



T.C.

BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ERGOTERAPİ ANABİLİM DALI

ERGOTERAPİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**NÖROLOJİK PROBLEMİ OLAN BİREYLERE BAKIM
VERENLERDE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE PERFORMANSI
İLE EMOSYONEL DURUM ve VÜCUT FARKINDALIĞI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: KARŞILAŞTIRMALI
BİR ÇALIŞMA**

Tuğçe YILDIRIM

DANIŞMAN

Prof. Dr.Uğur CAVLAK

Aralık, 2023



T.C.

BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

ERGOTERAPİ ANABİLİM DALI

ERGOTERAPİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**NÖROLOJİK PROBLEMİ OLAN BİREYLERE BAKIM
VERENLERDE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE PERFORMANSI
İLE EMOSYONEL DURUM ve VÜCUT FARKINDALIĞI
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: KARŞILAŞTIRMALI
BİR ÇALIŞMA**

Tuğçe YILDIRIM

DANIŞMAN

Prof. Dr.Uğur CAVLAK

Aralık, 2023

BEYAN

Bu tezin bana ait olduğunu, tüm aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, içinde yer alan bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, kullanmış olduğum bütün bilgilere kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin yürütülmesi ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Tuğçe YILDIRIM

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam süresince, bilgi ve tecrübeleriyle bana rehberlik eden, tezimin yürütülmesinde hoşgörü, içtenlik ve sabırla desteğini esirgemeyen, değerli danışman hocam Prof.Dr. Uğur CAVLAK’a,

Lisans eğitimime başladığım andan itibaren bilgi ve tecrübelerini paylaşarak gelişimimi destekleyen her zaman yol gösteren değerli hocam Uzm. Fzt. Nuri ÜÇLER’e

Tez çalışmamın yürütülmesi için gerekli olan izni veren Ege Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr. Yeşim Kirazlı ‘ya

Tez çalışmamın verilerin istatistiksel analizi ve yorumlanması aşamasında yardım eden Öğr. Gör. Harun Bulut’a

Yüksek lisans eğitimim boyunca her zaman yanımda olup, hassasiyeti, ilgisi için canım arkadaşım Erg. Hatice Buse Öcal’a ve çok iyi bir ergoterapist olacağına inandığım Sude Öcal’a

Hayatımın her döneminde, sevgisini esirgemeyen, her koşulda yanımda olan, sevgili anneme ve babama teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER LİSTESİ

TEZ ONAY SAYFASI.....	
BEYAN	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
İÇİNDEKİLER LİSTESİ	v
SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
TÜRKÇE ÖZET	x
İNGİLİZCE ÖZET.....	xi
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	1
2.1. İNME.....	1
2.1.1. Tanım	1
2.1.2.Klinik Belirtileri.....	1
2.2.MULTİPLE SKLEROSİS	2
2.2.1.Tanım	2
2.2.2.Klinik Belirtileri.....	2
2.3.SPİNAL KORD YARALANMALARI	3
2.3.1.Tanım	3
2.3.2.Klinik Belirtileri.....	3
2.4.PARKİNSON	5
2.4.1.Tanım	5
2.4.2.Klinik Belirtileri.....	6
2.5.SEREBRAL PALSİ	6
2.5.1.Tanım	6
2.5.2.Klinik Belirtileri.....	7
2.6. GUILLAIN BARRE SENDROMU	8
2.6.1.Tanım	8
2.6.2.Klinik Belirtileri.....	9
2.7.POST POLIO SENDROMU	9

2.7.1. Tanım	9
2.7.2.Klinik Belirtileri.....	10
2.8. AMYOTROFİK LATERAL SKLEROZ (ALS)	10
2.8.1.Tanım	10
2.8.2.Klinik Belirtileri.....	11
2.9.BAKIM VEREN	12
2.10.BAKIM YÜKÜ	12
2.11.GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ	15
2.12.VÜCUT FARKINDALIĞI.....	16
2.13.EMOSYONEL DURUM	18
3. YÖNTEM.....	20
3.1. Çalışma Yeri, Tarihi, Evren ve Örneklemi.....	20
3.1.1. Çalışmanın Yeri ve Tarihi.....	20
3.1.2. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi.....	20
3.2. Çalışmaya Dâhil Edilme ve Hariç Tutulma Kriterleri	21
3.2.1. Dâhil Edilme Kriterleri (Bakım Verenler için):	21
3.2.2. Hariç Tutulma Kriterleri (Bakım Verenler için):	21
3.2.4.Hariç Tutulma Kriterleri(Hastalar için):	21
3.2.5.Dâhil Edilme Kriterleri(Bakım Verme Görevi Olmayanlar, Kontrol grubu için):	21
3.2.6.Hariç Tutulma Kriterleri(Bakım Verme Görevi Olmayanlar, Kontrol grubu için):	21
3.3.Verı Toplama Yöntemi.....	22
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu (Bakım Veren/ Bakım Verme Görevi Olmayanlar için) (EK-4)	22
3.4.2.Sosyodemografik Bilgi Formu (Hastalar için)(EK-5)	22
3.4.3.Hastalar İçin Klinik Veri Formu(EK-6).....	22
3.4.4.Hoehn And Yahr Skalası (Ek-7)	23
3.4.5.Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği (EDSS) (EK-8)	23
3.4.6.ASIA (Amerikan Spinal Yaralanma Derneği) Skorlaması (EK-9)	23
3.4.7.Brunnstrom Evrelemesi (EK-10)	23
3.4.8.Vücut Farkındalığı Ölçeği (VFA) (EK-11)	23
3.4.9.Beck Depresyon İndeksi (BDİ) (EK-12)	24
3.4.10.Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ)(EK-13).....	24

