziksel tedavi ve rehabilitasyon servisi ve rehabilitasyon merkezi ile özel bir rehabilitasyon merkezinde takip edilen, 86 inme hastasının bakım veren yakınları ile yürütülmüştür. Katılımcılar Sosyodemografik Form, Genel Sağlık Anketi (GSA) 12, DSM IV klinik değerlendirilmesinin TSSB ve MDB modülleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Veriler kümeleme analizi, t-testi, Mann Whitney U testi ve ki-kare testi kullanılarak çözümlenmiştir. Verilerin analizinde bir istatistik paket programı kullanılmıştır. Sonuçların yorumlanmasında $p < 0,05$ anlamlılık düzeyi kabul edilmiştir.

Çalışmamız sonucunda, çalışmaya katılan bakım verenlerin DSM IV'e göre MDB tanısı alanların oranı %37,2, TSSB tanısı alanların oranı ise % 20,9 olarak bulunmuştur. Yapılan kümeleme analizi sonucunda bakım verenler, aralarında MDB, TSSB tanıları ve GSA puanları bakımından anlamlı farklar bulunan iki kümeye ayrılmıştır.

İnme geçirmiş hastaların verileri açısından kümelerle karşılaştırıldığında; hastaların cinsiyeti, yaşı, inme geçirdikten sonra geçen zaman açısından anlamlı fark saptanmıştır. Bakım verenlerle ilgili veriler açısından kümelerle karşılaştırıldığında ise; bakım verenlerin cinsiyeti, çalışma durumu, hasta ile aynı evi paylaşma durumu, bakım verme süresi, psikiyatrik hastalık öyküsü, birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık öyküsü, sağlık giderleri maddi yükü açısından anlamlı fark saptanmıştır.

Çalışmamız inme hastalarının bakım verenlerinde MDB ve TSSB'nin azımsanmayacak oranda olduğunu göstermiştir. Çalışma sonucunda söz konusu psikopatolojiler ile ilişkili olabilecek risk etmenleri tanımlanmaya çalışılmıştır. İnme hastası yakınlarındaki yüksek psikopatoloji oranları, ilgili hasta yakınları için psikiyatrik müdahale girişimlerinin önemini ortaya koymaktadır.

ABSTRACT

The aim of this study is to investigate the development of mental illnesses that can occur in caregivers of stroke patients like PTSD and MDD and risk factors associated with this disorders.

The study was conducted with 86 caregivers of stroke patients whom were treated at a university hospital's physical therapy and rehabilitation ward and a rehabilitation center connected to it and a private rehabilitation center between April 2013 and June 2013.

Sociodemographic form, general health questionnaire 12, traumatic experiences list, PTSD and MDD modules of SCID I, were used during the assesment of the participants.

The data was analyzed using cluster analysis, T test, Mann Whitney U test and ki square test. In analysis of the data a statistitic package program was used. $P < 0,05$ significance was accepted in interpretation of results.

In our study 37.2 % were diagnosed MDD and 20.9% were diagnosed PTSD according to the DSM IV criteria. As the result of the cluster analysis, caregivers were divided into two groups with MDD, PTSD diagnoses and significantly different GSA scores.

When the data of stroke patients were compared with the cluster groups, patients' sex, age and the duration of the illness showed no significant relationship. When the data of the caregivers were compared with the cluster groups, caregivers' sex, employment, sharing the same house with the patient, the duration of caregiving, history of a psychiatric disorder, history of a psychiatric disorder in first degree relatives, financial burden of medical expenses showed a significant relationship. Our study has shown that 37.2 % of the caregivers have met DSM criteria for MDD and 20.9% for PTSD. The study aimed to define the risk factors that may be associated with aforementioned psychopathologies. The high psycopathology rates of the caregivers of stroke patients reveals the importance of intervention attempts for relatives of these patients.

1 GİRİŞ VE AMAÇ

Dünyada en önemli halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen kronik hastalıklar, hem morbidite hem de mortalite nedeni olarak önem taşımaktadır. Kronik hastalıklar zaman içinde hastalarda çeşitli işlevlerin kaybedilmesine, yol açtığı sakatlıklar nedeniyle ciddi iş gücü kaybına neden olup, bireylerin yaşam kalitesini de olumsuz etkileyebilmektedir (1).

İnme, tüm dünyada yaşlı nüfus için önemli sağlık sorunlarından biridir (2). İnme, toplumda ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada olmasının yanı sıra, erişkinlerde ilk sırada gelen tam/ yarı bağımlılık nedenlerinden biridir. Ayrıca nörolojik hastalıklar nedeniyle hastaneye yatan olguların yarısından fazlasını inmeli hastalar oluşturmaktadır (3).

İnme, hastaların yaşamında ani ve dramatik değişikliklere yol açmaktadır. Hastanın psikolojik, sosyo-kültürel ve ekonomik boyutlarını etkileyerek günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale gelmesine neden olmaktadır (4). Çeşitli derecelerde bağımlı duruma gelen bu hastaların, akut dönemden başlayarak hastanın evde bakıldığı döneme dek bakım sürecinin her aşamasında bakım verici yakınlarının desteğine gereksinimi olmaktadır. İnmeden sonra hasta bireyin bakımı ve rehabilite edilmesinde, rehabilitasyon ve diğer profesyonel bakım uygulamaları/ destek çok sınırlı olup bakımın sorumluluğu sıklıkla hasta yakınları/ aile üyeleri tarafından evde gerçekleştirilmektedir (5).

Genellikle inme ani olduğundan, hastada emosyonel, bilişsel ve davranışsal değişikliklere yol açtığından ve uzun süreli bir bakımı gerektirdiğinden inmeli hastaların yakınları yeni bakımverici rollerine uyum sağlamada güçlük yaşamaktadır. İnme özellikle hastaya birincil derecede bakım veren yakınları için bir krizdir ve bu bireylerde anksiyete ve depresyon sıklıkla görülebilmektedir (6). İnmeden sonra hayatta kalan bireyler günlük işlerinde başkalarına bağımlı olarak yaşamlarını sürdürebilmektedirler. Bakım sürecinde hasta ve ailesi fiziksel, psikolojik, toplumsal, ekonomik olarak pek çok sıkıntı yaşayabilmektedir (7). Fakat bütün bunların yanında bakım verenin sağlığı çoğu zaman düşünülmemektedir (8).

Sonuç olarak, inme tanısı alan bir bireyin yetersizliği tüm aile sistemini etkileyebileceği için aileler inmenin fiziksel, duygusal ve psikolojik sonuçlarına uyum sağlama sürecinde birçok değişlikle karşı karşıya kalabilmektedir. Birçok çalışma inme hastalarına bakım verenlere değil sadece hastalara odaklanmıştır (9). Uluslararası yazında inmeli hastalara bakım verenlerin gereksinimleri, yaşadıkları sorunlar, destek gruplarıyla ilgili pek çok yayın bulunmaktadır. Ülkemizde ise bakım verenlerin sorunlarını değerlendiren çalışmalar sınırlıdır (10).

İnmeli hastaların bakımının ve bu bakımın iyi düzenlenmesinin, hastalığın sonuçlarını olumlu yönde etkilediği bilinmektedir (3). İnme geçirmiş hastanın hastalığı başladığı andan hastane yatışı dönemi ve hastaneden taburcu olduktan sonraki evde bakımın yapıldığı döneme kadar olan süredeki bakımın düzenlenmesi, hastayı olduğu kadar bakım veren yakınlarını da kapsamalıdır.

Çalışmamız, inme geçirmiş hastaların bakım verenlerinde oluşabilecek ruhsal rahatsızlıklardan olan MDB ve TSSB gelişimini ve bu bozukluklarla ilişkili olabilecek risk etkenlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

2 GENEL BİLGİLER

2.1 İnme

2.1.1 İnmenin tanımı

İnme çoğu ülkede ilk dört ölüm nedenlerinden biri olan, önemli bir toplum sağlığı sorunudur ve nörolojik bozukluklara ilişkin yükün büyük kısmından sorumludur. Ölümcül olmaktan çok sakatlıkla sonuçlanan inme, şiddetli nörolojik yetkinlik kaybının birincil nedenidir ve hem sağlık harcamaları hem de üretkenlik kaybında büyük maliyetlere yol açmaktadır (11).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) inme terimini “ani başlangıçlı, bir gün veya daha uzun süren, ölümcül olabilen, damarsal kökenli, lokal veya genel beyin fonksiyon bozukluğu ile oluşan klinik bulgular” olarak tanımlamıştır (12). Nörolojik belirtiler 24 saatten uzun sürüyorsa, inme tanısı konmaktadır (13).

İnmedeki bu zaman etkeninin yanında; inmeler, serebral kan damarlarından kaynaklanan bozukluğun niteliğine göre de infarktüs veya hemoraji olarak sınıflandırılır. İntrakraniyal hemorajiler, kanamanın yeri ve kaynağına göre başlıca iki alt tipe ayrılırlar. Beyin etrafındaki subaraknoid mesafeden kaynaklananlar, ‘subaraknoid kanama’; beyin içindeki yapılardan ya da beyin parankiminden kaynaklananlar ise ‘intraserebral kanama’ olarak adlandırılır.

İskemik infarktüslerin ise en sık görülen dört alt türü vardır. Bunlar büyük damarlardaki aterosklerotik, kardiyembolik, küçük damar laküner ve kriptojenik enfarktlardır (11,14).

2.1.2 Patogenez ve sınıflandırma

Beyin Enfarktı: Beyin ya da nöronal fonksiyon bozukluğu 50 mg/dl’nin altındaki serebral kan akımlarında ortaya çıkar, geri dönüşümsüz nöronal hasar ise 30 mg/dl’nin altındaki düzeylerde başlar. Serebral kan akımındaki düşüşlerin derecesi ve süresi kalıcı nöronal hasar olasılığıyla yakından ilişkilidir. Kan akımı 30 saniye süreyle tümüyle kesildiğinde beyin metabolizması değişir. Bir dakikadan sonra, nöronal işlev durabilir. Beş dakikalık kesinti sonrasında, anoksi serebral enfarktla

sonuçlanabilecek bir dizi olayı başlatır; ancak oksijenlenmiş kan akımı yeterince çabuk restore edildiğinde hasar, GİA'da gözlemlendiği üzere geri dönebilir.

Birden çok mekanizma beyin iskemisine neden olabilir. Hemodinamik enfarkt ciddi arteriyel stenoz ya da ateroskleroz ve eşzamanlı tromboza bağlı oklüzyonun neden olduğu normal perfüzyonun engellenmesi sonucu ortaya çıkar. Embolizm daha proksimal bir kaynaktan köken alan bir trombüs parçasının vasküler sistem içinde hareket edip arteriyel oklüzyona yol açtığı durumda oluşur. Küçük damar hastalığı lipohyalinoz veya lokal aterosklerotik hastalığın bir penetran arter oklüzyonuyla sonuçlandığı durumda görülür. Serebral perfüzyonda düşüşlere neden olan ve enfarktla sonuçlanan, görece seyrek gözlemlenen durumlar: arteriyel diseksiyon, birincil ya da ikincil vaskülit, hiperkoagülasyon durumları, vazospazm, sistemik hipotansiyon, hipervizkozite, fibromusküler displazi, tümör tarafından majör arterlerin dışarıdan kompresyonu ve beyni drene eden venlerin oklüzyonu. Serebral enfarktın en sık görülen dört alt türü, büyük damar aterosklerotik, kardiyoembolik, küçük damar (laküner) ve kriptojenik enfarktlardır (11).

2.1.3 İntrakraniyal kanama:

İntrakraniyal kanama, kranyal boşluk içerisindeki herhangi bir yerde bir damarın rüptüründen kaynaklanır. İntraserebral kanama genellikle küçük bir arterden köken alan, beyin maddesinin içine doğru olan bir kanamayla kendini gösterir. Hipertansiyon, arteriol duvarlarındaki zayıflamanın ve mikroanevrizma oluşumunun (charcot-bouchard anevrizmaları) sonucu olarak oluşur. Subaraknoid kanama kan çevre membranlara ve BOS'a lokalize olduğunda ortaya çıkar. Genellikle serebral bir anevrizmadan kan sızıntısı sonucu oluşur. Subaraknoid kanama, inmenin gözlemlendiği hastalardan daha genç hastaları etkiler ve kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülür (15).

2.1.4 Epidemiyoloji

İnme etkisinin büyüklüğü inmeye özgül insidans, prevalans ve mortalite gibi halk sağlığı terimleriyle ölçülür. İnme insidansı, belli bir popülasyonda belirli bir zaman

aralığı içinde görülen yeni inme olgularının sayısıdır. İnme prevelansı ise yine belli bir popülasyonda özel bir zaman dilimindeki toplam olgu sayısıdır (yeni ve eski olgular). İnme insidansı hastaneye yatırılan, birdenbire ölümcül seyreden ve hastaneye yatırılmayan inme olgularının toplamı olarak görülebilir. Amerikan Kalp Cemiyeti ABD’de yaklaşık 4,7 milyon kişinin inme sonrası sağ kaldığını (prevelans) ve her yıl yaklaşık 780.800 yeni (insidans) ya da tekrarlayan inme olgusu görülebileceğini öngörmektedir. Yaşa göre ayarlanmış insidans oranları, bir yıl içinde 100.000 kişide 100 ile 300 olgu arasında değişmektedir ve çalışmada kullanılan yöntem, ülkenin kökeni ve popülasyonun demografik özellikleriyle yakından ilişkilidir. Yaşa göre ayarlanmış insidans oranları (100.000 kişide) beyaz erkekler için 167, beyaz kadınlar için 138’dir. Siyah hastalarda bu risk iki katı fazla olup, insidans oranları (100.000 kişide) erkekler için 323, kadınlar için 260 olarak hesaplanmıştır (11).

İNME insidansı oranları erkeklerde kadınlardan daha yüksek olmakla birlikte ileri yaşlarda kadınlar arasındaki hız daha fazladır. Her yıl erkeklere kıyasla 60.000 daha fazla kadın inme geçirmektedir. İnme insidansındaki zamansal eğilimler inme insidans oranlarının 1950’den beri azalmakta olduğunu düşündürmektedir. İnme insidansı 1950-1977’deki 1000 kişide 7,6’dan 1990-2004 arasında 1000 kişi yılda 5,3’e düşmüştür. Kadınlar arasında aynı zaman diliminde oranlar 1000 kişide 6,2’den 5,1’e düşmüştür. Ancak inme insidansı 1993 ile 1999 arasında çok fazla değişmemiş görünmektedir (11).

Mortalite verileri kolaylıkla erişilebilirdir ancak inmeli hastaların tümü yaşamını kaybetmediği için inmenin büyüklüğü göz ardı edilebilir. Bütüncül olarak inmeler endüstrileşmiş ülkelerin çoğunda ölüm oranlarının yaklaşık %10’unu oluşturmaktadır ve bu ölümlerin çoğu 65 yaşın üstündeki hastalarda görülmektedir. İnmeyle ilişkili ölüm oranları Japonya ve Çin’de en yüksektir. ABD’de, her yıl inmeyle ilişkili en az 167.800 ölüm olgusu kaydedilmektedir. Yaşa göre ayarlanmış ortalama inme mortalitesi yıl başına 100.000’de 50 ile 100’dür (11).

İNME; gelişmiş ülkelerde kalp hastalıkları ve kanserlerden sonra üçüncü, dünya genelinde ikinci ölüm nedenidir. Erişkin çağda en önemli morbidite kaynağıdır. Alzheimer hastalığından sonra ikinci sırada demansa yol açar (16).

Avrupada 55– 64 yaş ortalamasında yıllık inme insidansı 1.7– 3.6/ 1000 kişidir (17). Ülkemizde her yıl ortalama 100.000 civarında akut inme tablosu meydana gelebileceği düşünülmektedir. İnme sıklığı; 55-64 yaş aralığında 1.7- 3.6/ 1000 kişi, 65- 74 yaş aralığında 4.9- 8.9/ 1000 kişi, 75 yaş üstünde 13.5- 17.9/ 1000 kişidir. İnme sıklığı, 45 yaş altında ise tüm inmelerin ancak yaklaşık % 4'ünü oluşturmaktadır (18).

Epidemiyolojik çalışmalar, özellikle son yıllarda inmeye bağlı ölümün azaldığını göstermektedir. Son yıllarda gelişen tanısal araçlar ve klinik bilgilerin güncellenmesi bu azalmada rol oynamaktadır. İnmeye bağlı ölümlerin azalması, genel yaşam süresinin artmasına ve inme sıklığının azalmasına da bağlanmaktadır (19).

2.1.5 İnme için risk etkenleri

İNME İÇİN RİSK ETKENLERİ GENEL OLARAK DEĞİŞTİRİLEBİLİR VE DEĞİŞTİRİLEMİYEN RİSK ETKENLERİ OLARAK İKİ GRUBA AYRILMAKTADIR (18). DEĞİŞTİRİLEMİYEN RİSK ETKENLERİ: YAŞ, CİNSİYET, İRİK VE AİLE ÖYKÜSÜDÜR. DEĞİŞTİRİLEBİLEN RİSK ETKENLERİ: HİPERTANSİYON, DİABETES MELLİTUS, KALP HASTALIKLARI, HİPERLİPİDEMİ, SİGARA, SEMPTOM VERMEYEN KAROTİS STENOZU, ALKOL AŞIRI KULLANIMI, OBEZİTE, BESLENME ALIŞKANLIKLARI, FİZİKSEL AKTİVİTENİN AZLIĞI, HORMON KULLANIMI, HİPERHOMOSİSTEİNEMİ, FİBRİNOJEN YÜKSEKLİĞİ, C-REAKTİF PROTEİN, HİPERKOAGÜLABİLİTE VE MİGREN OLARAK GÖZE ÇARPMAKTADIR (18,20).

2.1.6 İnmenin belirtileri

İNMEDE NÖROLOJİK DEFİSİT ETKİLENEN HEMİSFERE, İNFARKT ALANININ LOKALİZASYONUNA VE BOYUTLARINA BAĞLI OLARAK FARKLILIK GÖSTERİR. SAĞ HEMİSFER İNMELERİNDE BEDENİN SOL YARISINDA MOTOR VE DUYU AZALMASI/ KAYBI, SOL GÖRME ALANINDA BOZULMA, BEDENİ/MEKANİ İHMAL ETME, DAVRANIŞSAL OLARAK TEPKİSELLİK VE AGRESYON GÖRÜLEBİLİR. SOL HEMİSFER İNMELERİNDE İSE BEDENİN SAĞ YARISINDA MOTOR VE DUYU AZALMASI/KAYBI, SAĞ GÖRME ALANINDA KAYIP, KONUŞMA BOZUKLUĞU GÖRÜLEBİLİR. SEREBELLAR İSKEMİ BELİRTİLERİ İSE BAŞ HAREKETİYLE ARTAN VERTİGO, ATAKSİ, DENGEZİKLİK, KUSMADIR. İNME TIPINE BAĞLI OLMAKSIZIN BULANTI, KUSMA, BAŞ AĞRISI, NÖBETLER, BİLİNÇ KAYBI BİRÇOK HASTADA GÖRÜLÜR (21).

2.1.7 İnmede tanı koyma

İnmeden şüphelenilen hastada, infarktın etkilediği bölgeyi ve seyrini anlayabilmek için öncelikle mental durum (bilinç/uyanıklık, oryantasyon, bellek, üst düzey kortikal işlevler), oküler hareketler, motor ve duyuşal işlevler, serebellar işlevler, refleksler ve konuşma değerlendirilir. Nörolojik muayene, hastanın defisitlerini tanıma olanağı verir.

İnmenin ayırıcı tanısının yapılabilmesi için nörolojik muayeneye ilave olarak görüntüleme yöntemlerinden yararlanır. İnme tipinin belirlenmesinde bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans görüntülemeye başvurulur. Ayrıca hastalığın altında yatan etiyolojik etkenin ortaya çıkarılabilmesi için çeşitli laboratuvar çalışmaları yapılır (15).

2.1.8 İnmede sonlanım

İskemik inmenin hemen ardından gelen dönemde ölüm riski en yüksektir, fatalite oranları ilk 30 gün içinde %8 ile %20 arasında görülür. Olgu fatalite oranları hemorajik inmeler için en kötüdür; intraserebral inme için %30 ile %80, subaraknoid kanama için %20 ile %50 aralığındadır. İnmenin ortaya çıkışında belirlenebilecek ve klinisyen tarafından erken mortalite kestiriminde kullanılan özellikler bilinç durumundaki bozulma, başlangıçtaki klinik sendromun şiddeti, hiperglisemi ve yaşıdır.

İnme sonrası sağ kalan kişilerdeki ölüm riski, aynı yaştaki genel popülasyonla karşılaştırıldığında üç ile beş kat daha yüksektir. Ölümle ilişkili yıllık birikimsel kestirimler minör inme için %5, majör inme için %8 olarak hesaplanmıştır. Sağ kalımı etkileyen unsurlar yaş, hipertansiyon, kardiyak hastalık ve diyabettir (11).

2.1.9 İnme tedavisi ve korunma

İnme tedavisi ve inmenin önlenmesine yönelik tedaviler ilk inmeyi önlemek (primer korunma), inme sonrasında işlevsel iyileşmeyi optimize etmek ve inme rekürrenslerinin önüne geçmek (sekonder korunma) üzere tasarlanmıştır. Tedavi ve korunma spesifik önlemler hastanın risk etkenleri ve inme mekanizmasına bağlıdır. İnme hastasının tanınması değerlendirilmesi bu nedenle optimal tedavinin belirlenmesinde anahtardır.

İnmede birincil korunma: Randomize çalışmalar inme risk etkenleri olanlarda spesifik müdahalelerin ilk inmeyi önlemede faydalı olduğunu göstermiştir. Örneğin inmenin tedavisi inme riskinde %45 azalma ile ilişkilidir. Atrial fibrillasyonu olan hastalarda warfarin kullanılması inme riskinde %60-70 risk azalması sağlayabilir. Epidemiyolojik çalışmalardan gelen kanıtlara göre, sigara içenlerde sigarayı bırakmak riskin 5 senedir sigara içmeyenlerin seviyesine düşmesini sağlar. Erkeklerde iki standart içkiyi geçmeyecek şekilde az miktarda alkol alınması hiç içmeyenlere kıyasla riskte anlamlı bir azalmayla ilişkilidir. Fiziksel aktivite inme riskinde azalmayla ilişkilidir ve az miktarda aktivite yeterlidir; yaşlılarda bile fiziksel aktivite teşvik edilmelidir.

İnmede ikincil korunma: Optimal ikincil korunma stratejisinin belirlenmesi inmenin mekanizmasına bağlıdır. Damar çapının %70'i ya da daha fazla karotis stenozun sebep olduğu inme ve GIA için deneyimli bir cerrah tarafından yapılan karotis endarterektominin komplikasyon oranı (<%5) kabul edilebilir düzeydedir ve 1991 yılında yayınlanan üç prospektif çalışmada gösterildiği üzere tercih edilecek tedavidir. Cerrahi komplikasyon riski yüksek olan 80 yaş üzerindeki, kardiyak ya da pulmoner hastalığı olanlar ve radyasyon tarafından indüklenen arteriyoplastisi olanlar dahil hastalarda stentlemenin kardiyovasküler komplikasyonları arttırdığına dair kanıt vardır (11).

Intrakraniyal karotid arterde ya da beyindeki diğer damarlarda büyük damar stenozu olan hastalarda seçenekler arasında antiplatelet ajanlarla medikal tedavi ya da anjiyoplasti ile stentleme yer alır.

Warfarin ile antikoagülsyon mekanik kapaklar ya da atrial fibrilasyon gibi inme için mutlak kardiyembolik inme kaynakları olan hastalarda endikedir. Atrial fibrilasyonun sebep olduğu embolik inmelerde embolizasyonu azaltmak için

uluslararası normalize oran (INR) 2.0 ile 3.0 arasında kalacak şekilde antikoagülasyon endikedir.

İskemik inmesi olup antikoagülasyon için mutlak bir endikasyon olmayan ve kontraendikasyonu bulunmayan tüm hastalar uzun dönem antitrombotik tedavi almalıdır. Bu amaç için şu anda onaylanmış olan muhtemel ajanlar aspirin, dipiridamol, tiklopidin ve klopidogrel'dir (11).

2.2 İnme geçirmiş hastalara bakım verenlerde gözlenen psikopatolojiler

Bakım veren, hastalara duygusal, sosyal, ekonomik ve fiziksel yönden destek sağlamayla sorumlu kişilerdir. Bakım verenler hastalığın akut döneminden evde bakıldığı döneme dek bakım sürecinin her evresinde, bağımlı duruma gelen hastaları destekleyen ve fiziksel bakımını direkt sağlayan kişi olarak tanımlanmaktadır (22).

Ülkemizde hasta bireylerin bakım verme süreci sıklıkla aile üyeleri tarafından karşılanmaktadır. Aile bireyleri beklenmedik şekilde hastalıkla karşılaştığında tüm aile düzenini ve kişilerarası ilişkileri etkileyen bir kriz durumu yaşanır. Fiziksel ve ruhsal yaşantılar, hastanın ölümünden korkmak, aile bireyleri arasındaki rollerin değişmesi ve ekonomik sıkıntılar beraberinde gelir (23,24).

Hastalık süresinin uzunluğu, yaşamı tehdit etmesi, olağan günlük yaşam düzeninin bozulması, iş ve sosyal yaşamdaki aksaklıklar gibi nedenlerle üzülmeye, yas tutma, çaresizlik, endişe ve umutsuzluk gibi duyguları yaşayan bakım verenler depresyon gelişimi açısından riskli grupta almaktadır (25).

Bu durum özellikle kanser hastalarında teşhis süresi, hastanın fonksiyonel gereksinimleri, bakım veren ile hasta arasındaki ilişkinin durumu, hastaların hastalık belirtileri hakkındaki düşünce ve duygularını düzenlemedeki bozukluklar, ev ortamında hasta bakımının nasıl yapılacağı ile ilgili endişelerin bakım verenlerde depresyon ve anksiyete riskini artırdığı belirtilmektedir. Ayrıca kaybetme korkusu, gelecekle ilgili endişeler, ailede bulunan diğer kişilerin sorumluluğunu üstlenme ile ilgili endişelere bağlı olarak bakım verenlerde anksiyete ortaya çıkmaktadır (26).

Yaşlı veya kanserli hastalara bakımının hastayla vedalaşma, hayatının son dönemindeki yakınına karşı yapılacak olan son görevin yerine getirilmesi gibi

yönleri de bulunmaktadır. Öte yandan ölüme yakın biriyle aynı ortamda bulunmak da bakım veren için zorlayıcı bir durum yaşatmaktadır (27).

Şizofreni hastalarına bakım verenlerin yaşam kaliteleri ile ilgili yapılan derlemede, bakım verenlerin stresle ilgili anksiyete ve depresyon gibi sağlık sorunları yaşadıkları, iş yaşamlarının etkilendiği ve ekonomik ihtiyaçların arttığı bildirilmiştir (28). Çeşitli ruhsal bozukluğu olan hastaların eşlerinde yapılan çalışmada, anksiyete ve depresyon puanlarının yüksek olduğunu bildirmiştir (29).

İnme, parkinson hastalığı, alzheimer hastalığı gibi daha yaşlı grupta görülen hastalıkları olan bireylere bakım verenler, bakım verme yükü ile karşı karşıyadır (30). İnme geçirmiş hastalara bakım verenlerde, hastalığın yeniden oluşması konusunda yüksek anksiyete ve hastanın sağlığı hakkında korku veya genel huzursuzluk duyulabileceği, hatta bakım veren yakınların hastalardan daha fazla duygusal sıkıntı yaşayabilecekleri bildirilmiştir (31,32).

İnme geçiren hastalara bakım veren bireylerin ruhsal durumlarının kötü olması bakım veren bireyin hem kendisinin tıbbi yardım alma zorluğu, hem de sağ kalan hastaya destek verebilme yetilerini etkilemesi sonucu hastanın iyileşebilme şansını azaltabilmesi açısından önemlidir (33,34).

Hastaneden taburcu edildikten sonra az destek gördüğünü hisseden hastaların daha fazla inme sonrası sekel yaşadıkları belirtilmektedir (34).

2.2.1 Majör depresif bozukluk ve tanısal özellikleri

MDB en sık görülen duygudurum bozukluğudur. MDB, Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre tüm dünyada yetiyitimine sebep olan en sık ikinci rahatsızlık olarak bildirilmektedir (35).

Major depresyonun yaşam boyu prevalansı erkeklerde %5-12, kadınlarda %10-25 ortalama %17 olup gerek kişisel gerek toplumsal açıdan ciddi yüke neden olduğu bilinmektedir (36).

Depresyon sözcüğü; kendini kederli hissetme, çökme, işlevsel ve yaşamsal aktivitenin azalması anlamlarında kullanılmaktadır. Kelimenin kökeni olan ‘‘depress’’ sözcüğü ise Latince ‘‘depressus’’tan gelmektedir. Yazılı kaynaklarda 17.

Yüzyıldan beri bu sözcük kullanılmaktaysa da, ruh sağlığı alanındaki tanımı için kullanımı geçtiğimiz yüzyılda Kraepelin tarafından yapılmıştır (37).

Epidemiyolojik çalışmalar, erişkinlerde depresif bozukluk oranıyla ilgili olarak geniş bir dağılım aralığı vermektedir. Majör depresyonun toplumda yaşam boyu görülme olasılığının kadınlar için %10-25, erkekler içinse %5-12 arasında değişmekte olduğu düşünülmektedir (35).

Türkiye'nin de dahil olduğu bir epidemiyolojik çalışmada yaşam boyu majör depresif bozukluk prevalansı %6.3, bir yıllık majör depresif bozukluk prevalansı ise %3.5 olarak saptanmıştır (38). Depresyonun yirmi-kırkbeş yaşları arasında başladığı ve sıklığının kadınlarda erkeklere oranla 1,5-2 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (39).

MDB'si olan hastalar bazen tek hastalık dönemi geçirir ve hastalık öncesi işlevselliğine tam olarak dönerler, ancak hastaların yaklaşık %50-80'inde daha sonra yineleyici MDB ölçütlerini karşılayan yeni bir hastalık dönemi ortaya çıkar. Yineleyici MDB'nin gidişi değişkendir. Bazen normal işlevselliğin yıllarca sürdüğü, bazen kümeler halinde hastalanma dönemlerinin olduğu, bazen de yaş ilerledikçe hastalık dönemlerinin giderek sıklaştığı görülebilir (35).

Özkıyım düşüncesi, özkıyım davranışlarına (girişim ve tamamlanmamış özkıyımlar) göre oldukça yaygındır ve genel toplumda özkıyım düşüncesinin yaşam boyu yaygınlığı %13,5-35 kadardır. Major depresif bozukluk tanısı konan hastaların %15' i bir ya da iki dekadlık süreçte intihar girişiminde bulunmaktadır (40).

2.2.2 Travma sonrası stres bozukluğu ve tanısal özellikleri;

TSSB, DSM-IV-TR'de travmatik olayı takiben bir aydan uzun süren yeniden yaşantılama, kaçınma, küntleşme ve aşırı uyarılmışlık belirtilerin ortaya çıkması ve kişinin mesleki ve sosyal işlevselliğinde bozulmaya yol açması olarak tanımlanmaktadır (41).

"Travma" sözcüğü sözlük anlamı olarak; "bir doku veya organın yapısının, biçiminin bozulması ve dıştan mekanik bir etki sonrası oluşan yara" tanımlanabilir. Coddington ruhsal travmanın kişinin hayatında değişiklik yapmasının gerekli

olduğunu ve yeniden uyum yapmasını gerektiren bir olay olduğunu bildirmiştir (42). Ruhsal travmatik bir olayı sıradan stres oluşturan bir olaydan ayıran en önemli husus, travmatik olayın bireyin dünya ve gelecek ile ilgili temel düşünce ve duygularını, kendisi ve kendisi dışındaki insanlar için yargı ve kabullerini sarsan yaşantılar olmasıdır (43).

Travmatik olay DSM-IV-TR'deki tanımına göre kişinin gerçek bir ölüm veya ölüm tehdidi, kendisinin veya başkasının ağır bir yaralanmasına ya da fizik bütünlüğüne bir tehdit oluşturan bir olaya tanıklık etmesine ya da ailesinden birinin beklenmedik ölümü, şiddete maruz kalarak öldürülmesini, ağır yaralanmasını öğrenmesi gibi kişinin doğrudan yaşadığı ve bu travmatik olay karşısında kişide dehşete düşme, korku ve çaresizlik duygularının ortaya çıkması olarak tanımlanmaktadır (41).

Bununla birlikte, travmatik stresör olarak tanımlanamayacak olaylara karşı gelişen TSSB tablolarına da rastlanmaktadır. Bu tür olaylara iş kaybı, kişiler arası sorunlar, boşanma ve hatta psikotik yaşantılar örnek olarak verilebilir. Olayın tanımlanmasındaki bu belirsizlik, dikkatleri insanın olaya gösterdiği tepkiye çevirir. Artık, travmatik olayın dozu ve bu olaylara verilen yanıt kadar, olayın öznel olarak algılanması da önemli bir ölçüt olur. Uzun yıllar öznel algının önemi göz ardı edilmiştir. Oysa, epidemiyolojik çalışmalar kişinin travmatik yaşantıyı algılamasının büyük oranda öznel olduğuna ilişkin bilgiler vermektedir. Travmatik olaylarla yaşam boyu karşılaşma olasılığı yüksektir, ancak travmatik stres belirtileri ve özellikle TSSB tablosu çok daha nadir görülür. Olayın öznel olarak farklı yaşanması TSSB veya benzeri klinik tabloyu şekillendirebilmektedir. Olay ve öznel yanıtın doğası insanda stres tepkilerine yol açmakta, bu tepkiler ise psikopatoloji boyutuna geldiklerinde genellikle TSSB başlığı altında toplanmaktadır (14).

TSSB gelişimi için sadece doğrudan travmaya maruz kalanlar değil, aynı zamanda travma mağdurları ile ilişki kuran kişiler de risk altındadır. Travmatik olaya tanık olmak, konunun ayrıntılarını dinlemek veya travmatik olayla ilgili haberi duymak bile çeşitli düzeylerde travma oluşturabilir (44,45).

TSSB belirtileri, travmanın türü, şiddeti, sıklığı, yaşadığı yerin sosyokültürel, ekonomik, coğrafik özellikleri gibi dışsal özelliklerden etkilendiği klinik bir durumdur. Ayrıca cinsiyet, psikiyatrik öykü, bireye ait başa çıkma düzenekleri gibi

kişiyeye ait özellikler de bu belirtileri yordamaktadır. Travmaya maruz kalan kişinin travma sonrasında yaşadığı süreçler TSSB'nin klinik görünümünde farklılıklara neden olabilir. Bu süreçler genel olarak beş aşamada gerçekleşir.

1- Karmaşa aşaması: Bu dönem “şok” aşaması olarak da isimlendirilmektedir. Travma mağduru kontrolünü kaybeder, travmatik olayın üstesinden gelmek için bilinçli bir çaba bu dönemde yapılamaz. Travma mağdurunun olayla ilgili öznel algısına bağlı olarak güvende olduğu hissi oluşuncaya dek devam edebilmektedir.

2- Rahatlama ve şaşkınlık aşaması: Travmanın şoku ortadan kalktıktan sonra geçici bir rahatlama yaşanabilir. Ardından yaşanan şaşkınlık döneminde travmaya maruz kalan kişide ne olduğu, neden olduğu ve olayın sonuçları hakkında bir yargılama süreci başlar.

3- Kaçınma aşaması: Travmaya maruz kalan kişi travmayı çağrıştıran her türlü uyarandan kendini uzak tutmaya çalışır. Bu yüzden sosyal ortamlardan kaçınma davranışları başlar ve içe kapanma görülebilir. Bu yollarla kişi korku, gerginlik, huzursuzluk ve kaygısını azaltmaya çalışır.

4- Yeniden değerlendirme aşaması: Travmatik olay ve sonuçları ile yeniden yüzleşme aşamasıdır. Travma mağduru kişi travmatik süreci tekrar gözden geçirir. Kişi bu dönemde travmatik deneyimini başkaları ile paylaşarak zihinsel değerlendirme sürecinde dünya ve kendi ile ilgili inanışlarına uydurmaya çalışır. Travmatik olayın istem dışı hatırlanması ve rüyalarda görünmesi travmatik süreç ile ilgili baş etme mekanizmalarıdır. Bu dönem uzun bir zaman alabilir.

5- Uyum aşaması: Travma mağdurunun bu döneme gelebilmesi için olay esnasındaki davranışlarını ve sonraki süreçte yaşananları sindirmesi gerekir.

Ruhsal travma yaşayan her birey sonuçta uyum dönemine kadar gidemeyebilir. Kişinin uyum sürecine varabilmesinde, kişinin başa çıkma stratejileri, travmatik olayın şiddeti, travma sonrası yaşanan zararın düzeyi, olay sonrası toplumsal ve ruhsal destek görüp görmemeleri bu süreçte belirleyici rol oynamaktadır. TSSB gelişen kişilerdeki belirtiler 3 grupta toplanır. Bu üç grup yeniden yaşama, kaçınma ve artmış uyarılmışlık olarak tanımlanabilir (46).

1. Artmış uyarılmışlık: Artmış uyarılmışlık belirtileri, kişinin travmatik olaya maruz kaldığı sırada yaşadığı ve bireyi hayatta tutacak olan yaşantı deneyimlerinin devamı olarak düşünülebilir. Stres karşısında ilk yanıt olan uyarılma hali, TSSB'de

artmış uyarılmışlık olarak görünmektedir. TSSB’de en yaygın görülen belirtileri irritabilite ve dürtüselliktir. Bu durumlar uykuya dalma ve sürdürmede zorluk yaşayarak uyku bozukluklarına yol açabilmektedir (47).

2. Travmatik olayın tekrar tekrar yaşanması: Yeniden yaşama belirtileri, rüyalar, istem dışı gelen düşünceler, duygular veya fiziksel belirtiler şeklinde travmatik olayın yeniden hatırlanmasıdır. Yeniden yaşama belirtileri geçici olarak geriye dönme nöbetleri (flashback) olarak görülebileceği gibi, dissosiyatif tarzda geri dönüş yaşantıları olarak da deneyimlenebilir. (48).

3. Kaçınma davranışları, bireyin dışındaki dünyaya verilen tepkiler olarak gerginlik, uzaklaşma veya çekilme şeklinde kendini gösterebilir. Nöromodülasyon düzenindeki bozulmayla birlikte kişinin algısı, belleği, bilgi işleme sürecindeki organizasyonu bozulmaktadır. TSSB gelişen birey, dış uyaranları ayırıştırıp, tanımlamadan bir yanıt oluşturmaktadır. Uyarana karşısında oluşan yanıtlar, sadece geçmiş yaşantıların belirlediği doğrultuda oluşmakta, uyarana bağlı korku, kaygı, öfke, panik yaşanmakta, dona kalmadan saldırgan davranışa kadar değişen bir aralıkta ortaya çıkmaktadır. Bu durum da TSSB kliniğinde önemli bir belirti kümesini oluşturmaktadır (49).

Bireyden bireye genetik farklılıklar, stresli olaylarla baş etme mekanizması, psikolojik yaşantı geçmiş, fiziksel yapı gibi özellikler farklılık göstermektedir. TSSB yaygınlığında travma öncesi, sırası ve sonrası ile ilgili birçok etkene, sosyal destek düzeyine ve birçok bireysel özelliklere göre değişebildiği için oransal olarak farklılıklar görünmektedir (50).

TSSB yaygınlığı farklı merkezlerde yapılan çalışmalarda %2 ile %16 arasında değişmektedir (51). Bu geniş aralığın örneklem büyüklüğü ve seçimi, tanısal değerlendirme yöntemleri, yaygınlık dönemi (nokta, belli bir zaman dilimi ya da yaşam boyu olması) ve travma türlerindeki (insan eliyle olan-olmayan) farklılıklardan kaynaklanabilmektedir.

Yapılan çalışmalar, erkeklerin kadınlardan daha fazla sayıda travmatik olayla karşılaştıklarını bildirmektedir. Erkeklerde yaşam boyu travmatik olaylarla karşılaşma oranı %61-83 civarı iken, bu oran kadınlarda %51-74 arasındadır. Kadınlarda, travmatik olay olarak daha yüksek oranda cinsel travmalar ve çocukluk çağı kötüye kullanımı ile karşılaşırken, erkekler kaza, fiziksel saldırı, tehdit ve savaş

gibi olaylar yaşamaktadır. Erkeklerle göre kadınlarda TSSB görülme riski 2 kat daha fazladır. Farklı çalışmalarda bu oranlar kadınlarda %10-20, erkeklerde ise %5-10 arasındadır. TSSB'nin hem yaşam boyu, hem de nokta yaygınlığı kadınlarda daha yüksektir. TSSB'nin süregelenleşmesi ise yine kadınlarda daha fazladır (52). TSSB yaygınlığının yapılmış olan eştanı çalışmasında yaşam boyu %7.8 olduğu; en sık travma biçiminin erkeklerde savaş, kadınlarda ise cinsel travmalar olduğu bildirilmiştir (53).

TSSB süregelen olabilen ve yeti yitimine yol açabilen bir bozukluktur. Sendrom düzeyinde olmayıp eşik altı düzeyde TSSB belirtilerine travmatik olaylardan sonra sıkça rastlanır ve eşik altı bu belirtiler kısa zamanda düzelme gösterebilir. Sendromun travmatik olaydan 3 ay sonra da bulunması süregelenleşirmeyi kolaylaştıran bir durumdur. Ayrıca belirtilerin fazlalığı, küntleşme, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık gibi belirtilerin varlığı, bireydeki diğer psikiyatrik bozukluklar ve sürece eşlik eden diğer tıbbi bozukluklar süregelenleşirmeyi kolaylaştırır (52).

TSSB'ye yatkınlık oluşturan etkenler arasında, travmanın etkilerini anlatma ve paylaşma yetersizliği, çocukluk döneminde yaşanılmış olan travma, yetersiz aile içi ve sosyal destek, cinsiyetin kadın olması, genetik özellikler, geçirilmiş psikiyatrik bozukluklar, birinci derece yakınlarında psikiyatrik bozukluk bulunması ve yakın zamanda stresli olaylar yaşama gibi durumlar sayılabilir (52).

TSSB'nin ölüm sürecinde olan yakınlarına bakım verenlerde, doğum sonrası dönemdeki annelerde ya da kansere yakalanmış kişilerde de görüldüğü bildirilmiştir (54,55). Bu olaylar tek bir olaydan çok süregelen durumlardır. Bireyin fizik bütünlüğüne yönelik tehdit oluşturan durumlar kişide daha ağır sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir (56).