3.4.11.Modifiye Lawton-Brody Enstrümental GYA Ölçeği (MLB/EGYA) (EK-14)	24
3.4.12.BAKAS Bakım Verme Etki Ölçeği (EK-15).....	25
3.5.İstatistiksel Analiz	25
4.BULGULAR	26
5.TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER	43
5.1.Tartışma	43
5.2.Sonuç	50
5.3. Öneriler.....	51
6.KAYNAKLAR	52
7.EKLER	65
EK-1:Kurum İzin Yazısı	65
EK-2:Etik Kurul Onayı	66
Ek-3:Gönüllü Olur Formu:	67
Ek-4:Sosyodemografik Bilgi Formu (Bakım Veren-Bakım Verme Görevi Olmayan).....	68
Ek-5:Sosyodemografik Bilgi Formu (Hastalar için)	69
Ek 6:Hastalar İçin Klinik Veri Formu	70
Ek 7:Parkinson İçin Hoehn-Yahr Evrelemesi	71
Ek-8:Multiple Sklerosis İçin Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği	72
Ek-9:Spinal Kord Yaralanmaları İçin ASIA Skorlaması	75
Ek-10:İnme İçin Brunnstrom Evrelemesi.....	76
EK-11:Vücut Farkındalığı Anketi	77
EK-12:Beck Depresyon Envanteri	78
EK 13:Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği.....	81
EK 14:Lawton ve Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu	82
EK 15: Bakas Bakım Verme Ölçeği.....	84
8.ÖZGEÇMİŞ	85
9.İNTİHAL RAPORU	86

SİMGE/SEMBOL VE KISALTMALAR LİSTESİ

ALS	Amyotrofik Lateral Skleroz
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
EDSS	Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği
EGYA	Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri
EHA	Eklem Hareket Açıklığı
FBÖ	Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği
GYA	Günlük Yaşam Aktiviteleri
ICF	İşlevsellik, Yetiştirimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması
MS	Multiple Sklerosis
PPS	Post Polio Sendromu
SKY	Spinal Kord Yaralanması
SP	Serebral Palsi
SVH	Serebro Vasküler Hastalık
TS	Tekerlekli Sandalye

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 2	4. Guillain Barre Sendromunun Klinik Belirtileri	9
Tablo 4. 1.	Hastaların Cinsiyetlerine Göre Tanımlayıcı Özellikleri	26
Tablo 4. 2.	İnmeli Bireyleri Cinsiyetlerine Göre Brunnstrom Evreleri.....	28
Tablo 4. 3.	Multiple Sklerosisli Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği Dağılımları	29
Tablo 4. 4.	Spinal Kord Yaralanmalı Bireylerin Cinsiyetlerine Göre ASIA Skorlarının Dağılımları	30
Tablo 4. 5.	Parkinsonlu Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Hoehn and Yahr Skorlarının Dağılımları	30
Tablo 4. 6.	Hastaların Ambulatuvar Seviyelerine Göre Dağılımları.....	31
Tablo 4. 7.	Bakım veren bireylerin yaş, bakım verme süreleri ve ölçümsel değişkenlerin ortalama ve standart sapma değerleri (N:60).....	31
Tablo 4. 8.	Bakım Verenlerin Bakım Süreleri.....	32
Tablo 4. 9.	Bakım Veren ve Bakım Verme Görevi Olmayan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması	33
Tablo 4. 10.	Bakım veren ve Bakım verme Görevi Olmayan Bireylerin Nicel Değişkenlerinin Karşılaştırılması.....	34
Tablo 4. 11.	Hastalara Bakım Veren Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Değişken Özelliklerinin Karşılaştırılması	34
Tablo 4. 12.	Hastalara Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Bakım Veren İş Yapma Yılı, Bakım Süresi, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri, Vücut Farkındalığı, Emosyonel Durum, Bakım Yükü Arasındaki İlişki	37
Tablo 4. 13.	Hastalara Bakım Verme Görevi Olmayan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	39
Tablo 4. 14.	Hastalara Bakım Verme Görevi Olmayan Bireylerin Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Yaş, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri, Vücut Farkındalığı, Emosyonel Durum Arasındaki İlişki.....	41

TÜRKÇE ÖZET

Yıldırım, T.(2023). Nörolojik Problemi Olan Bireylere Bakım Verenlerde Günlük Yaşam Aktivite Performansı İle Emosyonel Durum Ve Vücut Farkındalığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi:Karşılaştırmalı Bir Çalışma, Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.