TSSB ve travma sonrası stres semptomlarının ayrıca kanserli çocuklara bakım veren ebeveynlerde, inme geçirmiş hastaların bakım veren yakınlarında, AİDS olan hastaların bakım verenlerinde, ciddi beyin hasarı geçiren hastaların yakınlarında, trafik kazası sonrası yaralanan çocukların ebeveynlerinde, transplantasyon yapılan çocukların ebeveynlerinde, yoğun bakım ünitesinde kalan hastaların yakınlarında da görülebileceği ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır (57-63).

3 GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Örneklem

Çalışma Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı servisinde ve polikliniğinde, Romatem Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yatarak tedavi gören inme hastalarının ücretsiz bakım veren yakınları ile yürütülen kesitsel çalışmadır. 2013 yılı Nisan ve Haziran aylarında belirtilen merkezlerde ayaktan veya yatarak tedavi gören toplam 86 hastanın 18-75 yaş arasındaki ücretsiz bakım veren yakınları çalışmaya alınmıştır. Bakım veren yakınları hastaya fiziksel ve duygusal destek sağlayan, evde gönüllü olarak (karşılığında ücret almadan) hastanın bakımını üstlenen kişilerden seçilmişlerdir. Bu kriterlere uygun olan bakım verenlerle görüşülmüş, çalışmanın amacı kısaca anlatılmış ve çalışmaya davet edilmişlerdir.

Çalışma Kocaeli Üniversitesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (Ek. 1).

3.2 Çalışma tasarımı

2013 Nisan ve Haziran ayları arasında Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dalı servisi ve polikliniğinde ve Romatem Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi'nde yatarak tedavi gören inme geçirmiş hastaların bakım veren yakınları ile görüşülmüştür. Görüşmeler ya başvuru sırasında ya da yatarak tedavi görmekte iken davet etmek suretiyle gönüllülük esasına dayalı olarak yapılmıştır.

Örneklem seçim kriterleri:

Hemorajik veya iskemik inme geçirmiş olan yakınına bakım verme,

Bu yakınına inme tanısının en az bir ay önce konmuş olması,

Araştırmaya katılmaya istekli ve gönüllü olmaları.

Çalışmaya dahil etme kriteri; inme tanısı konulan hastaların bakımından birinci derecede sorumlu olan ve ücretsiz olarak bakım veren yakınları olarak belirlenmiştir. Görüşmelerin başında bakım verenlere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş olup her bakım vericinin Bilgilendirilmiş Onam Formu'nu (Ek 2) okuması ve imzalaması araştırmacı tarafından sağlanmıştır. Gizliliği sağlamak için her bakım verene bir numara verilmiş ve veri toplama, veri analizi ve yorumlanması süreçlerinde bu numaralar kullanılmıştır. Bilgilendirilmiş Onam Formu

imzalandıktan sonra araştırmacı bakım verenlerle yalnız olarak bireysel görüşme yapmıştır. Bu bireysel görüşmede bakım verene, hastaların ve bakım verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri (Ek 3), GSA-12 (Ek 6) verilerek cevaplaması istenmiş, zorlanan görüşmecilere araştırmacı tarafından yardım edilmiştir. Araştırmacı bizzat kendisi bakım veren ile görüşerek DSM-IV (SCID) klinik değerlendirilmesi MDB ve TSSB modülleri (Ek 4 ve 5) doldurmuştur.

3.3 Veri toplama ve ölçüm araçları

3.3.1 Sosyo-demografik form

Araştırmacı tarafından hazırlanan ve bakım verenlerle yapılan görüşmelerde doldurulan bu form bakım verenlerin ve inme geçirmiş hastalarının yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, mesleği, ekonomik durumu gibi sosyo-demografik özelliklerini ve bakım verme özelliklerini değerlendirmek için çalışmada kullanılmıştır. Bakım verme özellikleri, hastaya olan yakınlığı, hasta ile aynı evde kalıp kalmadığı, bakım verme süresi, günlük bakım süresi ve bakım verme biçimi gibi bilgileri içermektedir.

3.3.2 SCID-I (Yarı yapılandırılmış klinik görüşme formu):

DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme (SCID-I), (Structured Clinical Interview for DSM-Axis 1 Disorders-SCID-I): DSM-IV Eksen I tanılarının konması için geliştirilmiş, yapılandırılmış bir klinik görüşme ölçeğidir (64).

Yapılandırılmış olan bu görüşme, tanısal değerlendirmenin standardizasyonunu sağlayarak tanının güvenilirliğinin ve DSM-IV tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. SCID-I'in Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçioğlu ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır (65).

TSSB ve MDB tanı değerlendirmeleri SCID'in Türkçe versiyonuna dayanmaktadır. Bu psikiyatrik görüşme klinisyenlerin kullanımı için geliştirilmiş ve tüm maddeleri DSM-IV kriterlerine göre skorlanmıştır.

3.3.3 Genel sağlık anketi – 12

Genel Sağlık Anketi ülkemiz için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kılıç tarafından yapılan bir form olup, toplum taramalarında psikiyatrik vaka bulmak amacıyla kullanılmaktadır (66). GSA, David Goldberg tarafından toplumda sık

rastlanılan akut ruhsal hastalıkları belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. 12, 28, 30 ve 60 soruluk biçimleri vardır. Çalışmamızda 12 soruluk şekli kullanılmıştır.

Ölçek katılımcının son zamanlarda yakınmasının olup-olmadığına dair sorulardan ve “her zamankinden az” dan “her zamankinden fazla” ya uzanan 4 seçenekli cevap skalasından oluşmaktadır. Anketin a ve b seçeneklerinde ruhsal durumun her zamanki gibi olduğunu ifade eden, c ve d seçeneklerinde ise her zamankinden kötü veya daha kötü olduğunu yansıtan cevaplar bulunmaktadır. Cevap skalası değerlendirilmesinde likert tipi puanlama ve GHQ (General Health Questionnaire) puanlamadan herhangi biri kullanılabilir.

Çalışmaya dahil edilen bakım verenlerden psikiyatrik tedavi ihtiyacı olanlar psikiyatri servisine yönlendirilmiştir.

3.4 Verilerin değerlendirilmesi ve İstatistiksel Analiz

Veriler bilgisayar ortamına kaydedilerek bir istatistik programından yararlanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak kullanılan anket ve formlardan elde edilen veriler araştırmacı tarafından kodlanarak bilgisayar ortamına aktarılmıştır. Araştırma verileri $p < 0.05$ anlamlılık düzeyi dikkate alınarak değerlendirilmiştir.

Toplanan verilerin analizi üç aşamalı olarak yapılmıştır. İlk aşamada araştırma analizlerinde sosyo-demografik değişkenlerin frekans ve yüzdeleri hesaplanmıştır.

İkinci aşamada iki basamaklı kümeleme (two step cluster) analizi kullanılmıştır. Kümeleme analizi, bireylerin benzerliklerine göre gruplarda veya kümelerde toplanmasını amaçlayan birçok değişkenli istatistik analizidir. Kümeleme analizinde dikkatler, bireylerin araştırmada ölçülen değişkenler üzerindeki değerlerini hesaba katarak ortaya çıkacak kümeler veya gruplar üzerinde toplanmaktadır (67). Bu bağlamda bakım verenlerin alt gruplaşmalarının olup olmadığını belirlemek amacıyla ikinci aşamada kümeleme analizi kullanılmıştır. Ancak kümeleme analizi iki küme olacak şekilde sınırlandırılmıştır.

Üçüncü aşamada ise kümeleme analizinin sonucunda ortaya çıkan kümelerin, sosyo-demografik veriler açısından karşılaştırılması için t-testi, Mann-Whitney U testi, ki- kare testi kullanılmıştır.

Sayısal değişkenlerin (sayısal veriler) normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile araştırılmıştır. Normal dağılıma uyan sayısal verilerin iki örneklem

grubu arasındaki istatistiksel değerlendirmesinde t-testi, normal dağılıma uymayan sayısal veriler için ise Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır.



4 BULGULAR

Bu bölümde araştırmada ele alınan amaçlar doğrultusunda toplanan verilerin istatistiksel çözümlenmeleri sonucu elde edilen bulgular yer almaktadır.

4.1 Grubun genel yapısı

Çalışmaya katılan deneklerin bakım verdikleri hastaların sosyo-demografik verileri Tablo 1’ de sunulmuştur.

Tablo 1: İnme geçirmiş hastaların sosyo-demografik verileri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	34	39,5
	Erkek	52	60,5
Yaş	< 40	11	12,8
	40-65	29	33,7
	> 65	46	53,5
Medeni Durum	Bekar	11	12,8
	Evli	60	69,8
	Dul	12	14,0
	Boşanmış	3	3,5
Eğitim Durumu	8 yıldan az	62	72,1
	8 yıldan fazla	24	27,9
Çalışma Durumu	Aktif Çalışmıyor	85	98,8
	Aktif Çalışıyor	1	1,2
Meslek	Ev hanımı	33	38,4
	Emekli	36	41,9
	Memur	10	11,6
	İşçi	4	4,7
	Diğer	3	3,5
Çocuk sayısı	Yok	15	17,4
	1 - 2	19	22,1
	3 - 4	33	38,4
	➤ 5	19	22,1

Tablo 1’ de görüldüğü gibi çalışmaya katılan deneklerin bakım verdikleri 86 hastanın oluşturduğu örneklem grubunun çoğunluğunu erkek hastalar oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan deneklerin bakım verdikleri hastaların yaşlarının ağırlıklı olarak 65 yaş üstünde olup, yaş ortalaması $60,52 \pm 16,84$ ’dür. Eğitim

durumlarına baktığımızda çoğunluğun 8 yıldan az olduğu görülmektedir. Hastaların toplam hastane yatış ortalaması $4,43 \pm 3,01$ 'dir. Hastaların ortalama çocuk sayısı $3,05 \pm 2,33$ 'dür.

Tablo 2: İnme geçirmiş hastaların hastalık ile ilgili verileri

		N	%
İş kaybının olup olmaması	İş kaybı yok	3	3,5
	İş kaybı var	83	96,5
Toplam yatış sayısı	1 - 2	24	27,9
	3 - 5	38	44,2
	➤ 6	24	27,9
İnme nedeni toplam yatış sayısı	1 - 2	60	69,8
	3 - 5	21	24,4
	➤ 6	5	5,8
İnme öncesi yaşamı tehdit eden hastalık	Yok	47	54,7
	Var	38	44,2
İnme öncesi psikiyatrik hastalık	Yok	74	86,0
	Var	12	14,0
İnme sonrası psikiyatrik başvuru	Yok	58	67,4
	Var	28	32,6
Psikiyatrik ilaç kullanımı	Yok	62	72,1
	Var	24	27,9
İnme hangi taraflı	Sağ	41	47,7
	Sol	45	52,3
İnme tipi	İskemik inme	55	64,0
	Hemorajik inme	31	36,0
Yemek yeme	Yemeğini kendi yiyemiyor	41	47,7
	Yemeğini kendisi yiyebiliyor	45	52,3
Konuşma	Konuşamıyor	38	44,2
	Konuşabiliyor	48	55,8
Hasta ile iletişim	Hiç yok	19	22,1
	Kısmen var	32	37,2
	Var	35	40,7
Tuvalet ihtiyacı	İhtiyacını kendi göremiyor	55	64,0
	İhtiyacını kendi görebiliyor	31	36,0
İnme öncesi fiziksel kısıtlılık	Yok	71	82,6
	Daha önce fiziksel kısıtlılık var	15	17,4

Tablo 2' de görüldüğü gibi çalışmaya katılan deneklerin bakım verdiği 86 hastanın oluşturduğu örneklem grubunun çoğunluğunda iş kaybının olduğu, toplam hastane yatış sayısının ortalama yatış sayısının $4,43 \pm 3,01$ olduğu, ortalama inme nedeni hastane yatış sayısının ise $2,32 \pm 1,75$ olduğu görülmektedir. İnme geçirmeden önce yaşamını tehdit edecek hastalığın daha az olduğu, inme öncesi ve inme sonrası psikiyatrik başvuruların başvurmayanlara göre daha az olduğu görülmüştür. İnme tipinin en çok iskemik inme olduğu, hastaların çoğunluğunun yemeklerini kendi yiyebildiği halde tuvalet ihtiyacını kendisi göremediği izlenmektedir. Hastaların inme öncesi fiziksel kısıtlılığının genelde olmadığı görülmektedir.

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının sosyo-demografik verileri Tablo 3' de sunulmuştur.

Tablo 3: İnme geçirmiş hastaya bakım verenlerin sosyo-demografik verileri

		N	%
Cinsiyet	Kadın	62	72,1
	Erkek	24	27,9
Yaş	<40	15	17,7
	40-65	60	54,4
	>65	11	11,9
Yakınlık derecesi	Çocuğu	28	32,6
	Annesi/ Babası	13	15,0
	Eşi	31	36,0
Medeni durum	Bekar	12	14,0
	Evli	74	86,0
Çocuk sayısı	Çocuğu yok	16	18,6
	1 çocuk	8	9,3
	2	30	34,9
	3	20	23,3
	>4	12	14,0
Meslek durumu	Çalışmıyor	56	65,1
	Çalışıyor	30	34,9
Eğitim durumu	Eğitim 8 yıldan az	53	61,6
	Eğitim 8 yıldan fazla	33	38,4
Gelir düzeyi	Düşük	12	14,0
	Orta	63	73,3
	İyi	11	12,8
Hasta ile aynı yerde yaşam	Hayır	23	26,7
	Evet	63	73,3
Sağlık giderlerinin maddi yükü	Yok/ Çok az	23	26,7
	Fazla	63	73,3
Alkol kullanımı	Yok	83	96,5
	Var	3	3,5
Kimler ile yaşadığı	Eş	10	11,6
	Çocuk	8	9,3
	Eş ve çocuklar	53	61,6
	Anne ve baba	14	16,3
	Diğer	1	1,2

Tablo 3’ de görüldüğü gibi çalışmaya katılan 86 bakım verenin oluşturduğu örneklem grubunun çoğunluğunu kadın cinsiyet oluşturmaktadır. Çalışmaya katılan

bakım verenlerin çoğunluğunun yaşları 40-65 yaş arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 50,19±12,63'dür. Eğitim durumlarına baktığımızda çoğunluğun 8 yıldan az olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin çoğunluğu ücretli olarak her hangi bir işte çalışmamaktadır. Bakım verenlerin çoğunluğunun hastaların eşleri olduğu, gelir durumlarının genelde orta düzeyde olduğu, bakım verdiği hasta ile daha çok aynı evde yaşadığı görülmektedir. Hastaların getirdiği maddi yükün fazla olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin genelde eş ve çocukları ile yaşadığı görülmektedir.

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının ruh sağlığı ile ilgili verileri Tablo 4' de sunulmuştur.

Tablo 4: İnme geçirmiş hastalara bakım verenlerin ruh sağlığı ile ilgili verileri

		N	%
Fiziksel kısıtlılık	Yok	77	89,5
	Var	9	10,5
Ruhsal hastalık	Yok	61	70,9
	Var	25	29,1
Ruhsal açıdan kendisini nasıl hissettiği	Çok kötü	5	5,8
	Kötü	29	33,7
	Orta	36	41,9
	İyi	16	18,6
Daha önce psikiyatrik destek	Yok	58	67,4
	Var	28	32,6
Birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık	Yok	58	67,4
	Var	28	32,6
Hastanın hastalığına şahit olma	Hayır	42	48,8
	Evet	44	51,2
Ne derece korku ve çaresizlik hissettiği	Yok	1	1,2
	Az	9	10,5
	Orta	31	36,0
	Fazla	19	22,1
	Çok fazla	26	30,2
Atak sonrası sıkıntı	Yok	22	25,6
	Var	64	74,4
Atak sonrası sıkıntı ile ne derece baş ettiği	Yetersiz	5	5,8
	Kısmen	35	40,7
	Yeterli	46	53,5

Tablo 4’ de görüldüğü gibi çalışmaya katılan 86 bakım verenin çoğunda ruhsal hastalık ve fiziksel kısıtlılığın olmadığı görülmektedir. Bakım verenlerin hastaların hastalığına şahit olanlarla olmayanlar yaklaşık aynı sayıda olup, orta düzeyde korku ve çaresizlik hissettikleri görülmektedir. Hastalık sonrasında sıkıntı yaşayanların sayısının fazla olduğu, atak sonrası sorunlarla yeterli düzeyde baş ettikleri görülmektedir.

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının ruh sağlığı ile ilgili verileri Tablo 5’ de sunulmuştur.

Tablo 5: İnme geçirmiş hastaların bakım verenlerinin bakım verme ile ilgili verileri

		N	%
Daha önce bakım verme	Hayır	67	77,9
	Evet	19	22,1
Kaç aydır bakım verdiği	<3 ay	31	36
	4-12 ay	24	27,9
	>12 ay	31	36,1
Hastaya bakım veren başka birisi var mı?	Yok	30	34,9
	Var	56	65,1
Hasta bakımının başkasına devir isteği	Yok	61	70,9
	Var	25	29,1
Hastalık tanısını kimden öğrendiği	Hekim	47	54,7
	Yakını	39	45,3
Hastalığın gidişatı ile ilgili beklenti	Kötüye gidecek	4	4,7
	Değişmeyecek	39	45,3
	İyiye gidecek	43	50,0
Çevreden sosyal destek	Az	22	25,6
	Orta	31	36,0
	Yeterli	33	38,4
Çevreden maddi destek	Yok	38	44,2
	Az	18	20,9
	Orta	18	20,9
	İyi	12	14,0
Kendisine zaman ayırma	Hayır	62	72,1
	Evet	24	27,9

Tablo 5’ de görüldüğü gibi bakım verenlerin daha önce bakım verme deneyimlerinin genelde olmadığı görülmektedir. Hastalara bakım verme süresi ortalaması $23,08 \pm 41,64$ ’dür. Hastaların %65,1’ine bakım verecek başka bakım verenlerin olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin hastalarının bakımını başkasına devretme isteğinin genelde olmadığı görülmektedir. Hastalık tanısını genelde hekimden öğrendikleri ve hastalığın bundan sonraki gidişatı ile beklentinin genelde iyi olduğu görülmektedir. Bakım verenlerin çevreden aldığı sosyal desteğin iyi, çevreden aldığı maddi desteğin genelde olmadığı, kendisine genel olarak zaman ayıramadığı görülmektedir.

4.2 Bakım verenlerin DSM-IV’e göre MDB ve TSSB varlığına ilişkin bulgular

Çalışmaya katılan bakım verenlerin DSM-IV’e göre MDB ve TSSB tanılarına ilişkin bulgular Tablo 6’da gösterilmektedir.

Tablo 6: Bakım verenlerin DSM-IV’e göre MDB ve TSSB tanıları

		N	%
MDB tanısı	Yok	54	62,8
	Var	32	37,2
TSSB tanısı	Yok	68	79,1
	Var	18	20,9
Toplam		86	100,0

Tablo 6’da görüldüğü gibi çalışmaya katılan bakım verenlerin DSM-IV’e göre MDB tanısı alanların oranı %37,2 idi. TSSB tanısı alanların oranı ise % 20,9 idi.

Ayrıca çalışmaya katılan bakım verenlerin GSA puanlarına göre elde ettikleri puan ve standart sapma sonuçları, $18,74 \pm 6,30$ idi.

4.3 Hasta yakınlarının birbirleri ile alt gruplaşmalarının olup olmadığını incelemek amacıyla yapılan iki-basamaklı kümeleme analizine ilişkin bulgular

Araştırma evrenindeki hasta yakınlarının alt gruplaşmalarının olup olmadığını incelemek amacıyla iki-basamaklı kümeleme analizi uygulanmıştır. Alt gruplaşma açısından yapılan değerlendirme; MDB, TSSB tanıları olup olmaması ve GSA puanları ortalamaları değişkenleri arasında yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 7' te gösterilmektedir.



Tablo 7: İki basamaklı kümeleme analizine ilişkin bulgular

	KÜME 1	KÜME 2	
N (%)	36 (%41,9)	50 (%58,1)	Ayırım gücü
MDB tanısı	Var (%88,9)	Yok (%100)	1.00
GSA	24,00	14,96	0.84
TSSB tanısı	Var (%50)	Yok (%100)	0.47

Tablo 7 incelendiğinde kümeleme analizinin hasta yakınlarını iki kümeye ayırdığı görülmektedir. Kümeleme analizinin kümeleri ayırma gücü (measure of cohesion and separation) iyi ($> 0,5$) düzeydeydi. Kümeleri ayırmada en etkili değişkenin ise MDB tanısını alıp almadığı olarak görüldü. Küme 1’deki hasta yakınlarının depresyon tanısı yüksek, Küme 2’deki hasta yakınlarının depresyon tanılarının ise düşük olduğu, Küme 1’deki hasta yakınlarının GSA puanlarının Küme 2’deki hasta yakınlarının GSA puanlarına göre daha yüksek olduğu izlenmektedir.

TSSB tanısı alan bakım verenler ise Küme 2’de hiç olmayıp, Küme 1’de yarı yarıya yer almaktadır. Küme 1’deki bireyler psikopatolojinin baskın olduğu küme (PBK), Küme 2’deki bireyler ise psikopatolojinin az olduğu küme (PAK) olarak adlandırılmıştır. Ortaya çıkan bu iki küme çeşitli değişkenler açısından karşılaştırılmıştır

4.4 Bakım veren kümelenmelerinin hastaların sosyodemografik verileri ile ilişkileri

Kümeler arasında hastanın cinsiyeti açısından anlamlı fark olup olmadığını saptamak amacıyla ki-kare testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 8’ de gösterilmiştir.