Bu çalışmanın amacı nörolojik problemi olan bireylere bakım veren bireylerin günlük yaşam aktivite performansı ile emosyonel durum ve vücut farkındalığı arasındaki ilişkiyi incelemek ve bakım vermeyen bireylerle karşılaştırmaktır. Çalışmaya ayaktan veya yatarak tedavi gören 18-65 yaş aralığındaki 60 hasta ($51,05 \pm 12,88$ yıl) ve bu hastalara bakım veren 60 birey ($47,65 \pm 12,11$ yıl) katılmıştır. Kontrol grubuna benzer yaş aralığındaki bakım vermeyen 60 birey ($39,41 \pm 15,46$ yıl) dahil edilmiştir. Bakım veren katılımcıların bakım yüklerini belirlemek için Bakas Bakım Verme Ölçeği kullanılmıştır. Bakım veren ve vermeyen katılımcılar Vücut Farkındalığı Ölçeği (VFA), Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Modifiye Lawton-Brody Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri Ölçeği (MLB/EGYA) kullanılarak karşılaştırılmıştır. Bakım verenlerin bakım yükü ortalamaları $-12,20 \pm 5,73$ 'tür. Tüm değerlendirme parametreleri dikkate alındığında, bakım verenlerin bakım vermeyenlere kıyasla daha çok etkilendikleri saptanmıştır ($p < 0,05$). Bakım veren bireylerin FBÖ ve MLB/EGYA ile VFA arasında pozitif anlamlı bir ilişki saptanırken ($p < 0,05$), BDÖ skorları ile negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu araştırmanın sonuçları nörolojik hastalığı olan bireylere bakım vermenin bakım yükünü arttırdığını göstermiştir. Ayrıca azalmış vücut farkındalığı puanı ve artmış emosyonel yükün bakım verenlerin günlük yaşam aktivite performanslarını da olumsuz etkilediği belirlenmiştir. Çalışmamızın sonuçları bakım veren bireylerin ergoterapi müdahale programına dâhil edilmelerinin gerekli olduğunu kanıtlar niteliktedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım verme, Bakım yükü, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Vücut Farkındalığı, Emosyonel Durum

İNGİLİZCE ÖZET

Yıldırım, T.(2023). Analysis of the Relationship Between Activities of Daily Living Performance, Emotional Status and Body Awareness in Caregivers of Individuals with Neurological Problems: A Comparative Study. Master's Thesis, Biruni University Graduate Education Institute, Istanbul.

The aim of this study is to analyses the relationship between activities of daily living performance, emotional state and body awareness of individuals who care for individuals with neurological problems and to compare them with individuals who do not provide care. 60 patients between the ages of 18-65 (51.05 ± 12.88 years) receiving outpatient or inpatient treatment and 60 caregivers of these patients (47.65 ± 12.11 years) participated in the study. 60 non-caregiving individuals with a similar age range (39.41 ± 15.46 years) were included in the control group. Bakas Caregiving Scale was used to determine the caregiving burden of caregivers. Caregivers and non-caregivers were compared using the Body Awareness Scale (BAS), Functional Independence Measurement (FIM), Beck Depression Inventory (BDI) and Modified Lawton-Brody Instrumental Activities of Daily Living Scale (MLB/IADL). The average care burden of caregivers is -12.20 ± 5.73 . When all evaluation parameters were taken into account, it was determined that caregivers were more affected than non-caregivers ($p < 0.05$). While a positive significant relationship was found between caregivers' FIM and MLB/IADL and BAS ($p < 0.05$), a negative significant relationship was found with BDI scores ($p < 0.05$). The results of this study showed that caring for individuals with neurological diseases increases the burden of care. In addition, it was determined that decreased body awareness score and increased emotional burden negatively affected caregivers' activities of daily living performance. The results of our study prove that caregivers should be included in the occupational therapy intervention program.

Key Words: Caregiving, care burden, activities of daily living, body awareness, emosyonel status

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Nörolojik hastalıklar, motor problemler nedeniyle fiziksel yardıma ihtiyaç duymasına yol açmaktadır. Hastaların günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmek için ihtiyaç duyulan yardım, bakım sağlayan kişinin sosyal hayatında olumsuz problemler ortaya çıkarır. Bakım verenlerin fiziksel bir problemi olmasa da bakım verme sürecinde fiziksel zorlanmalara maruz kaldıklarından dolayı fiziksel problemler yaşayabilirler. Bakım verme süresinin uzunluğu ve bakım verenin diğer aktivitelerinde, kişide psikolojik veya fiziksel yaralanmaya neden olabilmektedir.(Duray, Gülşen, Altuğ, Baskan, Cavlak, 2018).

Herhangi bir nedenden nörolojik bir problem nedeniyle yardıma ihtiyaç duyan bireylere genellikle aileden birisi bakım vermektedir. (Cameron, Jill, 2021).

Hareket kaybında artış ile günlük yaşam aktivitelerini (GYA) gerçekleştirme yeteneği olumsuz yönde etkiler. Aralıklı veya düzenli olarak bakım verilmesi, bu yardımın sağlanması, birçok aile üyesi, arkadaşlar veya komşular olan resmi olmayan bakıcılar tarafından sağlanmaktadır. Bakım verenler sosyal, fiziksel, psikolojik ve ekonomik yükleri ile karşı karşıya kalmaktadır (Dunn, 2010).

İnmeli bireylerin büyük çoğunluğu, iyileşme boyunca yardıma ihtiyaç duymaktadır(Kokorelias, Kristina, Lu, Santos, Jennifer, Xu, Yi., Leung, Cameron,2020).Kokorelias ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonuçları inme gibi nörolojik problemi olan bireylerin %50 sinin sürekli ve geçici olarak bakıma ihtiyacı olduğu gözlenmiştir.Ayrıca bu çalışmada %84 ünün aile bireylerinden olduğu belirlenmiştir. Aile bireylerinden birisinin bakım veren olması, ev içi ve ev dışı okupasyonel alan aktivitelerine katılımlarını azaltmaktadır. Hastaların ani gelişen problemleriyle baş etmek zorunda kalan bakım verenler kendilerini fiziksel ve psikolojik olarak baskı altında hissetmektedirler. Bu da onların sosyal katılımlarında ve genel iyilik hallerinde azalmaya neden olamaktadır. Bakım verenlerin fiziksel ve zihinsel sağlık durumlarında, sosyal yaşamlarında ve genel iyilik hallerinde düşüş yaşanabilmektedir(Kokorelias, Kristina, Lu, Fiana, Santos, Xu, Leung, Cameron, 2020).