Tablo 8: İne geçirmiş hastaların cinsiyeti ile ilgili bilgiler

		Kümeler		Toplam	
		Küme 1 (n, %)	Küme 2 (n, %)		
Hastanın cinsiyeti	Kadın	8, %23	26, %77	34	$\chi^2 = 7,764,$ df=1, p=0,005
	Erkek	28, %54	24, %46	52	
Toplam		36, %42	50, %58	86	

Tablo 8 incelendiğinde kümeler arasında cinsiyet açısından anlamlı düzeyde ($p < 0.05$) bir fark olduğu görülmektedir.

Kümeler arasında hasta yaşı açısından anlamlı fark olup olmadığını saptamak amacıyla Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 9’ da gösterilmiştir.

Tablo 9: İne geçirmiş hastaların yaşları ile ilgili bilgiler

		N	Ortalama	Ss	Medyan	U	Z	p
Hasta Yaşı	Küme 1	36	54,88	15,79	32,75	1179	-3,391	0,001
	Küme 2	50	64,58	16,55	51,24			

Tablo 9 incelendiğinde kümeler arasında hasta yaşı açısından anlamlı düzeyde (U: 1179, Z: -3,391, p<0.05) bir fark olduğu görülmektedir.

4.5 Kümeler ile hastalık bilgilerinin karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Kümeler arasında hastaların inme öncesinde yaşamı tehdit eden başka bir hastalığı, inme öncesinde psikiyatrik başvurusu, inme sonrası psikiyatrik başvurusu, iletişim sorunu, tuvalet ihtiyacı, hastalık öncesi fiziksel kısıtlılığı açısından anlamlı fark olup olmadığını saptamak amacıyla ki-kare testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 10’ da gösterilmiştir.

Tablo 10: İnme geçirmiş hastaların hastalık özellikleri ile ilgili bilgiler

		Kümeler		Toplam	
		Küme 1 (n, %)	Küme 2 (n, %)		
Hastanıza inme öncesinde yaşamı tehdit eden hastalık var mıydı?	Hayır	18, %38	29, %62	47	$\chi^2 = 0,540,$ df=1, p=0,303
	Evet	18, %46	21, %54	39	
Hastanız inme geçirmeden önce psikiyatrik başvurusu var mıydı?	Hayır	29, %40	45, %60	74	$\chi^2 = 1,555,$ df=1, p= 0,176
	Evet	7, %58	5, %42	12	
Hastanızın inme sonrası psikiyatrik başvurusu olmuş muydu?	Hayır	16, %28	42, %72	58	$\chi^2 = 14,91,$ df=1, p< 0,0005
	Evet	20, %71	8, %29	28	
Hastanızın daha önce fiziksel kısıtlılığı var mıydı?	Hayır	28, %39	43, %61	71	$\chi^2 = 0,983,$ df=1, p= 0,240
	Evet	8, %53	7, %47	15	
Hasta ile iletişim kurabiliyor musunuz?	Hayır	9, %47	10, %53	19	$\chi^2 = 0,304,$ df=1, p=0,384
	Evet	27, %40	40, %60	67	
Hastanız tuvalet ihtiyacını kendisi görebiliyor mu?	Hayır	25, %45	30, %55	55	$\chi^2 = 0,810,$ df=1, p=0,252
	Evet	11, %35	20, %65	31	
Toplam		36, %42	50, %58	86	

Tablo 10 incelendiğinde kümeler arasında inme öncesi yaşamı tehdit eden başka bir hastalık konması, inme öncesi psikiyatrik başvuru, inme geçirmiş hastanın daha önce fiziksel kısıtlılığı, inme geçirmiş hastalardaki iletişim sorunu ve tuvalet ihtiyacını kendisinin görüp görememesi açısından anlamlı düzeyde ($p > 0.05$) bir fark olmadığı, inme geçirmiş hastaların inme sonrası psikiyatrik başvurusunun olup olmaması açısından anlamlı düzeyde ($p < 0.05$) bir fark olduğu görülmektedir.

Kümeler arasında hastanın hastalık tanısından bu yana geçen zaman açısından anlamlı fark olup olmadığını saptamak amacıyla Mann-Whitney testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 11’ de gösterilmiştir.

Tablo 11: Hastaların inmeden bu yana geçen zaman ile ilgili bilgileri

		N	Ortalama	Medyan	U	Z	p
Hastalık tanısı konulalı kaç ay oldu?	Küme 1	36	51,65	31,59	1881	-2,576	0,010
	Küme 2	50	37,63				

Tablo 11 incelendiğinde, kümeler arasında hastanın inme geçirdikten sonra geçen zaman açısından anlamlı düzeyde (U: 1881, Z: -2,576, $p < 0.05$) bir fark olduğu görülmektedir.

4.6 Kümelerin bakım verenlerin sosyodemografik verileri açısından karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Kümeler arasında bakım verenlerin cinsiyeti, eğitim durumu ve hasta ile yaşam açısından anlamlı fark olup olmadığını saptamak amacıyla ki-kare testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12: Bakım verenlerin sosyodemografik verileri ile ilgili bilgiler

		Kümeler		Toplam	
		Küme 1 (n,%)	Küme 2 (n,%)		
Bakım verenin cinsiyeti	Kadın	31, %50	31, %50	62	$\chi^2 = 6,048,$ df=1, p=0,012
	Erkek	5, %21	19, %79	24	
Hasta ile yakınlık derecesi	Çocuk	5, %18	23, %82	28	$\chi^2 = 14,99,$ df=3, p=0,002
	Anne/Baba	9, %69	4, %31	13	
	Eş	18, %58	13, %42	31	
	Kardeş/gelin	4, %28	10, %72	14	
Bakım verenin eğitim durumu	8 yıldan az	25, %47	28, %53	53	$\chi^2 = 1,600,$ df=1, p= 0,149
	8 yıldan fazla	11, %33	22, %67	33	
Bakım verenin çalışma durumu	Çalışmıyor	28, %50	28, %50	56	$\chi^2 = 4,370,$ df=1, p=0,030
	Çalışıyor	8,%27	22, %73	30	
Hasta ile aynı evde mi yaşıyorsunuz?	Hayır	5, %22	18, %88	23	$\chi^2 = 5,223,$ df=1, p= 0,019
	Evet	31, %49	32, %51	63	
Toplam		36, %42	50, %58	86	

Tablo 12 incelendiğinde, kümeler arasında bakım verenin cinsiyeti, çalışma durumu, inme geçirmiş hasta ile yakınlık derecesi, inme geçirmiş hasta ile beraber yaşayıp yaşamaması açısından anlamlı düzeyde ($p < 0.05$) bir fark olduğu, bakım verenlerin eğitim durumu açısından ise anlamlı düzeyde ($p > 0.05$) bir fark olmadığı görülmektedir.

Kümeler arasında bakım veren yaşı açısından anlamlı fark olup olmadığını saptamak amacıyla t-testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 13'de gösterilmiştir.

Tablo 13: Bakım verenin yaşı ile ilgili bilgiler

		N	Ortalama	Ss	Medyan		U	p
Bakım veren yaşı	Küme 1	36	51,80	11,62			0,477	0,492
	Küme 2	50	49,04	13,30				

Tablo 13 incelendiğinde kümeler arasında bakım veren yaşı açısından anlamlı düzeyde (F: 0,477, $p > 0.05$) bir fark olmadığı görülmektedir.

4.7 Kümelerin bakım verenlerin psikopatolojisi açısından karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Kümeler arasında bakım verenlerin daha önce psikiyatrik destek alıp almaması ve birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık olup olmaması açısından anlamlı fark olup olmadığını saptamak amacıyla ki-kare testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 14’ te gösterilmiştir.

Tablo 14: Bakım verenlerin psikiyatrik öyküsü ile ilgili bilgiler

		Kümeler		Toplam	
		Küme 1 (n, %)	Küme 2 (n, %)		
Daha önce psikiyatrik destek aldınız mı?	Hayır	17, %29	41, %71	58	$\chi^2 = 11,529$, df=1, p=0,001
	Evet	19, %68	9, %32	28	
Birinci derece yakınlarınızda psikiyatrik hastalık var mı?	Hayır	20, %34	38, %64	58	$\chi^2 = 3,984$, df=1, p= 0,039
	Evet	16, %57	12, %43	28	
Toplam		36, %42	50, %58	86	

Tablo 14 incelendiğinde kümeler arasında bakım verenlerin daha önce psikiyatrik destek alıp almaması ve birinci derece yakınlarındaki psikiyatrik hastalık açısından anlamlı düzeyde ($p < 0.05$) bir fark olduğu görülmektedir.

4.8 Kümeler ile bakım verenlerin bakım verme bilgileri açısından karşılaştırılmasına ilişkin bulgular

Kümeler arasında bakım verenlerin daha önce bakım vermesi, sağlık giderlerini karşılamamanın getirdiği yük, maddi destek alıp almaması, hasta bakımının başkasına devir isteği ve kendine zaman ayırıp ayıramaması açısından anlamlı fark olup olmadığını saptamak amacıyla ki-kare testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 15’de gösterilmiştir.

Tablo 15: Bakım verenlerin bakım vermeyele ilgili bilgileri

		Kümeler		Toplam	
		Küme 1 (n, %)	Küme 2 (n, %)		
Daha önce bakım verdiniz mi?	Hayır	25, %37	42, %63	67	$\chi^2 = 2,576,$ df=1, p=0,090
	Evet	11, %58	8, %42	19	
Hastaya bakım veren başka birisi var mı?	Yok	17, %57	13, %43	30	$\chi^2 = 4,150,$ df=1, p= 0,042
	Var	19, %34	37, %66	56	
Sağlık giderlerini karşılamak ne derece maddi yük getiriyor?	Hiç/ Çok az	5, %22	18, %78	23	$\chi^2 = 5,223,$ df=1, p= 0,022
	Fazla	31, %49	32, %51	63	
Maddi destek alıyor musunuz?	Hayır	22, %58	16, %42	38	$\chi^2 = 7,192,$ df=1, p= 0,007
	Evet	14, %29	34, %71	48	
Hastanızın bakımını bir başkasına devretmek ister misiniz?	Hayır	20, %33	41, %67	61	$\chi^2 = 7,099,$ df=1, p=0,008
	Evet	16, %64	9, %36	25	
Kendinize zaman ayırabiliyor musunuz?	Hayır	34, %55	28, %45	62	$\chi^2 = 10,005,$ df=1, p=0,000
	Evet	2, %8	22, %92	24	
Toplam		36, %42	50, %58	86	

Tablo 15 incelendiğinde kümeler arasında bakım verenlerin daha önce bakım verip vermemesi açısından anlamlı düzeyde ($p > 0.05$) bir fark olmadığı, inme geçirmiş hastaya bakım veren başka kişinin olup olmaması, sağlık giderlerini

karşılama yükü, maddi destek alıp almaması, inme geçirmiş hastanın bakımını başkasına devir isteğinin olup olmaması ve bakım verenlerin kendisine zaman ayırıp ayıramaması açısından anlamlı düzeyde ($p < 0.05$) bir fark olduğu görülmektedir.

Kümeler arasında bakım verenleri hastaya kaç aydır bakım vermesi açısından anlamlı fark olup olmadığını saptamak amacıyla Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16: Bakım verme süresi ile ilgili bilgiler

		N	Ortalama	Ss	Medyan	U	Z	p
Hastaya kaç aydır bakım veriyorsunuz?	Küme 1	36			52,83	1839	-2,953	0,003
	Küme 2	50			36,78			

Tablo 16 incelendiğinde kümeler arasında bakım verenlerin bakım verme süresi açısından anlamlı düzeyde (U: 1839, Z: -2,953, $p < 0.05$) bir fark olduğu görülmektedir.

4.9 Kümeler ile bakım verenlerin hastalığı öğrenmesi ve hastalığın gidişatı hakkındaki yorumu açısından karşılaştırılması

Kümeler arasında bakım verenlerin hastanın hastalık başlangıcına şahit olması, hastalık tanısını kimden öğrendiği, inme sonrası oluşan sorunlarla nasıl ve ne derece baş ettiği, hastalık ile ilgili bundan sonraki süreçte beklentisi açısından anlamlı fark olup olmadığını saptamak amacıyla ki-kare testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 17’ de gösterilmiştir.

Tablo 17: Bakım verenlerin hastalık anı ve sonrası durumları ile ilgili bilgiler

		Kümeler		Toplam	
		Küme 1	Küme 2		
Hastanızın hastalık başlangıcına şahit oldunuz mu?	Hayır	15, %36	27, %64	42	$\chi^2 = 1,274$, df=1, p=0,181
	Evet	21, %48	23, %52	44	
Hastanızın hastalık tanısını kimden öğrendiniz?	Hekim	24, %51	23, %49	47	$\chi^2 = 3,607$, df=1, p= 0,046
	Yakını	12, %31	27, %69	39	
Bu sorunlarla ne derece baş ettiniz?	Kötü	30, %75	10, %25	40	$\chi^2 = 33,746$, df=1, p<0,0005
	İyi	6, %13	40, %87	46	
Hastalık beklentisi	Kötüye gidecek/Değişmeyecek	25, %58	18, %42	43	$\chi^2 = 9,364$, df=1, p=0,002
	İyiye gidecek	11, %26	32, %74	43	
Toplam		36, %42	50, %58	86	

Tablo 17 incelendiğinde kümeler arasında bakım verenlerin hastalarının hastalık başlangıcına şahit olup olmaması açısından anlamlı düzeyde ($p > 0.05$) bir fark olmadığı, bakım verenlerin hastalığı kimden öğrendiği, inme sonrası oluşan sorunlarla ne derece baş ettiği ve bakım verenlerin hastalığın gidişi ile ilgili beklentisi açısından anlamlı düzeyde ($p < 0.05$) bir fark olduğu görülmektedir.

5 TARTIŞMA

Konu ile ilgili yazın incelendiğinde bugüne kadar inme hastalarına bakım verenler ile ilgili yapılmış olan çalışmaların daha çok bakım yükü ve bakım verenin yaşam kalitesi üzerine odaklanmış olduğu görülmektedir. Oysa, inme ve benzeri hastalıklar büyük oranda insan yaşamını tehdit eden sağlık sorunlarından kaynaklanmaktadır. Ruhsal Bozukluklar Teşhis ve Sayım Kılavuzu (DSM-IV) dördüncü baskısında bir bireyin yakını veya sevdiği bir kişinin yaşamını tehlikeye sokan bir hastalığa tanık olması veya sevdiği kişide böyle bir hastalığın varlığını öğrenmesi travmatik bir olay olarak nitelendirilmiştir (41). Bu duruma bağlı olarak gerek hastalık tanısı alan kişilerde, gerekse bu kişilerin yakınlarında çeşitli ruhsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Çeşitli çalışmalarda süregelen hastalığı olan kişilere bakım verenlerde MDB'nin sık görülmekte olduğu vurgulanmıştır (57,68). Hasta ve yakınlarında MDB sık görülmekle birlikte, travmatik stresle ilişkili hastalıklar az çalışılan konular olmuştur. Travmatik stresle ilişkili sorunların tanınması ve tedavisi hasta ve yakınlarına bütüncül tıbbi ve psikososyal yaklaşım açısından gereklidir.

Bu görüşler doğrultusunda, yaptığımız çalışmada inme hastalarına bakım verenlerde oluşabilecek olası psikopatolojiler olan MDB ve TSSB değerlendirilmiş; bu psikopatolojiler ile ilgili olabilecek risk etkenleri incelenmiştir.

5.1 Bakım verenlerin DSM-IV'e göre MDB ve TSSB'nin incelenmesi

Uzun süreli bakım vermek kişide sağlık ve psikosoyekonomik durum gibi yaşam kalitesinin göstergeleri olan alanları etkileyebilen bir süreçtir. Bakım vermenin sonucunda bireyin yaşadığı yük, psikolojik sorunları da beraberinde getirmektedir (27). Bakım verenlerin bakım verme işinden dolayı ruhsal ve fiziksel sağlıklarının bozulabileceği bilinmektedir (69). Lauren ve arkadaşlarının kanser hastalarına bakım verenleri SCID kullanarak değerlendirdikleri araştırmalarında bakım verenlerin %8'inde panik bozukluğu, %4,5'inde MDB, %4'ünde TSSB, %3,5'inde yaygın anksiyete bozukluğu saptadıklarını bildirmişlerdir. Lauren ve arkadaşları bu araştırmalarında, morbidite oranlarının diğer çalışmalara göre düşük

olduğunu bildirmiş; bunu diğer çalışmalarda SCID dışında tanı koyma yöntemlerinin kullanılmış olmasına bağlamışlardır (68). Bakım verenlerle yapılan bir diğer çalışmada ise bakım verenlerin %60.6'sı kendilerine ayıracak özel zamanlarının olmadığını, %78.8'u kendilerini yorulmuş hissettiklerini, %84.9'u bakım verdiği hasta ile iletişimde güçlükler yaşadıklarını, %56.9'u ise ekonomik zorluklar yaşadıklarını tespit etmiştir (70).

5.1.1 Bakım verenlerde major depresif bozukluk

Depresyon, bakım verme sürecinin ortaya çıkardığı, bakım verenlerin yaşam kalitelerini düşüren, işlevselliği bozan ve mortalitede artışa neden olan olumsuz sonuçların başında gelmektedir (71). Konu ile ilgili yazın incelendiğinde bakım verenlerde %52'lere kadar depresyon görülebildiği bildirilmiştir. Yapılan araştırmalar, uzun süreli bakım verenlerin %40-70 arasında değişen oranlarda depresif belirtiler gösterdiğini bildirmiştir (72,73). Sörensen ve arkadaşları bakım verenleri depresyon ölçekleri ile taradıklarında, bakım verenlerde %10-83 oranında klinik düzeyde MDB tanısı konulduğunu bildirilmiştir (74).

Bu güne kadar yapılan çalışmalarda, depresyon ölçümü ölçekler ve anketler üzerinden yapıldığı için, klinisyen tarafından değerlendirilen yapılandırılmış görüşmeler değildir. MDB tanısı için SCID kullanılarak yapılan çalışmalara bakıldığında, Yaluğ ve arkadaşlarının kanser tanısı almış çocukların ebeveynlerinde yaptığı çalışmada MDB oranı %37,5, Lauren ve ark.nın kanser hastalarına bakım verenlerinde yaptığı çalışmada MDB oranı %4,5 olarak bulunmuştur (57,68).

Bizim çalışmamızda MDB tanısı alan bakım verenlerin sayısı 32 kişi olup, tüm çalışmaya katılan bakım verenlerin %37,2'sini oluşturmaktadır. Çalışmamızın bulguları konu ile ilgili yazındaki kronik hastalara bakım verenlerde MDB'nin SCID kullanılarak değerlendirilmiş olduğu çalışmaların bulguları ile uyumludur. Ancak yazın incelendiğinde SCID dışı tanı koyma yöntemlerinin kullanıldığı araştırmalarda depresyon oranlarının daha yüksek olduğu izlenmektedir. Bu farklılığın nedeninin farklı tanı koyma araçlarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

5.1.2 Bakım verenlerde travma sonrası stres bozukluğu

Travmatik olay, kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır yaralanma ya da kişinin fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşama ya da başka bir kişinin ölümüne ya da ölüm tehdidi altında kalmasına, yaralanmasına ya da fizik bütünlüğüne bir tehdit oluşturan bir olaya tanıklık etme gibi sebeplerin yanında, bir yakınına ölümcül olabilecek hastalık tanısı konmuş olması da DSM-IV’ce travmatik olay olarak nitelendirilmiştir. Travmatik olaya maruz kalma sonrası çeşitli psikopatolojilerin ortaya çıkabileceği (TSSB, MDB vb.) bilinmektedir (52). Ayrıca travmaya maruz kalan kişilerde yaygın anksiyete bozukluğu veya panik bozukluğu gibi anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları yanında MDB ve distimi gibi duygudurum bozuklukları da ortaya çıkabilir (50).

Pritchard ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, anevrizmal subaraknoid kanama geçirmiş hastaların bakım verenlerinin, akustik nöromalı hastaların bakım verenlerine göre, anlamlı şekilde daha kötü psikolojik sonuçlar yaşadıkları (örneğin, daha fazla korku, depresyon ve stresli olduklarını) bildirilmiştir. Yazarlar iki hasta grubu arasındaki bu sonuç farklılığının subaraknoid kanama tipik olarak acil tedavi gerektirirken, akustik nöroma elektif olarak tedavi edilebilmesi gibi hastalığın başlangıcı ve tedavisindeki farklılığa bağlı olabileceğini düşünmüşlerdir. Ciddi hasarlara neden olabilen subaraknoid kanamanın aniden ortaya çıkmasının bakım verenlerde travma sonrası bir stres reaksiyonu yaşaması için yeterince travmatik olabileceğini düşünmüşlerdir (75).

İnme ani gelişen ve ölümcül olabilen bir tablodur. İnme sırasında hastaların yaşadığı ölüm tehlikesine tanık olmak veya başkasından öğrenmek travmatik olay olarak nitelendirilebilir. Ek olarak hastalık sonrasında oluşan yeti yitimi ve kalıcı sorunlar, bu sorunlarla baş etmek zorunda olmak ve bu hastalık ile yineleyen yüzleşme, hastalığın kontrol edilemeyen yönleri, toplumsal alanlardan geri çekilme ve çaresizlik TSSB’nin oluşması ve sürmesine yol açabilir.