Bakım verenlerin kendi ihtiyaçlarını karşılayabilmeleri ve günlük yaşam aktivitelerini yerine getirebilmeleri ve buna ilave başkasına bakım verme zorunda kalmaları onları zorlayan önemli bir faktördür. Araştırmalar, iyi bir refah kalitesine sahip bakım verenlerin hastalarına daha iyi bakım sunduklarını ve olası olumsuz koşullarla daha iyi başa çıkabildiklerini rapor bildirmektedir(Özkan Tuncay, Kars Fertelli, 2019).

İlgili literatürde, bakım verenlerde bakım yükünün artması, bakım verenlerde anksiyete ve stres riskini artırdığını göstermektedir Örneğin, bakım verme yükünün artması anksiyete ve anksiyete riskini %60 ila %70 arasında artırdığı saptanmıştır. (Denno, Gillard, Glenn, Dibonaventura, Goren, Varon, Zorowitz, 2013).

Özdilek ve arkadaşları, Parkinson hastalarını bakım verenlerin deneyimlerini inceledikleri araştırmalarında bu tür hastalara bakım verenlerin (Civil, 2018).

Yoğun bir yük altında bulunan bakım verenler, kendi fiziksel ve/veya psikolojik sağlıklarında bir azalma yaşayabilirler. Bu, sosyal refahların üzerinde de büyük bir etkiye sahip olabilir. Bu durum yaşam kalitelerini ve sosyal refahlarını olumsuz yönde etkileyebilir. Bakım verme görevi olmayan eşlere kıyasla, bakım veren eşlerin daha yüksek oranda fiziksel ve duygusal problemler yaşadıkları belirtilmektedir. Ayrıca bakım veren eşlerin stres düzeyleri, tükenmişlikleri, yorgunlukları, öfkeleri ve kırgınlıkları daha çok arttığı için yaşam kaliteleri azalmaktadır (Backx, Spooren, Bongers-Janssen, Bouwsema, 2018).

İlgili literatürden de anlaşıldığı üzere herhangi bir hastalık nedeniyle bakım ihtiyaç duyan bireylere bakım verme görevi bakım verenin fiziksel, psikolojik ve sosyal yapılarında olumsuz etkiler yaratmaktadır. Bu çalışma bu etkilerin yanı sıra bireylerin günlük yaşam aktiviteleri performansları ile emosyonel durum ve vücut farkındalıklarının arasındaki ilişkiyi araştırmak. Bakım verme görevi olmayan bireyler ile karşılaştırmayı amaçlamıştır.

Bu çalışma dâhilinde aşğıdaki üç hipotezin (varsayımın) test edilmesi amaçlanmıştır.

Hipotez 1

Ho: Nörolojik problemi olan bireylere bakım verenler ile bakım verme görevi olamayan bireylerin günlük yaşam aktivite performansında fark yoktur.

H₁: Nörolojik problemi olan bireylere bakım verenler ile bakım verme görevi olamayan bireylerin günlük yaşam aktivite performansında fark vardır.

Hipotez 2

Ho: Nörolojik problemi olan bireylere bakım verenler ile bakım verme görevi olamayan bireylerin emosyonel durumu arasında fark yoktur.

H₁: Nörolojik problemi olan bireylere bakım verenler ile bakım verme görevi olamayan bireylerin emosyonel durumu arasında fark vardır.

Hipotez 3

Ho: Nörolojik problemi olan bireylere bakım verenler ile bakım verme görevi olmayan bireylerin vücut farkındalığı arasında fark yoktur.

H₁: Nörolojik problemi olan bireylere bakım verenler ile bakım verme görevi olmayan bireylerin vücut farkındalığı arasında fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İNME

2.1.1. Tanım

Dünya Sağlık Örgütü tarafından inme; beyindeki kan akımının kardiyovasküler nedenler dışında belirli bir açıklama olmaksızın hızlı bir şekilde bozulmasının bozulması, vücuttan daha uzun sürebilen, motor kayıpları doğurabilen serebral dayanımlı fokal veya dünya çapında bozukluğa ait hastalıklar ve bulgularla sınırlı bir klinik sendromdur (Köksal, 2023).

İnme, dünya çapında ölüm oranlarına göre ikinci sırada olan ve engellilik sebepleri arasında üçüncü en yaygın hastalık grubu olan, kronik bir nörolojik rahatsızlıktır. İnme, kişinin bedensel, zihinsel ve sosyal yönden olumsuz etkileyebilen bir hastalıktır. (Veren,2019).

2.1.2.Klinik Belirtileri

İnme sonrasında, etkilenen damarın yapısının bozulması ve beyin bölgesine bağlı olarak çeşitli nörolojik sendromlar ve klinik bulgular ortaya çıkabilir(Arslan,2022).

Bu semptomların çeşitliliği, beynin sol ve sağ hemisferlerinin çeşitli fonksiyonlarda üstünlük gösterme durumlarının değişmesinden kaynaklanır. Örneğin, sol hemisfer; sözel yetenek, matematiksel işlevler, soyut düşünme gibi alanlarda baskınken, sağ hemisfer; görsel-uzaysal algılama, müzik, görsel hafıza gibi alanlarda üstün konumdadır (Arslan,2022).

2.2.MULTİPLE SKLEROSİS

2.2.1.Tanım

Multiple Skleroz (MS), merkezi sinir sisteminde motor ve duyu kaybına yol açan; kronik, inflamatuvar, nörodejeneratif ve miyelin kaybına uğrayan bir hastalıktır. MS, genç yaşlardan itibaren başlayabilir ve ataklarla seyredebileceği gibi kalıcı sonuçlarla da ilerleyebilen nörodejeneratif bir süreçtir (Polat,2023).

MS, genellikle genç erişkinleri etkiler ve semptomlar genellikle 15 ile 45 yaşları arasında ortaya çıkar. Kadınlarda, bu hastalık erkeklere kıyasla 1,5 ila 2 kat daha sık görülür ve kadınlarda ortalama başlama yaşı 25 yaşken, erkeklerde bu yaş 28'dir (Polat,2023).

Hastalığın seyri öngörülemez ve ortaya çıkabilecek zorluklar bireye göre farklılık gösterebilir. Periyodik alevlenme ve remisyon dönemlerinden oluşur. Hastalık ilerledikçe nörolojik sorunlar artar. Multiple sklerozun belirtileri, lezyonların yeri, boyutu ve sıklığına bağlı olarak değişkenlik gösterir (Polat,2023).

2.2.2.Klinik Belirtileri

Klinik incelemelerde genellikle ısı toleransı, güç kaybı, yorgunluk, zayıflık, denge zorlukları, koordinasyon sorunları, yürüme problemleri, duyu bozuklukları ve duygusal sorunlar tanımlanır (Polat,2023).

Bu problemler, hastaların sosyal, kültürel ve ailevi rollerini yerine getirme becerilerini etkiler. Örneğin, bir MS hastası, yorgunluk nedeniyle sabah işe gitmek için enerjisini korumak adına yardıma ihtiyaç duyabilir veya çocukları okuldan almaya yetecek enerjiyi toplamak için alışveriş gibi görevler arasında seçim yapmak zorunda kalabilir (De Souza, Bates, 2011).

2.3.SPİNAL KORD YARALANMALARI

2.3.1.Tanım

Spinal kord yaralanması genellikle travmaya bağlı bir hastalık olup, bireyi olumsuz etkileyen ve kronik bir durum şeklinde ortaya çıkan bir rahatsızlıktır. Spinal kord yaralanması, yaralanmanın yeri ve kompleks ya da eksik olma durumlarına bağlı olarak değişen motor ve duyu eksiklikleriyle karakterizedir. Bu durum, motor ve duyu eksikliklerinin yanı sıra çeşitli komplikasyonlarla ilişkilidir(Güneş, 2018)

Spinal kord yaralanmaları travmatik ya da travmatik olmayan olabilir. Genellikle travmatik yaralanmalar daha yaygındır ve bu tür yaralanmaların en sık nedeni otomobil kazalarıdır. Tam veya kısmi spinal kord yaralanması, dünya çapında ve Türkiye'de en sık trafik kazalarından kaynaklanmakta olup, motor, duyu ve otonomik kontrolde hasara yol açmaktadır (Çelik, 2006; Paddison, Middleton, 2011). Spastisite, kuvvet kaybı, flastisite, duyu problemleri, yorgunluk ve mobilite sorunları gibi faktörler, spinal kord yaralanması olan bireyleri olumsuz yönde etkileyerek, vücut fonksiyonları, yapıları, aktivite ve katılım alanlarında kısıtlılıklara neden olur (DSÖ, 2001).

Spinal kord yaralanması olan hastalar, hastaneden taburcu olduktan sonra evde karşılaştıkları yemek hazırlama ve yeme, banyo yapma, tuvalete gitme, tekerlekli sandalye gibi ambulasyona yardımcı cihazları kullanma ve farklı ortamlara transfer gibi aktivitelerle ilgili günlük yaşam aktivitelerinde problemler yaşarlar. Bir araştırmada, spinal kord yaralanması olan yetişkinler arasında algılanan çevresel engeller ile toplum entegrasyonu arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (Lysack vd., 2007).

2.3.2.Klinik Belirtileri

SKY sonucunda vücut fonksiyonları, genellikle yaralanma seviyesine ve ciddiyetine bağlı olarak değişir ve yaralanma seviyesinin altında bozulabilir. Spinal kord yaralanması, SVO sonrasında görülen hemipleji/hemiparezi ve motor

kısıtlamaların yanı sıra, duyusal, algısal ve kognitif fonksiyonlarda olumsuz etkilere neden olan bir hastalık durumudur. Bu durum, banyo yapma, yemek yeme, kişisel bakım aktiviteleri, ev içinde ve dışında mobilitayı sürdürme, transfer aktiviteleri gibi aktivitelerde problemlerle karşılaşılmasına yol açar(Salar,2011).

Yaralanma sonrası, özellikle transferler ve lokomasyon gibi mobilite zorlukları, banyo yapma, giyinme, tuvalet gibi kişisel bakım aktivitelerinde sınırlılıklar meydana gelir. Genellikle tekerlekli sandalyeye bağımlılıkla sonuçlanır ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık gerektirebilir. Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık elde etmek için kritik seviyeler C6 ve C7 olarak kabul edilir. Tetraplejik bireylerin aktivite katılımları, paraplejik bireylerden daha zor olabilirken, paraplejik bireyler genellikle daha fazla bağımsızlık kazanabilir (Salar, 2011).