Yapılan çalışmalarda inmenin yaşamı tehdit etmesi ve buna bağlı oluşan dramatik klinik tablo ve nöropsikolojik sekel göz önünde bulundurulduğunda, oluşturduğu stres, üzüntü ve sıkıntının sadece hastalar tarafından değil, onların aileleri ve arkadaşları gibi bakım veren yakınları tarafından da yaşanabileceği bildirilmiştir (31,76,77). Subaraknoid kanama geçirmiş 86 hastanın bakım verenleri ile yapılan bir araştırmada, bakım verenlerin %26’sının TSSB tanı kriterlerini

karşılıdığı ve uygun olmayan baş etme stratejilerinin kullanılmasının TSSB'nin en iyi öngördürücüsü olduğunu bildirilmiştir (58). Yaluğ ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kanser tanılı çocukların ebeveynlerinde TSSB oranı %34,6 bulunmuştur (57). Lauren ve arkadaşlarının kanser hastalarına bakım verenler üzerinde yaptığı çalışmada TSSB oranı %4,5 olarak bildirilmiştir (68).

Araştırmamız bulguları çalışmaya katılan bakım verenlerin %20,9'unda TSSB bulunduğunu göstermiştir. Bizim çalışmamızda TSSB görülme yaygınlıkları daha önceki çalışmalarda görülen yaygınlıklarla benzerdir (68,78).

TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığının %8 olduğu düşünülürse, bizim çalışmamızda iki katından daha fazla olduğu görülmektedir. Bununla beraber bulgularımız konu ile ilgili yazındaki inme geçirmiş hastaların bakım veren yakınlarında TSSB'nin ortaya çıkabilen bir bozukluk olduğunu gösteren çalışmaların bulguları ile uyumludur. Bu bulgu, inme hastası yakınlarının değerlendirilmelerinde ve onlara yönelik geliştirilecek psikososyal girişimlerin planlanmasında önemlidir.

TSSB'de en sık rastlanılan eştanı depresyondur. Eştanılı durumlar TSSB'de iki şekilde ortaya çıkabilir. Bunlardan ilki, travmatik olay ve sonrasında gelişen stres tepkilerinden önce psikiyatrik bir durumun varlığıdır. Bu aynı zamanda TSSB'nin gelişmesini ve süregenleşmesini sağlayan bir risk etmeni olarak da görülmektedir. İkinci durumda ise, eştanılı durum travmatik stres yaratan olaydan sonra ortaya çıkar. Her iki durumda eştanının olması, oluşan tablonun şiddetini artırır ve işlevselliği bozar (52).

Bununla beraber araştırmamız bulguları TSSB tanısı alan 18 hastanın tamamının aynı zamanda MDB tanısı da almış olduğunu göstermiştir. Yaluğ ve arkadaşlarının kanser tanısı almış çocukların ebeveynlerinde yaptığı çalışmada ise TSSB tanısı almış olan 36 hastadan 29'un (%80,5) MDB tanı kriterlerini de karşılıdığı bildirilmiştir (57). Bulgu, bir kişide TSSB saptandığında psikopatolojisinin de özellikle çökkünlük ve major depresyon yönünde şiddetlenmesini göstermesi açısından önemlidir. Bu durum, mevcut psikopatolojinin süregenleşmesini veya tedaviye dirençli hale gelmesini sağlayabilir. Bu nedenle, inme hastalığı olan kişilerin yakınlarının değerlendirilmelerinde travmatik strese ilişkin soruların da yer alması daha şiddetli hastalığı olanları tanımak ve saptamak açısından önemli gözükmektedir. Bu hastaların tıbbi tedavileri ve bu kişilere yönelik psikososyal

girişimler açısından da önemlidir. TSSB tanı kriterlerinden olan küntleşme belirtilerinin MDB tanı kriterleri ile benzer olması bu bulguya sebep olabilir.

5.2 Çalışma bulgularının hastaların sosyodemografik değişkenleri ile ilişkisi:

Çalışmamızda inme hastalarının cinsiyeti açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

Ülkemiz dışında inmeli hastalarla yapılan bir çalışmada hastaların yaş ortalaması 68 ve %77'sinin erkek olduğu belirlenmiştir (79). Ülkemizde inme ile ilgili yapılmış ve 2000 hastanın verilerinin değerlendirildiği Ege İnme Veri Tabanı'nda ortalama yaş 62.3 ± 12 bulunmuştur. Bu değerlendirmede erkek hastaların sayısı daha fazla bulunmuştur (80).

Bizim çalışmamızda da yazın ile uyumlu olarak hastaların %60,5'i erkektir. İnme hastalarının cinsiyeti açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğinde, kadın hastalara bakım verenlerin erkek hastalara bakım verenlere oranla PAK'ta daha yüksek oranda yer aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu bulgu yorumlandığında, hastalara bakım verenlerin en çok eşler olması nedeniyle, kadın cinsiyetteki hastaların bakım verenlerinin erkek olacağı ve erkek bakım verenlerde daha az psikopatoloji gelişebileceği şeklinde yorumlanabilir. Erkeklerin çalıştığı aile yapısında, aile gelirlerinin düşmemesi, erkeklerin genel olarak ruhsal ve duygusal sorunlarını ifade edememelerine bağlı olabilir.

Çalışmamızda hastaların yaşları açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

İnmeli hastalara bakım verenler üzerinde yapılan bir çalışmada, hasta yaşının bakım verme yükü açısından anlamlı olmadığı bildirilmiştir (81). Yapılan başka bir çalışmada, hasta yaşı arttıkça hastanın bakım verene olan bağımlılık düzeyinin arttığı, yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan fizyolojik yetersizlikler, inmenin yol açtığı belirtilerle birlikte bireyin başkalarının bakımına daha fazla ihtiyaç duymasına yol açabildiği, dolayısıyla inme tanısı almış yaşlı bireye bakım vermek daha güç olabileceği bildirilmiştir (82).

Bizim çalışmamızda hastaların yaş ortalaması $60,52 \pm 16,84$ 'tür. Hastaların yaşı açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğinde, hasta yaşının düşük olduğu

bakım verenlerin hasta yaşının yüksek olduğu bakım verenlere oranla PBK’de daha yüksek oranda yer aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Genç yaşta inme geçiren hastaların bakım verenlerinde genç yaşta geçirilen inmenin beklenmedik bir olay olması, işlevsellikte daha fazla bozulmaya yol açabileceği ve bakım sürecinin daha uzun süreceği beklentisi gibi nedenlerle daha fazla psikopatoloji yaşadıkları düşünülebilir.

5.3 Çalışma bulgularının bakım verenlerin sosyodemografik değişkenleri ile ilişkisi:

Çalışmamızda bakım verenlerin cinsiyeti açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

Avrupa çapında yapılan EURO CARE çalışmasında; bakım verenlerin yarısından fazlasının kadın olduğu bulunmuştur (83). Yazında kadınların bakım veren görevine uygun görülmesinin en önemli nedeninin; genellikle toplumlar tarafından ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların, kadının zaten yapması gereken işi olarak görülmesinden kaynaklandığı bildirilmiştir (84). İnme geçiren hastaların bakım veren yakınlarında TSSB’nin araştırıldığı bir çalışmada bakım verenlerin %61,6’sı, Altınok ve arkadaşlarının omurilik felçli hastalara bakım verenlerinde yaptığı çalışmada %80,3’ü, Pielmaier ve arkadaşlarının travmatik beyin hasarı geçiren hastaların yakınlarında travma sonrası stres semptomlarını değerlendirdiği çalışmada ise bakım verenlerin %77,6’sının kadın cinsiyette olduğunu bildirmişlerdir (58,60,85).

Hartford Enstitüsü kadın bakım verenlerin erkeklere göre daha fazla sorumluluk aldıkları ve kadınlarda depresyon oranının daha fazla olduğunu bildirmiştir (86). 448 kanser hastasına bakım verenler ile yapılan bir çalışmada erkek bakım verenlerin, bakım verme işini özgüvenlerini destekleyen bir durum olarak algıladıkları, erkeklerin kadınlara göre bakım verme işini daha az stres altında deneyimledikleri gösterilmiştir (87).

Lutzky ve Knight, erkeklere göre kadınlarda daha fazla depresyon düzeyinin olmasını iki şekilde açıklamıştır. Birincisi erkeklerin, duygularına daha az dikkat ettikleri için duygularını tanımlamakta zorluk çekmelerinden dolayı yaşadığı sıkıntılarını açıklayamadıkları, ikincisi ise kadınların işlevsel olmayan sosyal baş

etme yöntemlerini kullandıkları için daha fazla sorun yaşadıkları şeklinde bildirilmiştir (88). Yaluğ ve arkadaşlarının kanserli çocukların ebeveynlerinde yaptığı çalışmada, annelerde babalara oranla 2 kat daha fazla TSSB olduğu bildirmiştir (57). Kadınlarda TSSB görülme riski erkeklere göre 2 kat daha fazladır(52). MDB'nin toplum örneklemindeki nokta yaygınlığı ise kadınlar için %5-9, erkekler için %2-3 arasında değişmektedir (41).

Bizim çalışmamızda bakım verenlerin %72'si kadın cinsiyetteydi. Çalışmamızda bakım verenlerin cinsiyeti açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğinde, erkek bakım verenlerin kadın cinsiyete oranla PAK'da daha yüksek oranda yer aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışmamızın cinsiyet ile ilgili bulguları yorumlandığında erkek bakım verenlerin psikopatolojinin az olduğu kümede anlamlı düzeyde fazla bulunuyor olması yazındaki cinsiyet ile ilgili çalışmaların sonuçları ile uyumlu görünmektedir. Bu farkın nedeni erkeklerde kadınlara oranla MDB ve TSSB sıklığının daha az olması ve örneklemdaki erkek bireylerin sayısının azlığı olabilir. Ayrıca kadın bakım verenlerin bakım verme ile baş edememesinin, yeterli destek alamamasının ve güçlükler yaşamasının psikopatolojiyi artırdığı düşünülebilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin hastalara olan yakınlık derecesi açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

Hastalara bakım verenlerin yakınlık derecelerinin toplumdan topluma farklılık gösterdiği görülmüştür. Rinaldi ve arkadaşları yaptıkları çalışmada bakım verenlerin sıklıkla hastaların çocukları olduğunu, ikinci sırada ise hastaların eşlerinin olduğunu bildirmiştir (89). Yapılan başka bir çalışmada ise Tayvan'da hastalara bakım verenlerin daha çok eşler olduğunu, A.B.D ve Çin'de ise daha çok çocuklarının bakım verme işini yaptığı bildirilmiştir (90). Berger ve arkadaşlarının çalışmasında ise bakım verenlerin sıklıkla hastaların eşleri olduğu saptanmıştır (91). Noble ve arkadaşları ise bakım verenlerin %76'sı eşi veya hayat arkadaşları olduğu bildirmiştir (58). Laura ve arkadaşlarının ciddi travmatik beyin hasarı geçiren hastaların bakım veren yakınlarında yaptığı çalışmada, travma sonrası stres belirtileri ile hasta-bakım veren yakınlık derecesi arasında ilişki bulunamadığını bildirmiştir (60). Schulz ve Beach, bakım verenlerin hastanın eşi olmasının bakım vericide depresyon gelişimi için risk etkeni olduğunu bildirmiştir (92).

Bizim çalışmamızda bakım verenlerin %36'sını hastaların eşleri oluşturmaktaydı. Bakım verenlerin hasta ile olan yakınlık derecesi açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğinde, hastanın çocuğu olan bakım verenlerin PBK'ye oranla PAK'da daha yüksek oranda yer aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu durum, hastanın çocuğu olan bakım verenlerin, diğer aile üyeleri tarafından desteklerinin sürüyor olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin yaşı açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

Given ve arkadaşları kanserli hasta bakım verenlerinde ileri yaşta olanların, kadın cinsiyette olanların ve evlilerin daha düşük yaşam kalitesine sahip olduğunu tespit etmişlerdir (93). Yaşlılara bakım veren aile üyelerinde yapılan bir çalışmada, bakım veren yaşının genç olması, depresif belirti göstermesi açısından yordayıcı olduğunu bildirilmiştir (94). Campbell, bakım veren yaşının depresyon olasılığını etkilemeyeceğini ileri sürmüştür (95). Yacı'nın yaptığı çalışmada da bakım veren yaşının depresyon olasılığını etkilemediğini belirtmiştir (96).

Bizim çalışmamızda bakım verenlerin yaş ortalaması $50,19 \pm 12,63$ 'tür. Kümeler arasında bakım verenlerin yaşları açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğinde aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Çalışmamız psikopatoloji açısından yaşın önemli olmadığı sonucu ile Campbell ve Yacı'nın görüşünü desteklemektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin eğitim düzeyleri açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

Eğitilmiş kişilerin stres belirtileri meydana gelmeden daha çok başa çıkma yollarını bulabilecekleri, daha düşük eğitim düzeyindeki bakım verenlerin ise stres belirtileri geliştirme riskinin daha yüksek olabileceğinden yük yaşama durumlarının daha fazla olabileceği belirtilmiştir (97). Mollaoğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eğitim düzeyi azaldıkça bakım verme yükünün arttığı bildirilmiştir (98).

İnme geçirmiş hastaların bakım verenlerinde yapılan iki çalışmada ise eğitim düzeyi düşük olan bakım verenlerin ruhsal ve fiziksel sağlıklarının olumsuz etkilendiği bildirilmiştir (99,100).

Yaluğ ve arkadaşlarının çalışmasında; diğer çalışmaların aksine kanserli çocuklara bakım verenlerin eğitim seviyesi arttıkça TSSB geliştirme riskinin arttığını

belirtmiştir. Eğitim seviyesinin yüksek olması; tanı ve tedavi süreci, yakın ve uzak gelecekteki olası güçlükler ve olumsuz sonuç olasılığı hakkındaki farkındalığın artmasına yol açabileceği şeklinde açıklamışlardır (57). Ancak Yacı'nın Alzheimer hastalarına bakım verenlerinde yaptığı çalışmada eğitim düzeyinin ne bakım veren yükünü, ne de depresyon ile ilgili olmadığı sonucuna ulaşmıştır (96).

Bizim çalışmamızda, bakım verenlerin eğitim durumları açısından kümeler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmamızın bulguları bakım verenlerin eğitim düzeylerinden ziyade, bakım veren-hasta arasındaki ilişki ve etkileşimler gibi kültürel ve toplumsal farklı süreçlerin daha belirleyici rol oynadığı şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin çalışma durumları açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

Yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin sağlık durumları için dışarıda çalışıyor olmalarının koruyucu etkisi olabileceği belirtilmiştir (101). Lee ve arkadaşları kadın bakım verenlerde, çalışan ve çalışmayan grup arasında depresif belirti bakımından anlamlı bir fark olmadığını belirtmişlerdir (102). Yapılan başka bir araştırmada, çalışmayan bakım verenlerde depresyon belirtileri görülme oranının daha fazla olduğu bulunmuştur (103).

Daha düşük sosyoekonomik düzeye sahip bakım verenlerin daha fazla yük ve genel sağlık durumunun daha kötü olduğunu bildiren yazarlar da vardır. Bu da çalışan bireylerin ekonomik durumlarının daha yüksek olabileceği düşüncesini akla getirmektedir (104).

Bizim çalışmamızda bakım verenlerin %65,1'i ücretli olarak her hangi bir işte çalışmamaktadır. Bakım verenlerin çalışma durumları açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğinde, çalışan bakım verenlerin çalışmayanlara oranla PAK'da daha yüksek oranda yer aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Yazın ile uyumlu olan bu bulgu, çalışan bireylerin bakım verme sürelerinin daha az olması, bakım verme ortamından uzaklaşabilmesi ve sosyalleşmenin koruyucu etkisi olarak yorumlanabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin hastalar ile aynı evde yaşayıp yaşamamaları açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

Hasta ile yaşamanın yetişkin-çocuk üzerinde önemli etkisi olduğu ve hasta ile yaşayan eşlerin ve çocukların depresif belirtilerinde artış olduğu görülmüştür (105). İnme etkisini kişinin sevdiği birey üzerinde sürekli görmesi olayı hatırlamasını kolaylaştırır. Bu durum travmatik stres belirtilerinin de süregelenmesini kolaylaştırabilir. Demir, bilinç kaybı olan hastaların yakınlarıyla yaptığı çalışmada, hastasının yanında sürekli kalan hasta yakınlarında depresyonun daha fazla görüldüğünü bildirmiştir (103). Kanada’da yapılan bir çalışmada Alzheimer hastası ile birlikte yaşayanlarda kendini yorgun ve stresli hissetme %60, depresyon %48, umutsuzluk %28 ve intihar düşüncesi %16 olarak tespit edilmiştir. Birlikte yaşamayanlarda ise bu oranlar çok daha düşük bulunmuştur (106).

Bizim çalışmamızda bakım verenlerin hastalar ile aynı evde yaşayıp yaşamaması açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğinde, hasta ile aynı evde yaşamayan bakım verenlerin aynı evi paylaşan bakım verenlere oranla PAK’da daha yüksek oranda yer aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışmamız bulguları yorumlandığında, hasta ile aynı evde yaşamayan bakım verenlerin daha az süre bakım vermesi, daha sosyal ortamlarda bulunabilmesi ve kendisini rahatlatacak aktivitelere daha rahat ulaşabilmesinin sonucunda daha az psikopatoloji yaşıyor olabilirler. Aynı evde yaşayarak sürekli hatırlatıcılara maruz kalmak ise psikopatolojiyi süregelenleştirebilir.

5.4 İnme geçirmiş hastaların hastalıkları ile ilgili bilgilerin incelenmesi:

Çalışmamızda bakım verenlerin hastalar ile iletişim kurabilip kuramamaları, hastaların tuvalet ihtiyaçlarını kendisinin görebilip göremediği, hastalarda inme öncesi fiziksel engelliliğin olup olmaması açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

İNME GEÇİRMİŞ HASTALARA BAKIM VERENLERDE YAPILAN ÇALIŞMALARDA, inme geçirmiş hastaların indeks kullanılarak ölçülen işlevsel durumlarının, bakım verenlerde oluşturduğu psikopatoloji değerlendirilmiş olup depresyon ve anksiyete düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur (81,107).

İNME HASTALARINA BAKIM VERENLERDE YAPILAN ÇALIŞMALARDA, inme geçiren hastaların fiziksel engelliliği Barthel indeksi (BI) kullanılarak ölçülmüş olup, bazı çalışmalarda hastanın engellilik derecesi arttıkça depresyonun arttığı, bazı çalışmalarda ise

hastalığın kronik fazında benzer ilişkinin olduğu gösterilmiştir. Bazı çalışmalarda ise hastaların engellilik derecesi ile bakım verenlerin depresyon düzeyleri arasında fark bulunamamıştır (108–111). Noble ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, hastadaki fiziksel ve bilişsel engellilik derecesinin bakım verenlerde TSSB gelişimi ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir (58). Hellowell ve arkadaşları inme geçiren hastaların bakım verenlerinde yapılan çalışmada, hastalardaki işlevsel sorunlar hakkındaki bilginin, bakım verenlerde oluşabilecek ruhsal sorunların tahmin edilmesinde önemli olduğunu bildirmiştir (77).

Bizim çalışmamızda hastalar ile iletişim kurabilip kuramama, tuvalet ihtiyacını kendisinin görebilip görememesi, hastaların inme öncesi fiziksel kısıtlılığının olup olmaması gibi işlevsel durumlar açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğinde aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bizim verilerimizde hastalarda oluşan inme öncesi ve sonrası fiziksel engelliliği ölçen indeks kullanılmamış olması kümeler arasında bu farkın oluşmama nedeni olabileceği düşünülebilir. Bu da çalışmamızın kısıtlılığı gibi görünmektedir. Hastanın fiziksel kısıtlılığı bakım verenin uğraşı ve direncini artırabilir. Bu sonucun benzer başka çalışmalarla da sınanması gerekmektedir.

Çalışmamızda hastaların inme öncesi ve inme sonrası psikiyatrik başvurusunun olup olmaması açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

İnme geçiren hastalarda en sık görülen psikiyatrik hastalık depresyondur (112). Tanı kriteri ve inme süresine göre depresyon sıklığı %23'ten %63'e kadar değişmektedir (112,113). İnmeli hastalara bakım verenlerde yapılan iki çalışmada, inmeli hastalardaki depresyonun bakım veren depresyonu ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur (110,111). Wade ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bu pozitif ilişkinin akut fazda olduğu gösterilmiştir (111). Son yıllarda yapılan çalışmalarda inme geçirmiş hastalarda depresyon da bağımsız bir risk etkeni olarak belirlenmiştir. ABD'de yıllık 625 bin yeni inme vakası olduğu düşünülürse tahminen yıllık 185 bin inme sonrası depresyon geçirilmesi olasıdır. Bakım verenler inmede sadece fiziksel yükün getirdiği sonuçlarla değil, inme geçirmiş hastadaki depresyonla da mücadele etmek zorundadır (114).

Bizim çalışmamızda hastaların inme öncesi psikiyatrik başvurusunun olup olmaması açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğinde aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Hastaların inme sonrasında psikiyatrik başvurusunun olup olmaması açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğinde, inme sonrası psikiyatrik başvurusu olan hastaların bakım verenlerinin, olmayanlara oranla PBK’de daha yüksek oranda yer aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Bakım verenlerin genetik yatkınlık açısından hastalarla benzer psikopatoloji yaşayabileceği düşünülebilir. Fakat inme öncesi psikiyatrik bozukluk olup olmaması açısından anlamlı fark olmayıp inme sonrası bu farkın olması, hastanın inme sonrasında yaşadığı sorunların bakım verene getirdiği yükün artması ile açıklanabilir. Burada genetik yatkınlıktan daha çok çevresel etkenler psikopatolojiyi artırıyor görülmektedir.