Rehabilitasyon hedefleri açısından nörolojik seviyeye genel olarak omurilik yaralanmalı kişilerden beklenen fonksiyonel durum aşağıda belirtilmiştir (Salar,2011).

C2-3: GYA’de tam bağımlıdır.

C4: Dil, çene veya pnomatik kontrollü motorlu tekerlekli sandalye kullanabilir. Elektronik ve bilgisayarlı yardımcı sistemler yardımıyla radyo, televizyon ve telefon kullanabilir. GYA’de tam bağımlıdır.

C5:Yardımcı araç-gereçlerle GYA’ni kısmen yapabilir. Transferlerinde hidrolik kaldırıcıdan yararlanabilir. El kontrollü motorlu tekerlekli sandalye ile ev içinde ve dışında bağımsızdır.

C6: Özel düzenlenmiş tekerlekli sandalye ve el kumandalı araba kullanabilir.

C7: Yataktan sandalyeye transferinde bağımsızdır. Mesane ve bağırsak bakımını yapabilir. Tekerlekli sandalye kullanımında rampa inme-çıkma gibi aktiviteler dışında bağımsızdır.

C8-T1: Banyo yapma, giyinme dâhil tüm kendine bakım aktivitelerinde, tüm 18 transferlerinde, tekerlekli sandalye kullanımında, bağırsak bakımında, üriner kateter uygulamasında ve iletişim araçları kullanımında bağımsızdır.

T2-10: Egzersiz amaçlı ambulasyon yapabilir. Fonksiyonel ambulasyon yapamaz. Ortez yardımıyla ayakta durur.

T11-L2: Uzun yürüme cihazı ve çift koltuk değneği ile ev içinde fonksiyonel ambulasyon potansiyeli vardır. Ev dışında tekerlekli sandalye kullanımı gerekir.

L3-S3: Ev dışında kısa yürüme cihazı ve baston gibi desteklerle fonksiyonel ambulasyon yapabilir. Tekerlekli sandalyeye ihtiyacı yoktur.

SKY'lı kişilerin %50-68'i yaralanma sonrası işe geri dönememekte, geri dönen kişilerse engelli olmayan kişilerden daha düşük ücretlerde çalışabilmektedirler. Yetersiz ekonomik kaynağı olan kişilerde rekreasyonel aktivitelere katılım, ev idaresi, medikal destek, kişisel yardım hizmetleri, ulaşım ve yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir(Salar,2011).

Yaralanma sonrası çoğu kişinin yaralanma öncesi uğraştıkları serbest zaman aktivitelerine devam edemedikleri belirtilmiş, ayrıca spor aktivitelerine katılımlarında azalma görülmüştür. Aile ve arkadaşlardan görülen sosyal destek yokluğunda, SKY'lı kişilerin topluma katılımları etkilenebilmekte diğer engellerle baş etmeleri zorlaşabilmektedir(Salar,2011).

2.4.PARKİNSON

2.4.1.Tanım

Parkinson hastalığı (PH), dopaminerjik nöron kaybıyla karakterize olan ve substansiya nigra pars kompakta'da meydana gelen ilerleyici nörodejeneratif bir hastalıktır. Hastalığın seyri, bireye bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Genellikle, hastalığın ilerleyişi üç aşamada tanımlanmaktadır.

1.aşama, "honeymoon" olarak adlandırılan bir evredir ve bu dönemde hastalık tedavi ile kontrol altına alınabilir. Hastaların günlük yaşamlarındaki etkileri en az düzeydedir.

2.aşamada, birkaç hareket bozukluğu (akinezi, diskinezi, denge problemleri gibi) gözlemlenir. Tedavi etkisi zaman zaman kesinti gösterebilir.

3. aşama, Parkinson belirtilerinin net bir şekilde görüldüğü evredir. Hastaların en fazla engellilik yaşadığı dönemdir (Polat,2023).

2.4.2.Klinik Belirtileri

Parkinson hastalığı (PH), bireylerin yaşam kalitelerini farklı oranlarda etkileyebilen motor ve motor olmayan birçok belirti ve bulgu gösterir. PH'nin dört temel semptomu tremor, rijidite, bradikinezi ve postüral instabilitedir (Chambers, 2003). Bu belirtiler nedeniyle, PH'lı hastalar genellikle ayakta dururken karakteristik olarak öne doğru dengelemekte zorlanır ve kolayca düşebilirler (Stokes,2001). Bu sebeplerden ötürü, Parkinson hastalığına sahip bireyler, tedavi sürecinde konuşma, bilişsel fonksiyonlar ve harekete dayalı faaliyetlerde ilerleyici bozukluklar yaşayabilirler. Aynı zamanda kişisel bakım, mobilite ve ev yaşamı gibi aktivitelerde kısıtlılıklarla ve sosyal etkinliklere katılımda sınırlamalarla karşı karşıya kalabilirler (Rascol vd. 2002, Giladi, Balash 2006, Keus vd. 2009).

Kognitif fonksiyonlardaki bozukluklar ve demans, Parkinson hastalığında sıkça gözlemlenen bir durumdur. Hedefe yönelik davranış planlama sorunları, görsel-uzamsal işlev bozukluğu, konuşma akıcılığının bozulması ve hafıza problemleri, sıralanan kognitif bozukluklardan bazılarıdır(Eldemir,2023).