Çalışmamızda hastalara inme tanısı konulduktan sonra geçen zaman açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

Nörolojik olarak anlamlı iyileşmenin izlenmesi inmeden 3 haftayı, fonksiyonel iyileşme ise 18 ayı bulabilmektedir. Bu yüzden, farklı zaman aralıklarında inme hastalarında farklı şiddette ve klinikte nörolojik defisitler ve farklı düzeylerde fonksiyonel bozukluk ve depresyon bulunmaktadır (92,112). Han ve arkadaşlarının inme geçirmiş hastaların bakım veren yakınları konusunda yaptığı derlemede, bakım vermenin etkileri farklı zamanlarda hastaların durumunun değişmesi ve bakım sürecinin değişmesi nedeniyle farklı şekillerde izleneceğini bildirmiştir. İnme sonrası geçen zamanın ölçümünün, çalışma düzeninin, yorumlanmasının ve genellenmesinin yapılması için kritik bir değişken olduğunu, ancak çoğu çalışmada zamana çok az önem verildiğini bildirmiştir (115).

Çalışmamızda hastalık tanısı konulduktan sonra geçen zaman, ortalama $21,68 \pm 26,52$ aydır. Hastalara inme tanısı konulduktan sonra geçen zaman açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğine, inme tanısından bu yana geçen zamanın fazla olduğu hastalara bakım verenlerin, geçen zamanın daha az olduğu bakım verenlere oranla PBK’de daha yüksek oranda yer aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışmamıza katılan bakım verenlerin çoğu hastalığın tüm süresi boyunca bakım verdiklerinden dolayı tanıdan bu yana geçen zaman bakım verme süreleri ile aynıydı. Yazın ile uyumlu olan bu bulgunun nedeni bakım verme

süresinin uzaması tükenmişliği ve bakım yükünü daha fazla artırabileceği, bakım vericiler açısından yaşanan zorluklar ve hastalığın getirdiği sonuçlar ile daha uzun süre yüzleşeceği ile açıklanabilir. Bakım verenler bu durumda bir öğrenilmiş çaresizlikle karşı karşıya kalmış olabilir.

Çalışmamızda hastalarda inme öncesinde yaşamı tehdit eden başka bir hastalık olup olmaması açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

Konu ile ilgili yazın incelendiğinde, inme geçirmiş hastaların hastalık öncesinde yaşamını tehdit eden bir hastalık olup olmamasını araştıran çalışma bulunmamıştır.

Bizim çalışmamızda hastaların inme öncesinde yaşamı tehdit eden başka bir hastalığının olup olmaması açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğinde, kümeler arasındaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Bu durumun bir farklılık yaratması beklenirken çıkmaması, inme hastalığı sürecinin uzun olabilmesinden kaynaklanıyor olabilir.

5.5 Bakım verenlerin psikopatolojisi ile ilgili bilgilerin incelenmesi:

Çalışmamızda bakım verenlerde daha önce psikiyatrik hastalık olup olmaması açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

Bakım verenlerden daha önce depresif atak geçirmiş olanların olumsuz bakım verme yaşantılarını ya da bakım vermeden kaynaklanan sağlık sorunlarını daha çok vurguladıkları bildirilmiştir (116). Tek epizod MDB geçiren kişilerin en azından %60'ının en azından ikinci bir epizodunun daha olacağı beklenebilir. İki epizod geçiren kişilerde üçüncü epizod geçirme oranı %70'tir. Üç epizod geçirenlerde ise dördüncü epizod oranı %90'lara kadar çıkmaktadır (41). TSSB için risk etkenlerinden bir tanesi geçirilmiş psikiyatrik hastalık öyküsüdür (52).

Bizim çalışmamızda bakım verenlerde daha önce psikiyatrik hastalık olup olmaması açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğinde, daha önce psikiyatrik hastalık olan bakım verenlerin olmayan bakım verenlere oranla PBK'de daha yüksek oranda yer aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu bulgunun, daha önce psikiyatrik hastalık olan bakım verenlerin hangi hastalık tanısı aldığı ve tedavide hangi aşamada olduğunun bilinmemesi çalışmanın kısıtlılığı gibi görünmektedir. Ancak, psikiyatrik hastalık geçirmiş olmak önemli bir yatkınlık

unsuru olabilir ve üzerinde durulması gereken önemli bir psikososyal etken gibi durmaktadır.

Çalışmamızda bakım verenlerin birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık olup olmaması açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

MDB, böyle bir bozukluğu olan kişilerin birinci derece biyolojik akrabalarında genel topluma göre 1,5-3 kat daha fazla görülür (41). TSSB'nin aktarılmasında kalıtsal bir bileşen olduğuna ilişkin kanıtlar bulunmaktadır. Bunun yanında birinci derece akrabalarda depresyon öyküsü, TSSB geliştirmeye karşı artmış bir duyarlılık ile ilişkilidir (41).

Bizim çalışmamızda bakım verenlerin birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık olup olmaması açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğinde, birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık olmayan bakım verenlerin oranla PAK'da daha yüksek oranda yer aldıkları, birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık olan bakım verenlerin olmayan bakımlara oranla PBK'de daha yüksek oranda yer aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışmanın bulguları değerlendirildiğinde, bakım verenlerde ruhsal hastalıklar açısından genetik yatkınlık olması, yaşanan stresörlerin çokluğu, zorlantıların fazla olması ve sorunlarla baş etmekte güçlük yaşamaları daha fazla psikopatolojiye sebep olabileceğini akla getirmektedir. Bu bulgu genetik yatkınlığın önemini tekrar vurgulamaktadır. Hasta olan yakınlarla etkileşimin, yani toplumsal öğrenmenin rolü de önemli olabilir. Ayrıntılı çalışmalarla desteklenmesi gerekir.

5.6 Bakım verenlerin bakım verme ile ilgili bilgilerinin incelenmesi

Çalışmamızda bakım verenlerin hastalara bakım verme süresi açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

Chatcheydang'ın çalışmasında bakım verme süresi 27,1 ay, Draper ve arkadaşlarının çalışmasında ise 27 ay olduğu belirlenmiştir (110,117). Yapılan başka bir çalışmada bakım verme sürelerinin önemi vurgulanmıştır. Bakım verenlerin bakım verme süreleri uzadıkça yaşadıkları yükün arttığı belirtilmiştir (118). Meme kanseri olan hastalar ve bakım verenleri ile yapılan bir çalışmada bakım verme süreci ilerledikçe bakım verenlerde depresyon ve yükün arttığı saptanmıştır (119).

Bizim çalışmamızda bakım verenlerin hastalara bakım verme süresi, ortalama 19,24±25,72 aydır. Bakım verenlerin hastalara bakım verme süresi açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğine, bakım verenlerin bakım verme süresi fazla olanların, süresi az olanlara oranla PBK’de daha yüksek oranda yer aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Yazın ile uyumlu olan bu bulgunun nedeni bakım verme süresinin uzaması tükenmişliği ve bakım yükünü daha fazla artırabileceği, bakım vericiler açısından yaşanan zorluklar ve hastalığın getirdiği sonuçlar ile daha uzun süre yüzleşeceği ile açıklanabilir. Ruhsal travma ve bakım verme ile ilişkili olumsuz olaylar sürdükçe kişilerin psikopatolojilerinin süregelenleşebileceği akla gelmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin kendilerine zaman ayırıp ayıramadıkları açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

Bakım verenlerin bakım verme görevlerinden dolayı kendilerine ayıracak zamanları olmadıkları, kendilerini yorgun hissettikleri, hasta ile iletişimde sorun yaşadıkları ve ekonomik güçlükler yaşadıkları belirlenmiştir (70). McCullagh ve arkadaşları inmeli hastaların bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin %62’sinin sosyal izolasyon yaşadığını belirlemiştir (81). Bakım verenlerin hastayla sürekli birlikte olması; bakım vereninin kendine vakit ayıramaması, sosyal hayatının kesintiye uğraması, kendi öz bakımlarını sürdürmede zorluk yaşaması bakım vermeyi stresli bir durum olarak algılamalarına neden olur (116).

Bizim çalışmamızda bakım verenlerin kendilerine zaman ayırıp ayıramamaları açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğine, kendilerine zaman ayırabilen bakım verenlerin, ayıramayan bakım verene oranla PAK’da daha yüksek oranda yer aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Hastayı yaşamının merkezine koymak, tüm zamanını ayırmak bakım verenler açısından zorlayıcı olabilmektedir. Kişilerin kendilerini dinlendirebilecekleri ve ruhsal durumlarını destekleyebilecekleri zaman ve etkinliklere gereksinimi vardır.

Çalışmamızda bakım verenlerde hastaların sağlık giderlerinin getirdiği maddi yük ve maddi destek alıp almaması açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

Montgomery ve arkadaşlarının çalışmasında düşük sosyoekonomik duruma sahip bakım verenlerin bakım yüklerinin fazla olduğu ve yaşadığı aşırı yüke bağlı sağlık sorunlarının arttığı belirtilmiştir (104). Başka bir yazında ise ekonomik durumu düşük olan bakım verenlerin geçmişinde ekonomik sorunlardan dolayı daha fazla stres yaşayabileceği, bu nedenle TSSB'deki belirtilere benzer belirtiler yaşamasının daha olası olduğu bildirilmiştir (120). Ancak Yaluğ ve arkadaşlarının çalışmasında ekonomik durumun bakım verenlerde TSSB geliştirmesi açısından herhangi bir ilişki göstermediği bildirilmiş olup bu sonucun da Türkiye'de hastaların sağlık masraflarını finanse etmek için aldığı devlet desteğinin bir sonucu olabileceği bildirilmiştir (57).

Bizim çalışmamızda bakım verenlerde hastaların sağlık giderlerinin getirdiği maddi yük açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğinde maddi yükün yok/çok az olduğunu bildiren bakım verenlerin, maddi yükün fazla olduğunu bildiren bakım verenlere oranla PAK'da daha yüksek oranda yer aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Bakım verenlerin maddi destek alıp almaması açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğinde, maddi destek alan bakım verenlerin almayanlara oranla PAK'da daha yüksek oranda yer aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu bulgular yorumlandığında, maddi olarak sağlık giderlerini karşılayabilen bakım verenlerin veya maddi destek alabilen bireylerin daha az yük ve daha az psikopatoloji yaşıyor olabilecekleri düşünülmüştür. Maddi desteğin, toplumsal desteğin önemli bir boyutu olduğu unutulmamalıdır. Bu anlamda maddi desteğin önemli bir koruyuculuğu olduğu açıktır.

Çalışmamızda hastalara başka bakım verenin olup olmaması açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

Eriksson ve Lauri'nin çalışmalarında hastaya bakım verirken eşe destek veren kişi sayısının artması ile eşin aldığı sorumlulukların sayısının azaldığı ve bunun da eşin kendini daha az tükenmiş ve yorgun hissetmesini sağladığı belirtilmektedir (121). Koopmanschap ve arkadaşları, 950 bakım veren üzerinde yaptığı çalışmada, bakım sürecinin bakım verene kendilik değeri ve tatmin olma gibi olumlu katkılarının olabileceğini bildirmiştir (122).

Bizim çalışmamızda hastalara başka bakım verenin olup olmaması açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğine, birden çok bakım vereni bulunan hastaların bakım verenlerinin, yalnız bakım verenlere oranla PAK'da yüksek oranda

yer aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Bakımda yardım alabilen bireylerde iş yükünün azalması, kendisine daha çok zaman ayırabilmesi, toplumsal ilişkilerini pekiştirecek aktivitelerde daha çok bulunabilmesini sağlıyor olabilir. Bu nedenle daha az psikopatoloji yaşıyor olabilirler. Bakım yükünün paylaşılması yararlı gibi gözükmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin daha önce bakım verme tecrübeleri açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

Takahashi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, profesyonel olmayan bakım verenlerin yaşam kalitesi puanlarının, profesyonel bakım verenlerden daha düşük olduğu saptanmıştır (123).

Bizim çalışmamızda bakım verenlerin daha önce bakım verme tecrübelerinin olup olmaması açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğine, aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Daha önceki bakım verme deneyimi psikopatoloji açısından anlamlı bir koruyucu veya yatkınlık yaratıcı etken gibi durmamaktadır. Diğer değişkenler daha ön planda gözükmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerde hastanın bakımını başkasına devretme isteği açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

Konu ile ilgili yazın incelendiğinde, bakım verenlerin inme geçirmiş hastaların bakımını başka birisine devretme isteği olup olmasını araştıran çalışma bulunamamıştır.

Bizim çalışmamızda bakım verenlerde hastanın bakımını başkasına devretme isteğinin olup olmaması açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğine, hastanın bakımını başkasına devretme isteği olan bakım verenlerin PBK'de, devir isteği olmayan bakım verenlerin ise PAK'da daha yüksek oranda yer aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu, doğrudan kişilerin ruhsal yükleri ile ilişkili olabilir. Bakımı bırakma isteği psikopatolojinin bir sonucu gibi durmaktadır.

5.7 Bakım verenlerin hastalığı öğrenmesi ve hastalığın gidişatı ile ilgili

bilgilerin incelenmesi:

Çalışmamızda bakım verenlerin inme başlangıcına şahit olup olmamaları açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

Konu ile ilgili yazın incelendiğinde, bakım verenlerin inme hastalığı başlangıcına şahit olup olmamasını araştıran çalışma bulunamamıştır.

Çalışmamızda bakım verenlerin inme başlangıcına şahit olup olmamaları açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğine, aradaki farkın anlamlı olmadığı bulunmuştur. Zaman içinde inme ve sonuçları ile uğraşmak, inme sırasındaki yaşantının travmatik etkisini azaltmış olabilir. İnme gibi hastalıkları, başlangıcı ve ilerleyişi açısından bütün ve süreğen bir travmatik olay gibi kabul etmek gerekir. Ölümcül sonuçları da olan bu tür hastalıklar Tip II travma tanımına da uymaktadır.

Çalışmamızda bakım verenlerin inme tanısını öğrendiği kişinin bir yakını olması veya tanıyı koyan hekimin olması açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

Konu ile ilgili yazın incelendiğinde, bakım verenlerin inme hastalığı tanısını öğrendiği kişinin kim olduğunu araştıran çalışma bulunamamıştır.

Bizim çalışmamızda bakım verenlerin inme tanısını ilk defa öğrendiği kişi açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğine, inme tanısını herhangi bir yakınından öğrenen bakım verenlerin, hastalık tanısını hekimden öğrenen bakım verilere oranla PAK'da daha yüksek oranda yer aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Kişilerin kimden değil, hastalığı nasıl duydukları, onlara nasıl anlatıldığı önemli olabilir. Bu anlamda hasta yakınları birbirine daha destekleyici ve empatik yaklaşıyor olabilirler. Bu iletişim biçimi de kişiler için koruyucu olabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin hastalarına konulan inme tanısından sonra karşılaştığı sorunlarla baş etme derecesi açısından, kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır. Baş etme derecesi, iyi veya kötü derecede baş etme olarak bakım verenin öznel yorumuna dayanmaktadır.

Noble ve arkadaşları subaraknoid kanama geçiren hastaların bakım verenleri için, baş etme tarzının TSSB için en iyi öngörücü olduğunu, hatalı baş etme stratejilerinin fazla kullanılması ile subaraknoid kanama sonrası bakım verenlerin TSSB yaşama olasılıklarının yüksek olduğunu belirtmişlerdir (58).

Çalışmamızda bakım verenlerin yakınlarında hastalık tanısından sonra karşılaştığı sorunlarla baş etme derecesi açısından kümeler arasındaki fark

değerlendirildiğinde, hastalık ile ilgili sorunlarla iyi derecede baş edenlerin kötü derecede baş ettiğini ifade eden bakım verenlere oranla PAK'da daha yüksek oranda yer aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Çalışmamızda baş etme derecesinin kişinin öznel yorumuna dayandığı, baş etme yöntemlerinin sorgulanmaması çalışmamızın kısıtlılıklarından bir tanesi gibi görünmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin yakınlarındaki hastalık ile ilgili gelecekteki beklentisi açısından kümeler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır.

Konu ile ilgili yazın incelendiğinde, bakım verenlerde hastalığın prognozu açısından gelecekteki beklenti derecesini araştıran çalışma bulunmamıştır.

Çalışmamızda bakım verenlerin yakınlarında olan hastalık ile ilgili gelecekteki beklentisi açısından kümeler arasındaki fark değerlendirildiğinde, hastalık ile ilgili beklentinin daha iyi olacağını düşünen bakım verenlerin PAK'da daha yüksek oranda yer aldıkları ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu bulgular yorumlandığında inme hastalığının düzelmesi veya oluşan yeti yitiminin daha az olması konusundaki umut, bakım verenlerde daha az psikopatoloji gelişmesine yol açıyor veya gelişmiş olan psikopatolojideki iyileşmeyi hızlandırıyor olabilir. Bununla beraber bakım verenlerin gelecekte iyi prognoz beklentileri hem inme hastası, hem de bakım verenler için motivasyon kaynağı olabilir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Örneklem grubu nispeten küçüktür. Daha büyük gruplarla çalışmak daha çok bakım veren hakkında bilgi vereceğinden daha iyi bilgilere ulaşmak mümkün olacaktır. Çalışma kesitsel niteliktedir, bu konuda prospektif çalışmalar neticesinde hastalar ve bakım verenlerdeki ruhsal, toplumsal ve fiziksel durumlarının psikopatoloji üstüne etkilerini ölçmek daha iyi olabilir. Araştırmamızda kontrol grubunun olmaması nedeniyle kontrol grubunun olduğu bir araştırma ile bulguların desteklenmesi gerekmektedir. Yine de Türkiye'de inme hastası bakım verenleri ile yapılmış az sayıda araştırma bulunduğundan, bilgi veren bir araştırma olduğunu düşünmekteyiz.

Bakım verenlerde fiziksel hastalık durumu, diğer psikiyatrik hastalıkların olup olmaması, eğer ruhsal hastalıkları varsa tedavide hangi aşamada oldukları, uyku

bozuklukları, aile ilişkilerindeki etkilenme gibi pek çok incelenmemiş sorular mevcuttur. Bakım verenlerin soru yükünü artırmamak için bazı sorgulamalar yapılmamıştır. Bu soruların başka bir çalışmada ele alınmasının yararlı olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmaya KOÜ Tıp Fakültesi Fiziksel Tedavi ve Rehabilitasyon A.D. ve özel bir fiziksel tedavi ve rehabilitasyon merkezine başvuran inme geçirmiş hastaların bakım veren yakınları alınmıştır. Örnekler, bir üniversite hastanesine ve özel bir merkeze başvurabilen, medikal tedaviye ulaşabilen, göreceli daha avantajlı bir bakım veren profilini temsil etmektedir. Ülkemizde özellikle inme hastalarının büyük bir bölümü etkin tedaviye ulaşamamakta ve gerekli tedaviyi görememektedir. Evde olup hastaneye ulaşamayanlar veya köy ve kasaba gibi daha küçük ölçekli yerlerde yaşayan bakım verenler için bilgiler farklılık gösterebilir. Böyle hastaların bakım verenlerini kapsamadığımız için sonuçlarımızı genelleymeyeceğimiz ve kırsal bölgeleri de kapsayan ve tüm sosyoekonomik gruplara ulaşabilen çalışma tasarımlarının daha geçerli sonuçlar ortaya çıkaracağı kanaatindeyiz.

6 SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu bölümde, araştırma sonuçlarının genel bir değerlendirmesi yapılmış ve bu değerlendirmeler sonucunda ileride bu alanda yapılacak çalışmalara yönelik öneriler sunulmuştur.

Çalışmaya katılan bakım verenler arasında DSM-IV'e göre MDB tanısı alanlar 32 kişi olup, örneklemin % 37,2'sini oluşturmuştur. TSSB tanısı alanlar ise 18 kişi olup, örneklemin % 20,9'unu oluşturmuştur. Ayrıca TSSB tanısı alan bakım verenlerin tamamı MDB tanısı da almaktaydı. Travmatik stresle ilişkili sorunların tanınması ve tedavisi hasta ve yakınlarına bütüncül tıbbi ve psikososyal yaklaşım açısından gereklidir.

İnme hastalarına bakım verenlerin alt gruplaşmalarının olup olmadığını belirlemek amacıyla uygulanan kümeleme analizi sonucunda çalışmaya katılan 86 bakım verenin azımsanmayacak bir kısmı (n= 36, % 41,9) MDB, TSSB tanılarının olduğu ve GSA puanlarının yüksek olduğu Psikopatolojinin baskın olduğu kümede (PBK) yer aldığı görülmüştür. Araştırmamız bulguları TSSB tanısı alan 18 hastanın tamamının aynı zamanda MDB tanısı da almış olduğunu göstermiştir. Bulgu, bir kişide TSSB saptandığında, psikopatolojinin özellikle çökkünlük ve major depresyon yönünde şiddetlenmesini göstermesi açısından önemlidir. Bu durum, mevcut psikopatolojinin süregelenleşmesine veya tedaviye dirençli hale gelmesine yol açabilir. Bu nedenle, inme hastalığı olan kişilerin yakınlarının değerlendirilmelerinde travmatik strese ilişkin soruların da yer alması daha şiddetli hastalığı olanları tanımak ve saptamak açısından önemli gözükmektedir. Bu hastaların tıbbi tedavileri bu kişilere yönelik psikososyal girişimler açısından da önemlidir.

İnme geçirmiş hastaların kadın olması, daha genç yaşta olması, inme geçirdikten sonra geçen zamanın uzun olması gibi etkenlerin olduğu bakım verenlerin psikopatoloji açısından risk altında olabileceği akılda tutulmalıdır.

Bakım verenler için ise, kadın cinsiyet, herhangi bir işte çalışmama, hasta ile aynı evi paylaşma, psikiyatrik hastalık öyküsü, birinci derece yakınlarında psikiyatrik hastalık öyküsü, bakım verme süresinin uzunluğu, kendisine zaman ayıramama, sağlık giderlerinin maddi yükünün fazla olması, tek başına bakım verme, bakım işini başkasına devretme isteğinin olması, hastanın tanısını hekimden öğrenme ve hastalığın getirdiği sonuçlarla kötü baş etmenin psikopatoloji açısından risk etkeni

olabileceği söylenebilir. Bakım verenlere, bakım verme işlevini yerine getirirken karşılaşılabilecekleri zorluklarla baş edebilmeleri konusunda eğitim verilmesi, maddi destek alabilecekleri kaynaklara yönlendirilmelerinin sağlanması ve bakım verenlerin kendi sağlıklarını ihmal etmemeleri konusunda desteklenmeleri ve sağlık merkezlerine yönlendirilmelerinin yararlı olacağı açıktır.



7 KAYNAKLAR

1. Bilir N. Değişen sağlık örüntülerinde halk sağlığı çalışanlarının rolü: kronik hastalıklar ve yaşlılık sorunları. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2006;**25**(3):1–6.
2. Mackowiak-Cordoliani MA, Bombois S, Memin A, Henon H. Poststroke dementia in the elderly. *Drugs Aging*. 2005;**22**(6):483–93.
3. Krespi Y, Bahar SZ. İskemik beyin damar hastalıklarında tanı ve tedavi yaklaşımları. In: Öge AE (eds). *Nöroloji İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2004:261–77.
4. Roper N, Logan W.W., Tierney AJ. *The Elements of Nursing*. Edinburgh: Churchill Livingstone Inc; 1996:20–31. Aktaran: Aktaş A. İnmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin; hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif belirti düzeyi üzerine etkisi. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. İstanbul 2010
5. White CL, Poissant L, Cote-Leblanc G. Long-term caregiving after stroke: the impact on caregivers' quality of life. *J Neurosci Nurs*. 2006;**38**(5):354–60.
6. Powers SE. The family caregiver program. *Home Healthcare Nurse*. 2006;**24**(8):513–6.
7. Malak A, Dicle A. Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşirürji Dergisi*. 2008;**18**(2):118–21.
8. Yılmaz A, Turan E. Alzheimer hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik, tükenmişliğe neden olan faktörler ve başatme yolları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2007;**27**(3):445–54.
9. Bluvol A, Ford-Gilboe M. Hope, health work and quality of life in families of stroke survivors. *Journal of Advanced Nursing*. 2004;**48**(4):322–32.
10. Erdem M. Yaşlıya bakım verme. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2005;**8**(3):101–6.
11. Elkind SV, Sacco RL. Serebrovasküler Hastalığın patogenezi, sınıflandırılması ve epidemiyolojisi. In: Rowland PL, Pedley TA (eds). *Merritt's Neurology*. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2010.
12. Organization WH. WHO STEPS Stroke Manual: The WHO STEPwise approach to stroke surveillance. Geneva: World Health Organization; 2006. Aktaran: Duru Aşiret G. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının

- bakım yükü. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 2011.
13. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi. *İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Nöroloji Ders Kitabı*. Öge A, editor. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri; 2004.
 14. Sacco RL. Vascular Neurology. In: Rowland PL, Pedley TA, (eds). *Merritt's Neurology*. New York: Williams and Wilkins; 1995.
 15. Marshall R. Serebrovasküler hastalığı olan kişilerin muayenesi. In: Rowland PL, Pedley TA (eds). *Merritt's Neurology*. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2010.
 16. Kutluk K. İskemik İnme. İstanbul: Nobel tıp kitabevleri; 2004.
 17. Hedberg B, Cederborg AC, Johanson M. Care-planning meetings with stroke survivors: nurses as moderators of the communication. *Journal of nursing management*. 2007;**15**, 214-221.
 18. Utku U. İnme Tanımı, Etyolojisi, Sınıflandırma ve Risk Faktörü. *Türkiye Fiziksel Tıp Dergisi*. 2007;**53**:1-3.
 19. Brandstater M. Stroke rehabilitation. In: DeLisa J, Gans B, Walsh N, editör. *Physical Medicine & Rehabilitation principles and practice*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. Aktaran: Beydoğan A. Serebrovasküler olay geçiren hastalarda volar statik el-el bileği ortez kullanımının etkinliği. Uzmanlık Tezi. İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul 2008.
 20. Hankey G. Potential new risk factors for ischemic stroke what is their potential? *Stroke*. 2006;**37**(8):2181-8.
 21. Adams HP, Zoppo GJ, Kummer R. *İnmeye yaklaşım: inmenin önlenmesi, değerlendirilmesi ve tedavisi için pratik bir kılavuz*. Yüksel A (eds). AND danışmanlık eğitim yayıncılık; 2007. Aktaran: Topaloğlu Tektürk P. Strok sonrası kognitif etkilenmede kognitif testler, difüzyon magnetik rezonans görüntüleme ve elektroensefalografinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi 1. Nöroloji Kliniği. İstanbul 2008.
 22. Honea JN, Brintnall R, Given B. Nursing assesment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 2008;**12**(3):507-16.
 23. Ell K. Social networks, social support and copingwith serious illness: the family connection. *Soc Sci Med*. 1996;**42**(2):173-83.

24. Tau A, Andreoli S, Bertolucci P. Dementia caregiver burden: reliability of the Brazilian version of the Zarit caregiver burden interview. *Cad Saude Publica*. 2004;**20**(2):372–6.
25. Terakye G. Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*. 2011;**4**(2):78–82.
26. Grov E, Dahl A, Moum T. Anxiety, depression, and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Ann Oncol*. 2005;**16**(7):1185–91.
27. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Balaban D ve ark. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yüğü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 2011;**3**(3):513–52.
28. Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;**7**:84.
29. Ildstad M, Ask H, Tambs K. Mental disorder and caregiver burden in spouses: the Nord-Trondelag health study. *BMC Public Health*. 2010;**10**:516.
30. Yüksel G, Varlıbaş F, Karlıkaya G. Parkinson Hastalığında Bakıcı Yüğü. *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi*. 2007;**10**(2):26–34.
31. Hop J, Rinkel G, Algra A. Quality of life in patients and partners after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke*. 1998;**29**(4):798–804.
32. Pritchard C, Foulkes L, Lang D. Psychosocial outcomes for patients and carers after aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Br J Neurosurg*. 2001;**15**(6):456–63.
33. Mezue W, Mathew B, Draper P. The impact of care on carers of patients treated for aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Br J Neurosurg*. 2004;**18**(2):135–7.
34. Toomela A, Pulver A, Tomberg T. Possible interpretation of subjective complaints in patients with spontaneous subarachnoid haemorrhage. *J Rehabil Med*. 2004;**36**(2):63–9.
35. Küey L, Gülseren Ş. Sağlıkım Öncesi Değerlendirme, Tanısal Değerlendirme ve Olgu Formülasyonu. In: Yazıcı O, Oral ET, Vahip S (eds). *Depresyon Sağlıkım Kılavuzu Kaynak Kitabı*. Ankara: Bayt Yayıncılık; 2008:13–35.
36. Greenberg P, Stiglin LE, Finkelstein SN. The economic burden of depression in 1990. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1993;**54**(11):405–18.

37. Hegop S, Akiskal. Duygudurum Bozuklukları: Tarihsel gelişimi ve Kavramın Tanıtımı. In: Sadock B, Sadock VA, (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Güneş Kitapevi; 2007:1559-75.
38. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P. The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2003;**12**(1):3–21.
39. Rihmer Z, Angst J. Duygudurum Bozuklukları: Epidemiyoloji. In: Sadock B, Sadock VA, (eds). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Güneş Kitapevi; 2007:1575-82.
40. Devrimci-Özgüven H. Özkıyım Riskinin Değerlendirilmesi. In: Yazıcı O, Oral ET, Vahip S, (eds). *Depresyon Sağaltım Kılavuzu Kaynak Kitabı*. Ankara: Bayt Yayıncılık; 2008:35–55.
41. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Dördüncü baskı. E. Köroğlu (ç. eds). Ankara: HYB Basım Yayın; 2007.
42. Coddington RD. The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children. I. A survey of professional workers. *J Psychosom Res*. 1972;**16**(1):7–18.
43. Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisath L. *Traumatic stress the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press; 1996. Aktaran: Baysak E. Acil ve yoğun bakım çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu, stresle başa çıkma tarzları, tükenmişlik ve ilişkili etkenler. Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Ankara 2010.
44. Eriksson C, Vande Kemp H, Gorsuch R. Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief personel. *Journal of Traumatic Stress*. 2001;**13**(1):205–11.
45. Weiss D, Marmar C, Metzler T. Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *J Consult Clin Psychol*. 1995;**63**(3):361–8.
46. Kaptanoğlu C. Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Tanı ve Klinik Özellikleri. In: Aker T, Önder ME, (eds). *Psikolojik Travma ve Sonuçları*. 5US Yayınları; 2003. Aktaran: Baysak E. Acil ve yoğun bakım çalışanlarında travma sonrası stres bozukluğu, stresle başa çıkma tarzları, tükenmişlik ve ilişkili etkenler. Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Ankara 2010.
47. Pitman R, Orr S, Fogue D. Psychophysiologic assessment of posttraumatic stress disorder imagery in Vietnam combat veterans. *Arch Gen Psychiatry*. 1987;**44**(11):970–5 Aktaran: Akçay BD. Travma sonrası stres bozukluğu

tanısı alan hastaların uyku yapısındaki değişiklikler. Tıpta Uzmanlık Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara 2011.

48. Burstein A. Posttravmatik flashbacks, dream disturbances and mental imagery. *J Clin Psychiatry*. 1985;**46**(9):374–8. Aktaran: Akçay BD. Travma sonrası stres bozukluğu tanısı alan hastaların uyku yapısındaki değişiklikler. Tıpta Uzmanlık Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara 2011.
49. Southwick S, Morgan IC, Darnell A. Trauma-related symptoms in veterans of Operation Desert Storm: a 2-year follow-up. *Am J Psychiatry*. 1995;**152**(8):1150–5. Aktaran: Akçay BD. Travma sonrası stres bozukluğu tanısı alan hastaların uyku yapısındaki değişiklikler. Tıpta Uzmanlık Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara 2011.
50. D.S.Pine, E.B. McClure. Anksiyete Bozuklukları: Klinik Özellikleri. In: Sadock B, Sadock VA, (eds). *Compherensive Textbook of Psychiatry*. Güneş Kitapevi; 2007:1768–80.
51. McFarlane AC, De Giralomo G. The nature of traumatic stressors and the epidemiology of posttraumatic reactions. *Traumatic Stress*. New York: The Guildford Press; 1996:129–54. Aktaran: Gökalp PG. Travma sonrası stres bozukluğunda ilaç tedavisi. *Klinik Psikiyatri*. 2000;**3**:21-28.
52. Önder E, Tural U. Travma sonrası stres bozukluğunda tedavi kılavuzu. In: R Tükel, (eds). *Anksiyete Bozuklukları Tedavi Kılavuzu*. Ankara: BTM Ofset; 2004:189–219.
53. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, M H. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;**52**(12):1048–60.
54. Scott M, Stradling S. Post-traumatic stress disorder without the trauma. *Br J Clin Psychol*. 1994;**33**(1):71–4.
55. Ballard C, Stanley A, Brockington I. Post-traumatic stress disorder (PTSD) after childbirth. *Br J Psychiatry*. 1995;**166**(4):525–8.
56. Breslau N, Davis G. Posttraumatic stress disorder: the etiologic specificity of wartime stressors. *Am J Psychiatry*. 1987;**144**(5):578–83.
57. Yalug I, Corapcioglu F, Fayda M, Aksu G, Basar E, Yalug K, et al. Posttraumatic stress disorder and risk factors in parents of children with a cancer diagnosis. *Pediatric hematology and oncology*. 2008;**25**(1):27–38.

58. Noble AJ, Schenk T. Posttraumatic stress disorder in the family and friends of patients who have suffered spontaneous subarachnoid hemorrhage. *Journal of neurosurgery*. 2008;**109**(6):1027–33.
59. Cadell S. Trauma and growth in Canadian carers. *AIDS Care*. 2003;**15**(5):639–48.
60. Pielmaier L, Walder B, Rebetez MML, Maercker A. Post-traumatic stress symptoms in relatives in the first weeks after severe traumatic brain injury. *Brain injury*. 2011;**25**(3):259–65.
61. De-Vries A, Kassam-Adams N, Cnaan A. Looking beyond the physical injury: posttraumatic stress disorder in children and parents after pediatric traffic injury. *Pediatrics*. 1999;**104**(6):1293–9.
62. Young G, Mintzer L, Seacord D. Symptoms of posttraumatic stress disorder in parents of transplant recipients: incidence, severity, and related factors. *Pediatrics*. 2003;**111**(6):725–31.
63. Azoulay E, Pochard F, Kentish-Barnes N. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;**171**(9):987–94.
64. First M.B., Spitzer R.I., Gibbon M. Structured clinical interview for DSM-IV clinical version (SCID-I/CV). Washington D.C: American Psychiatric Press; 1997.
65. Çorapçıoğlu A, Aydemir O, Yıldız M. DSM-IV eksen –I Ruhsal Bozukluklarına göre Türkçe yapılandırılmış klinik değerlendirmenin güvenilirliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999;**12**:33–6.
66. Kılıç C. Genel Sağlık Anketi: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1996;**7**(1):3–10.
67. Wu J, Milton D, Hammond S. Hierarchical Cluster Analysis Applied to Workers Exposures in Fiberglass Insulation Manufacturing. *The Annals of Occupational Hygiene*. 1999;**43**(1):43–55.
68. Vanderwerker LC, Laff RE, Kadan-Lottick NS, McColl S, Prigerson HG. Psychiatric disorders and mental health service use among caregivers of advanced cancer patients. *Journal of clinical oncology*. 2005;**23**(28):6899–907.
69. Dunkin J, Anderson-Hanley C. Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*. 1998;**51**(1):53–60.

70. Larsen L. Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* 1998;**36**:26–32.
71. Given CW, Given BA SM. The impact of age, treatment, and symptoms on the physical and mental health of cancer patients. A longitudinal perspective. *Cancer.* 1994;**74**:2128–38.
72. Bedard M, Koivuranta A, Stuckey A. Health impact on caregivers of providing informal care to cognitively impaired older adult: rural versus urban settings. *Can J Rural Med.* 2004;**9**(1):15–23.
73. Nabors N, Seacat J, Rosenthal M. Predictors of caregiver burden following traumatic brain injury. *Brain Inj.* 2002;**16**(12):1039–50.
74. Sörensen S, Duberstein P, Gill D. Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications. *Lancet Neurol.* 2006;**5**(11):961–73.
75. Pritchard C, Clapham L, Foulkes L. Comparison of cohorts of elective and emergency neurosurgical patients: psychosocial outcomes of acoustic neuroma and aneurysmal subarachnoid hemorrhage patients and carers. *Surg Neurol.* 2004;**62**(1):7–16.
76. Van-Gijn J, Kerr R, Rinkel G. Subarachnoid haemorrhage. *Lancet.* 2007;**369**(9558):306–18.
77. Hellawell D, Pentland B. Relatives' reports of long term problems following traumatic brain injury or subarachnoid haemorrhage. *Disabil Rehabil.* 2001;**23**(7):300–5.
78. Pelcovitz D, Goldenberg B, Kaplan S. Posttraumatic stress disorder in mothers of pediatric cancer survivors. *Psychosomatics.* 1996;**37**(2):116–26.
79. Scholte-op-Reimer W, Haan R, Pijnenborg J. The burden of caregiver in partners of long- term stroke survivors. *Journal of the American Heart Association.* 1998;**29**(8):1605– 11.
80. Kumral E, Özkaya B, Vardarlı E, Sağduyu A. Ege İnme Veri Tabanı. Ege bölgesinde hastane tabanlı çalışma 2000 inme hastasının analizi. *Türk Nöroloji Dergisi.* 1997;**1**(2):3–12.
81. McCullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, Kalra L. Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke.* 2005;**36**(10):2181–6.

82. Kalav S. İnme tanısı almış hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin 2011.
83. Schneider J, Murray J, Banerjee S. EURO CARE: a crossnational study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I--Factors associated with carer burden. *J Geriatr Psychiatry*. 1999;**14**(8):651–61.
84. Akın A, Demirel S. Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2003;**25**(4):73–82.
85. Atagün M, Altınok Ü, Balaban ÖD, Atagün Zeliha. Omurilik Felçli Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve İlişkili Faktörler. *Klinik Psikiyatri*. 2012;**15**:92–102.
86. Hartford Institute for Geriatric Nursing. Aktaran: Duru Aşiret G. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 2011.
87. Kim Y, Baker F, Spillers R. Cancer caregivers' quality of life: effects of gender, relationship, and appraisal. *J Pain Symptom Manage*. 2007;**34**(3):294–304.
88. Lutzky S, Knight B. Explaining gender differences in caregiver distress: The roles of emotional attentiveness and coping styles. *Psychological Aging*. 1994;**9**(4):513–22.
89. Rinaldi P, Spazzafumo L, Mastriforti R. Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;**20**(2):168–74.
90. Pang F, Chow T, Cummings J. Effect of neuropsychiatric symptoms of Alzheimer's disease on Chinese and American caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2002;**17**(1):29–34.
91. Berger G, Bernhardt T, Weimer E. Longitudinal study on the relationship between symptomatology of dementia and levels of subjective burden and depression among family caregivers in memory clinic patients. *Journal Geriatr Psychiatry Neurol*. 2005;**18**(3):119–28.
92. Schulz R, Beach S. Caregiving as a Risk Factor for Mortality. *JAMA*. 1999;**282**(23):2215–9.
93. Given C, Given B, Stommel M. The impact of age, treatment, and symptoms on the physical and mental health of cancer patients. A longitudinal perspective. *Cancer*. 1994;**74**(7):2128–38.

94. Chumbler N, Grimm J, Cody M. Gender, kinship, and caregiver burden: The case of community-dwelling memory impaired seniors. *J Geriatr Psychiat.* 2003;**18**(8):722–32.
95. Campbell P, Wright J, Oyebode J. Determinants of burden in those who care for someone with dementia. *Int J Geriatr Psych.* 2008;**23**(10):1078–85.
96. Yacı Ö. Çeşitli Evrelerdeki alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarındaki bakıcı yükü ve depresyonun karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi, İstanbul 2010.
97. Gitlin N, Belle S, Burgio L. Effect of multicomponent interventions on caregiver burden and depression. *Stroke.* 1986;**15**(1):79–83.
98. Mollaoglu M, Fatma O-T, Tulay K-F. İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler. *DEUHYO ED.* 2011;**4**(3):125–30.
99. Clark P, Dunbar S, Shields C. Influence of stroke survivor characteristics and family conflict surrounding recovery on caregivers' mental and physical health. *Nurs Res.* 2004;**53**(6):406–13.
100. Chow S, Wong F, Poon C. Coping and caring: support for family caregivers of stroke survivors. *J Clin Nurs.* 2007;**16**:133–43.
101. Pavalko E, Woodbury S. Social roles as process: Caregiving careers and women's health. *J Health Soc Behav.* 2000;**41**(1):91–105.
102. Lee J, Walker M, Shoup R. Balancing elder care responsibilities and work: The impact on emotional health. *J Bus Psychol.* 2001;**16**(2):277–89.
103. Demir B. Bilinçsiz hasta yakınlarının depresyon durumunun belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli 2006.
104. Montgomery J, Gonyea J, Hooyman N. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Fam Relat.* 1985;**34**(1):19–26.
105. Conde-Salaa L, Garre-Olmobc J, Turro-Garrigacd O. Differential features of burden between spouse and adult-child caregivers of patients with Alzheimer's disease: An exploratory comparative design. *Int J Nurs Stud.* 2010;**47**(10):1262–73.
106. Black S, Gauthier S, Dalziel W. Canadian Alzheimer's disease caregiver survey: baby-boomer caregivers and burden of care. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2010;**25**(8):807–13.