Parkinson hastalarında motor semptomlarla birlikte gözlemlenen non-motor semptomlar arasında yorgunluk, depresyon, anksiyete, uyku bozuklukları, kabızlık, mesane ve diğer otonomik rahatsızlıklar (cinsel, gastrointestinal), ağrı ve karıncalanma gibi duyuşal şikâyetler bulunmaktadır (Fahn, 2006).

2.5.SEREBRAL PALSI

2.5.1.Tanım

Serebral palsy (SP), yaşla birlikte değişebilen ancak ilerleyici olmayan, doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrasında gelişebilen bir bozukluktur. Bu durum, hareketi kısıtlayan postür ve hareket bozukluğuna yol açar ve kalıcı motor fonksiyon kaybına neden olur(Azim,2022).

SP, çocukluk döneminde en sık görülen nörolojik engellilik nedenlerinden biridir. Hastalıkta temel sorun motor fonksiyon bozukluğudur, ancak mevcut patoloji beyinde diğer bölgeleri etkilediği için bilişsel, görsel, işitsel, algısal ve davranışsal sorunlarla birlikte sıklıkla görülür (Pakula ve ark. 2009).

Etiyoloji genellikle SP'de multifaktöryeldir ve bazı çocuklarda bu duruma sebep olan etiyoloji belirlenemez. Etiyolojide %10 postnatal, %10–20 natal ve %70–80 prenatal risk faktörlerinin rol oynadığı bilinmektedir. %25 oranında hastada tanımlanabilen bir risk faktörü bulunmamaktadır. Risk faktörü sayısı arttıkça SP gelişme riski de artmaktadır (Şekercioğlu,2023).

2.5.2.Klinik Belirtileri

SP'nin motor bozukluklarına ek olarak bilişsel, algısal, duyuşsal ve davranışsal sorunlar sıkça eşlik eder. Bu durum, ilişkili sorunlar (örneğin görme veya işitme bozukluğu, zihinsel engel, oral-motor sorunlar), epilepsi ve ikincil kas-iskelet sistemi sorunları gibi çeşitli problemlerle ilişkilidir. Ayrıca, SP'li bireylerde duruş, hareket, postüral kontrol ve denge sorunları meydana gelir. SP olan bireylerde postüral kontrol, gelişim sürecinde oturma, uzanma, ayakta durma, yürüme, beslenme ve diğer günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için temel bir unsurdur (Saether ve ark., 2013).

Gövde kontrolü üzerine yapılan araştırmalar, oturma, ayakta durma, yürüme, uzanma ve denge gibi işlevsel hareketlilik seviyelerine etkisinin önemini vurgulamaktadır (De Graaf-Peters vd. 2007; Shumway-Cook, Woollacott, 2012). Gövde kontrolünde yetersizlik yaşayan çocukların, günlük yaşam aktiviteleri olan uzanma, yemek yeme gibi alanlarda kısıtlılık yaşadıkları ve bu durumun fonksiyonel bağımsızlık seviyelerini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (Heyrman ve ark., 2013; Özal ve Günal, 2014). Düzgün bir gövde kontrolü, bireyin sosyal, bilişsel ve iletişimsel becerilerinin gelişmesine katkıda bulunabilir(Şekercioğlu,2023).

Görme ve işitme, kaba ve ince motor becerileri etkileyen iki temel duyuşal faktördür. Vestibüler sistemi etkileyen görme ve işitme sorunları, duyuşal bütünleme sorunlarına neden olabilir (Boyd, Ada, 2001).

Spastisiteye bağılı olarak kasların zayıflaması, bireyin denge sorunlarının yanı sıra yürüme zorlukları gibi sorunlarla karşılaşmasına yol açabilir. Bu durum ağrı, beden imajı ve özgüven kaybı, sağııkla ilişkili yaşam kalitesinde azalmalar ve dolayısıyla katılım kısıtlılıklarına neden olabilir (Numanoğılu ve ark., 2012).

Core stabilizasyonun yetersiz olduğı durumlarda, serebral palsi olan bireyler giyinme, yürüme veya arkadaşlarıyla oyun oynama gibi günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirme konusunda zorluk yaşayabilirler. Bu zorluklar, yaşam kalitesini düşürebilir(Güçlü,2023).

2.6. GUILLAIN BARRE SENDROMU

2.6.1.Tanım

Guillain-Barre Sendromu, simetrik kas güçsüzlüğü ve derin tendon reflekslerinin kaybı ile ilerleyen, bağıışıklık sistemi aracılı bir iltihabi polinöropatidir. Bu durum, periferik sinir sistemini, otonom sinir sistemini ve kranial sinirleri etkileyebilir. Kas zayıflığı genellikle iki alt ekstremiteden başlar ve ardından gövdeye, üst ekstremitelere ve orofarengeal kaslara doğru ilerler(Ballı, 2019).

Hastalığın başlama şikâyetlerinden bir ila üç hafta öncesinde, genellikle bir üst solunum yolu enfeksiyonu veya akut gastroenterit öyküsü vardır. Erişkinlerde hastalık seyri, özellikle yaşlılarda, çocuklara kıyasla daha uzun ve yaşlılarda iyileşme süreci daha yavaş olabilir. İyileşme süresi birkaç haftadan bir aya kadar değişebilir(Ballı, 2019).