107. Qiu Y, Li S. Stroke: coping strategies and depression among Chinese caregivers of survivors during hospitalisation. *J Clinical Nursing*. 2008;**17**(12):1563–73.
108. Kotila M, Numminen H, Waltimo O. Depression after stroke: results of the FINNSTROKE Study. *Stroke*. 1998;**29**(2):368–72.
109. Anderson C, Linto J, Stewart-Wynne E. A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke*. 1995;**26**(5):843–49
110. Draper B, Poulos C, Cole A. A comparison of care-givers for elderly stroke and dementia victims. *J Am Geriatr Soc*. 1992;**40**(9):896–901.
111. Wade D, Legh-Smith J, Hewer R. Effects of living with and looking after survivors of a stroke. *BMJ*. 1986;**293**(6544):418–20.
112. Spencer K, Tompkins C, Schulz R. Assessment of depression in patients with brain pathology: the case of stroke. *Psychol Bull*. 1997;**122**(2):132–52.
113. Burvill P, Johnson G, Jamrozik K. Prevalence of depression after stroke: the Perth Community Stroke Study. *Br J Psychiatry*. 1995;**166**(3):320–7.
114. Williams LS. Depression and stroke: cause or consequence? *Semin neurol*. 2005;**25**(4):396–409.
115. Han B, Haley W. Family caregiving for patients with stroke. Review and analysis. *Stroke*. 1999;**30**(7):1478–85.
116. Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R. Determinants of caregiving experiences and mental health of partners of cancer patients. *Cancer*. 1999;**86**(4):577–88.
117. Chatcheydang J. Factor influencing health-related quality of life of female caregivers of elderly stroke survivors in Thailand. Doctor's thesis. *Rochester University*, Rochester 2005. Aktaran: Duru Aşiret G. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara 2011.
118. Pinquart M, Sorensen S. Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta- Analysis. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2007;**62**(2):126–37.
119. Grunfeld E, Coyle D, Whelan T. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *CMAJ*. 2004;**170**(12):1795–801.
120. Smith M, Redd W, Vogl C. Post-traumatic stress disorder in cancer: a review. *Psycho-Oncology*. 1999;**8**(6):521–37.

121. Eriksson E, Lauri S. Informational and Emotional Support for Cancer Patients Relatives. *Eur J Cancer Care*. 2000;**9**(1):8–15.
122. Koopmanschap M, Exel N van, Bos G van den. The desire for support and respite care: preferences of Dutch informal caregivers. *Health Policy*. 2004;**68**(3):309–20.
123. Takahashi M, Tanaka K, Miyaoka H. Depression and associated factors of informal caregivers versus professional caregivers of demented patients. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2005;**59**(4):473–80.



8 EKLER

8.1 Ek-1 Etik Formu



8.2 Ek-2 Katılımcı bilgilendirme ve onam formu

KATILIMCI BİLGİLENDİRME FORMU

1. Araştırmanın adı: İnme geçirmiş hastaların bakım verenlerinde depresyon, travma sonrası stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili risk faktörleri.

2. Araştırmacıların adları, kurumları ve iletişim numaraları.

Arş. Gör. Dr. Halil İbrahim Taş KOÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri AD. 02623038983

Doç. Dr. İrem Yaluç Ulubil KOÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri AD. 02623037504

Yard. Doç. Dr. Ilgın Sade KOÜ Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon AD. 06263037614

3. Araştırma amacının anlaşılır ve özet açıklaması:

Bu araştırmanın temel amacı inme hastalarının bakım verenlerinde, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğunun incelenmesidir. Ek olarak araştırmada travma sonrası stres bozukluğu ile ilişkili olabilecek diğer değişkenler de araştırılacaktır.

4. Neden ben seçildim?

Araştırma inme geçirmiş hastalara bakım veren kişilerde yapılmakta olup, inme hastalığı ani başlayıp sakatlıkla sonuçlanabilen, hastayı sosyal yaşamı ve işinde birtakım sıkıntılar yaşamasına, günlük işlerini yaparken yakınlarına bağımlı hale getirilebilen bir hastalıktır. Bu da hastaya bakım verenlerin ruhsal durumunu ve sosyal yaşamını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bakım verenlere böyle bir durum varsa ortaya çıkarmak ve gerekiyorsa tıbbi yardım verebilmek amacıyla seçildiniz.

5. Araştırmaya katılmak / bir kez katıldıktan sonra sonuna kadar devam etmek zorunda mıyım?

Araştırma gönüllülük ilkesi üzerinden yürütüldüğünden dolayı katılımcılar diledikleri anda araştırmadan ayrılma hakkına sahiptir.

6. Katılmayı kabul edersem bana ne yapılacak?

Araştırma protokolü biyolojik bir müdahale veya girişim içermemektedir. Katılımcılardan kendilerine verilen formları doldurmaları beklenmektedir. Form doldurma aşaması 20-30 dakika süreceği için bu süre içerisinde ikramımız(kuru pasta ve meyve suyu) olacaktır.

7. Araştırmaya katılmanın olası dezavantajları ve riskleri nelerdir?

Herhangi bir risk faktörü veya dezavantaj barındırmamaktadır.

8. Araştırmaya katılmanın olası yararları nelerdir?

Katılımcıda psikiyatrik bir hastalık saptanması durumunda ilgili alanda profesyonel destek alması konusunda yönlendirme sağlanacaktır.

9. Araştırma masrafları:

Sizden ve bağlı bulunduğunuz SGK'dan herhangi bir ücret talep edilmeyecektir.

10. Araştırmada ters giden bir şey olursa?

Araştırma protokolü biyolojik bir müdahale veya girişim içermediğinden araştırma süresince bir terslik beklenmemektir. Bununla beraber araştırma süresince araştırmacılardan birisi katılımcılara eşlik edecektir.

11. (Tedavi edici araştırmalarda) Alternatif tedavi/tanı yöntemleri nelerdir?

Araştırmanın protokolü tedavi edici bir müdahaleyi içermemektedir.

12. Kimlik bilgilerim ve elde edilen verilerin gizliliği nasıl sağlanacak?

Araştırma esnasında elde edilen bilgiler klinik araştırma odası özel dolaplarında kilitli tutulacaktır. Katılımcıların kimlik bilgileri kimseyle paylaşılmayacaktır.

13. Araştırma sonunda bana bilgi verilecek mi?

Katılımcılar dilerse araştırma sonunda kendilerine bilgi verilecektir.

14. Araştırma sonuçlarına ne olacak?

Araştırmadan elde edilen bilgiler ulusal veya uluslararası bilimsel dergilerde yayımlanacaktır.

15. Daha ayrıntılı bilgi için,

Katılımcılar araştırma boyunca Dr. Halil İbrahim Taş'dan ayrıntılı bilgi isteyebilirler. 0262 303 89 83

16. Çalışmaya katıldığınız ve bilimselliğe yaptığınız katkınız ve sabrınız için araştırmacılar olarak teşekkür ederiz.

Şikâyetlerinizi Kocaeli Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kuruluna iletebilirsiniz. Telefon No: 0262 303 7164

ONAM FORMU

17. Araştırmanın Adı: İnme geçirmiş hastaların bakım verenlerinde travma sonrası stres bozukluğu ve risk faktörleri

	Evet	Hayır
Hasta Bilgilendirme Formunu okudunuz mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma projesi size sözlü olarak da anlatıldı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Size araştırmayla ilgili soru sorma, tartışma fırsatı tanındı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sorduğunuz tüm sorulara tatmin edici yanıtlar alabildiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma hakkında yeterli bilgi aldınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkına sahip olduğunuzu anladınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Araştırma sonuçlarının uygun bir yolla yayınlanacağına katılıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yukarıdaki soruların yanıtları size kim tarafından açıklandı? <i>Lütfen ismini yazınız....</i>		

İmza:

Adı / Soyadı:

Tarih:

8.3 Ek-3 Sosyodemografik form

SOSYODEMOGRAFİK FORM

Tarih:

A. Hasta İle İlgili Genel Bilgiler

1. Hastanın yaşı:

2. Hastanın cinsiyeti:

Kadın

Erkek

3. Hastanın medeni durumu:

Bekar

Evli

Dul

4. Hastanızın eğitim durumu nedir?

8 yıldan az (ilköğretim mezunu)

8 yıldan fazla(lise-üniversite-yüksek lisans)

5. Hastanız aktif çalışıyor mu?

a. Evet b. Hayır

6. Hastanın şu anki mesleği nedir?

7. Hastanın iş kaybı var mı?

8. Hastanız bugüne kadar kaç kez hastaneye yattı?

9. Hastanız bu güne kadar felç nedeniyle kaç kez hastaneye yattı?

10. Hastanıza hastalık tanısı ne zaman kondu?

11. Hastanıza inme öncesi başka hastalık tanısı konmuş muydu?

a. Evet b. Hayır

12. Hastanıza yaşamını tehdit edecek hastalık tanısı konmuş muydu?

a. Evet b. Hayır

13. Hastanız felç geçirmeden önce psikiyatrik rahatsızlıkları var mıydı?

a. Evet b. Hayır

14. Hastanızın felç geçirdikten sonra psikiyatrik başvurusu oldu mu?

a. Evet b. Hayır

15. Daha önce hiç psikiyatrik ilaç kullanmış mıydı?

a. Evet b. Hayır

16. Hastanızın felci hangi tarafta?

a. Sol b. Sağ

17. Felç nedeni olan damar hangisi?

a. ACA b. MCA c. PCA d. Serebellar arter e. diğer

18. Felç nedeni olan infarkt tipi nedir?

a. İskemik damar hastalığı b. Hemorajik inme

19. Hastanız yemeğini kendisi yiyebiliyor mu?

a. Evet b. Hayır

20. Hastanız konuşabiliyor mu? Hayır ise belirtiniz
a. Evet
b. Hayır (İletişiminizi nasıl kuruyorsunuz?)
21. Hastanız tuvalet ihtiyacını kendisi görebiliyor mu?
a. Evet b. Hayır
22. Hastanızın daha önce fiziksel bir kısıtlılığı var mıydı?
a. Hayır
b. Evet ise belirtiniz _____
23. Hastanız hangi elini kullanıyor?
a. Sağ b. Sol c. Her ikisi
24. Hastanızın kaç çocuğu var? _____

B. Hasta yakını ile ilgili genel bilgiler

1. Yaşınız: _____
2. Cinsiyetiniz:
 Kadın Erkek
3. Yakınlık dereceniz: _____
4. Medeni durumunuz:
 Evli Bekar
5. Kaç çocuğunuz var: _____
6. Mesleğiniz _____
7. Eğitim durumunuz nedir?
 8-yıldan-az (ilköğretim mezunu)
 8-yıldan-fazla(lise-üniversite-yüksek lisans)
8. Kendi gelir düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz? :
 Düşük Orta Yüksek
9. Yaşadığınız yerde hastanızla beraber mi kalıyorsunuz?
 Evet
 Hayır
10. Hastanızın sağlık giderlerini karşılamak size ne derece yük getiriyor?
 Çok fazla
 Fazla
 Orta
 Az
11. Sigara kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız miktarını belirtiniz.
 Hayır
 Evet: günde ortalama _____ adet

12. Kimler ile birlikte yaşıyorsunuz?
- Eş
- Eş ve çocuk(lar)
- Anne-baba
- Yalnız
13. Herhangi bir fiziksel hastahğınız var mı? Varsa belirtiniz
- Hayır
- Evet _____
14. Herhangi bir ruhsal hastahğınız var mı? Varsa belirtiniz?
- Hayır
- Evet _____
15. Daha önce psikiyatrik destek aldınız mı? Evet ise açıklayınız.
- Hayır
- Evet _____
16. Birinci derece yakınlarınızda psikiyatrik hastalık var mı?
- Evet
- Hayır
17. Ne kadar süredir hastanıza bakım vermekttesiniz? _____
18. Ailede bakım verebilecek başka kimse var mı? Var ise açıklayınız.
- Hayır
- Evet _____
19. Hastanıza bakmayı siz mi istediniz?
- Evet
- Hayır
20. Hastanızın bakımını bir başkasına devretmek ister misiniz?
- Evet
- Hayır
21. Hastanızın hastahğının başlangıcına şahit oldunuz mu?
- Hayır
- Evet
22. Cevabınız evet ise ne derece korku ve çaresizlik gibi duygular yaşadınız?
- a. Yok b. Az c. Orta d. Fazla e. Çok fazla
23. Atak sonrasında şahit olduğunuz duruma ilişkin herhangi bir sıkıntı/rahatsızlık yaşadınız mı?
- a. Evet b. Hayır
24. Bu sorunlarla nasıl baş ettiniz?
- Kendim
- Hekim yardımı
-

- Yakınlarm
- Folklorik tedavi (geleneksel yöntemler, hacı, hoca vs.)
25. Ne derecede baş ettiniz?
- Az
- Kısmen
- Yeterli
26. Hastanızın hastahğmı kimden öğendiniz?
- Doktordan öğrendim
- Yakımdan öğrendim
27. Hastanızın hastahğmın bundan sonraki gidiş ile ilgili olarak beklentiniz nedir?
- Kötüye gidecek
- Değişmeyecek
- İyiye gidecek
28. Çevreden aldığımız sosyal desteği nasıl algılıyorsunuz?
- a. Az b. Orta c. Yeterli
29. Yakınlarmızdan veya çevreden maddi destek alıyor musunuz?
- a. Evet b. Hayır
30. Maddi destek alıyorsanız bunu nasıl değerlendirirsiniz?
- Yok
- Az
- Orta
- İyi
31. Kendinize zaman ayırabiliyor musunuz?
- a. Evet b. Hayır
32. Kendi ruh sağlığınız açısından nasıl değerlendirirsiniz?
- a. çok kötü b. Kötü c. Orta d. İyi e. Çok iyi

8.4 Ek-4 SCID Major depresif bozukluk modülü

DSM-4 SCID Major Depresif Bozukluk Modülü	
A. Aşağıdaki belirtiler aynı iki haftalık süre boyunca olmalı ve önceki işlevsellikte kayıp belirlenmelidir.	(1 yok, 2 eşikaltı, 3 var)
(1) ya hastanın kendisinin bildirmesi (örn. kendisini üzgün ya da boşlukta hissederek) ya da başkalarının gözlemesi (örn. ağlamaklı bir görünümü vardır) ile belirli, hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren <u>depresif duygudurum</u> .	1 2 3
(2) hemen her gün, yaklaşık gün boyu süren, tüm etkinliklere karşı ya da bu etkinliklerin çoğuna karşı ilgide belirgin azalma ya da artık bunlardan eskisi gibi zevk almıyor olma (ya kişinin kendisinin bildirmesi ya da başkalarınca gözleniyor olması ile belirlendiği üzere)	1 2 3
(3) perhizde değışken önemli derecede kilo alımının olması (örn. Ayda, vücut kilosunun %5'inden fazlası olmak üzere) ya da hemen her gün iştahın azalmış ya da artmış olması. İşaretleyiniz: _____ Kilo kaybı ya da iştahta azalma _____ Kilo alma ya da iştahta artma	1 2 3
(4) hemen her gün <u>insomnia</u> (uykusuzluk) ya da <u>hipersomnia</u> (aşırı uyku) olması. İşaretleyiniz: _____ Uykusuzluk _____ Aşırı uyuma	1 2 3
(5) hemen her gün, <u>psikomotor ajitasyonun</u> ya da <u>retardasyonun</u> olması (sadece huzursuzluk ya da ağırlaştığı duygularının olması yeterli değildir, bunların başkalarınca da gözleniyor olması gerekir.) NOT: GÖRÜŞME ESNASINDAKİ DAVRANIŞLARI DA GÖZ ÖNÜNDE BULUNDURUNUZ. İşaretleyiniz: _____ <u>psikomotor retardasyon</u> _____ <u>psikomotor ajitasyon</u>	1 2 3
(6) Hemen her gün yorgunluk, bitkinlik ya da enerji kaybının olması	1 2 3
(7) hemen her gün, değersizlik, aşırı ya da uygun olmayan suçluluk duygularının (sanrisal olabilir) olması (sadece hasta olmaktan ötürü kendini kınama ya da suçluluk duyma olarak değil.) NOT: YALNIZCA DÜŞÜK BENLİK SAYGISI VARSA "1" YA DA "2" KODLAYIN. İşaretleyiniz:	

___ değersizlik ___ uygun olmayan suçluluk duyguları	1 2 3
(8) Hemen her gün, düşünme ya da düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma ya da kararsızlık (ya hastanın kendisi söyler ya da başkaları bunu gözlemiştir.) İşaretleyiniz: ___ düşünme yetisinde azalma ___ kararsızlık	1 2 3
(9) yineleyen ölüm düşünceleri (sadece ölmekten korkma olarak değil), özgül bir tasarı kurmaksızın yineleyen intihar etme düşünceleri, intihar girişimi ya da intihar etmek üzere özgül bir tasarının olması NOT: İNTİHAR NİYETİ OLMAKSIZIN KENDİNE ZARAR VERMİŞSE "1" KODLAYINIZ. İşaretleyin: ___ kendi ölümü ile ilgili düşünceler ___ intihar ile ilgili düşünceler ___ intihar planı ___ intihar girişimi	1 2 3
C. Bu semptomlar klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya neden olur.	1 2 3
D. Bu semptomlar bir madde kullanımının (örn. Kötüye kullanılabilen bir ilaç) ya da genel tıbbi bir durumun (örn. hipotiroidizm) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.	1 2 3
E. Belirtiler yasla açıklanıyor mu?	1 3

8.5 Ek-5 SCID Travma sonrası stres bozukluğu modülü

DSM-4 SCID Travma Sonrası Stres Bozukluğu Modülü

A. Aşağıdakilerden her ikisinin de bulunduğu bir biçimde kişi travmatik bir olayla karşılaşmıştır: (1) Kişi, gerçek bir ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma ya da başkalarının fizik bütünlüğüne bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olayla karşı karşıya gelmiştir.	(1 yok, 2 eşikaltı, 3 var) 1 2 3
(2) Kişinin tepkileri arasında aşırı korku, çaresizlik ya da dehşete düşme vardır.	1 2 3
B. Travmatik olay aşağıdakiler yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır: (1) olayın elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları; bunların arasında düşümler, düşünceler ya da algılar vardır.	1 2 3
(2) olayı sık sık sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme	1 2 3
(3) travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor olma duygusunu, yanıtama, varsanılatı ve dissosiyatif "flashback" atakları kapsar)	1 2 3
(4) travmatik olayın bir yönünü çağırıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma	1 2 3
(5) travmatik olayın bir yönünü çağırıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme.	1 2 3
C. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, travmaya eşlik etmiş olan uyarılardan sürekli kaçınma ve genel tepki gösterme düzeyinde azalma (travmadan önce olmayan). (1) travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları	1 2 3
(2) travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya a kişilerden uzak durma çabaları	1 2 3
(3) travmanın önemli bir yönünü anımsayamama	1 2 3
(4) önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması	1 2 3
(5) insanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları	1 2 3
(6)	1 2 3
(7) duygulanımda kısıtlılık	1 2 3
(8)	1 2 3
(9) bir geleceği kalmadığı duygusunu taşıma (örn. Bir mesleği, evliliği, çocukları ya da olağan bir yaşam süresi olacağı beklentisi içinde olmama)	1 2 3

(10)	
D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılabilirlik semptomlarının sürekli olması: (1) Uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmede güçlük	1 2 3
(2) İrritabilite ya da öfke patlamaları	1 2 3
(3) dikkatini yoğunlaştırmada zorluk	1 2 3
(4) sürekli tetiklilik hali	1 2 3
(5) aşırı irkilme tepkisi gösterme	1 2 3
E. Bu bozukluk (B, C ve D tanı ölçütlerindeki belirtiler) 1 aydan daha uzun sürer.	1 2 3
F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.	1 2 3

8.6 Ek-6 Genel sağlık anketi

Genel Sağlık Anketi-12

LÜTFEN BU AÇIKLAMAYI DİKKATLE OKUYUNUZ:

Son birkaç hafta içinde herhangi bir şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Lütfen, soruların tamamını size en uygun cevabın üstüne (x) işareti koyarak cevaplayınız. **Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir.** Teşekkür ederiz.

1)Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz? -

- 1.Hayır, hiç çekmiyorum 2.Her zamanki kadar 3.Her zamankinden sık
4.Çok sık

2)Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?

- 1.Hayır, hissetmiyorum 2.Her zamanki kadar 3.Her zamankinden sık
4.Çok sık

3)Yaptığınız işe dikkatinizi verebiliyor musunuz?

- 1.Her zamankinden iyi 2.Her zamanki kadar 3.Her zamankinden az
4.Her zamankinden çok daha az

4)İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?

- 1.Her zamankinden çok 2.Her zamanki kadar 3.Her zamankinden az
4.Her zamankinden çok daha az

5)Sorunlarınızla uğraşabiliyor musunuz?

- 1.Her zamankinden çok 2.Her zamanki kadar 3.Her zamankinden az
4.Her zamankinden çok daha az

6)Karar vermede güçlük çekiyor musunuz?

- 1.Hayır, hiç çekmiyorum 2.Her zamanki kadar 3.Her zamankinden az
4.Çok sık

7)Zorlukları halledemeyecek gibi hissediyor musunuz?

- 1.Hayır, hiç hissetmiyorum 2.Her zamanki kadar 3.Her zamankinden sık
4.Çok sık hissediyorum

8)Değişik yönlerden baktığımızda kendinizi mutlu hissediyor musunuz?

- 1.Her zamankinden çok 2 .Her zamanki kadar 3.Her zamankinden az
4.Her zamankinden çok daha az

9)Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?

- 1.Her zamankinden çok 2.Her zamanki kadar 3.Her zamankinden az
4.Her zamankinden çok daha az

10)Kendinizi keyifsiz ve durgun hissediyor musunuz?

- 1.Hayır, hiç hissetmiyorum 2.Her zamanki kadar 3.Her zamankinden sık
4.Çok sık hissediyorum

11)Kendinize güveninizi kaybediyor musunuz?

- 1.Hayır, hiç kaybetmiyorum 2.Her zamanki kadar 3.Her zamankinden fazla
4.Çok fazla

12)Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz ?

- 1.Hayır, hiç görmüyorum 2.Her zamanki kadar 3.Her zamankinden sık
4.Çok sık