2.6.2.Klinik Belirtileri

Tablo 2 1.Guillain Barre Sendromunun Klinik Belirtileri

Kas Kuvvetsizliği	Yorgunluk, yürüme ve merdiven çıkma zorluğu gibi şikâyetler sıkça görülür(Varkal,2011).
Duyu Bozuklukları	Duyu problemleri genellikle akut aşamada rahatsız edici olabilir ve nadiren kalıcı özürlülüğe yol açar. Bazı durumlarda, yanma hissi, aşırı hassasiyet rehabilitasyon programlarını ve hasta bakımını zorlaştırabilir(Ballı, 2019).
Ağrı	Sık görülür ve kaslardaki değişiklikler, kötü postür, eklem hareket açıklığı (EHA) kaybı, nedenlerinden biri olabilir(Nehal vd. Manish 2015).
Yorgunluk	Sıkça karşılaşılan bir durum olan yorgunluk, görünüşte iyileşen hastaların neredeyse %75'inde yaşam kalitesini etkileyebilir ve günlük yaşam aktivitelerini ve sosyal hayatlarını kısıtlayabilir (Nehal, Manish 2015).

2.7.POST POLIO SENDROMU

2.7.1. Tanım

Post-polio sendromu, polio (poliomiyelit) geçirmiş bireylerde yıllar sonra ortaya çıkan ve sıklıkla görülen bir durumdur. Yorgunluk, ağrı ve etkilenmiş ve/veya etkilenmemiş kaslarda güçsüzlük en sık rastlanan semptomlardır. Bu durum, hastalarda fiziksel, psikososyal, cinsel ve maddi anlamda olumsuz deneyimlere neden olarak yaşam kalitesini düşürür(Latifoğlu,2021).

2.7.2.Klinik Belirtileri

İlerleyici kas güçsüzlüğü, hem akut poliomiyelitten etkilenen hem de etkilenmeyen kaslarda ortaya çıkabilir. Güçsüzlük asimetrik veya yer yer olabilir (Latifoğlu,2021).

Yorgunluk, tipik bir semptomdur ve PPS'li hastalarda şiddeti daha fazladır. Yorgunluk, genellikle santral (genel) ve periferik (belirli kaslarda) fiziksel aktivite ile ilişkili olabilir(Latifoğlu,2021).

Ağrı sık görülen bir belirtidir. Ağrının nedeni genellikle lokomotor sistemin yanlış veya aşırı kullanımındır. Ağrı, fiziksel aktivite ile ilişkilendirilebilir. Solunum yetmezliği, bulbar poliomiyelitin geç dönem komplikasyonu olarak kabul edilir. Solunum kaslarında zayıflık olan hastalarda daha belirgin olabilir. Solunum yetmezliği, postür bozukluğu, kalp yetmezliği, amfizem, skolyoz gibi sebeplerden kaynaklanabilir(Latifoğlu,2021).

2.8. AMYOTROFİK LATERAL SKLEROZ (ALS)

2.8.1.Tanım

Amyotrofik lateral skleroz (ALS), motor nöron hastalıkları arasında en yaygın olanıdır ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından 21. yüzyılın en önemli ve zorlu hastalıklarından biri olarak kabul edilmiştir (Hwang vd.2014; Valadi, 2015).

ALS, üst ve alt motor nöronların ilerleyici dejenerasyonu ile karakterize bir hastalıktır ve kas zayıflığı, yorgunluk, spastisite, kramplar, paralizi, disfaji, dizatri, solunum yetmezliği, bilişsel ve duygusal değişiklikler gibi bir dizi semptomu neden olur (Chio vd.2009; Majmudar vd. 2014). ALS'li hastaların ölüm nedeni genellikle solunum yetmezliğidir (Kiernan vd. 2011). Hastalığın nedeni hala bilinmemektedir.

2.8.2.Klinik Belirtileri

Üst motor nöron semptomları: güçsüzlük, refleks artışı, spastisite, Hoffman ve Babinski refleksleri gibi patolojik refleks bulguları ile kendini gösterir. Dizartri ve disfaji bu tür belirtilerin sık görülen örnekleridir ve üst motor nöronlarda disfonksiyonun belirtisidir. Bu durum, yutma kaslarının koordinasyon bozukluğuna ve yavaşlamasına neden olarak disfajiye yol açar. Ayrıca spastik dizartri gibi konuşma bozuklukları da görülebilir(Erdem,2013)

Alt motor nöron semptomları: güçsüzlük, atrofi, fasikülasyon ve kramp gibi belirtilerle kendini gösterir. Bu durum, yazı yazma, küçük nesneleri kavrama ve kaldırma gibi günlük aktivitelerde zorluk yaşanmasına yol açabilir. Ayrıca, alt ekstremitelerin etkilenmesiyle yürüme zorlukları, düşük ayak, dengesizlik ve düşme gibi sorunlar da ortaya çıkabilir(Erdem,2013).

Yüz kaslarının tutulumuna bağlı olarak göz kapatmakta zorlanma, çignemekte, ağzını açıp kapamakta güçlük görülebilir(Erdem,2013).

Kognitif semptomlar: ALS hastalarının %35-51'inde bulunduğu ve %15'inde frontotemporal demansın olduğu tespit edilmiştir (Erdem,2013).

Otonomik semptomlar: İlerleyen dönemlerinde görülebilir. Çok faktörlü konstipasyon görülmektedir. Ekstrapiramidal özellikleri maske yüz, tremor, bradikinezi ve postural instabilite içerebilir(Erdem,2013).

Duyusal semptomlar: ALS'li hastaların %20-30'unda görülebilirken, duyu muayeneleri genellikle normal sonuçlar verir. Bu hastalarda, bazen motor semptomlardan önce veya sonra duyu kaybı olabilir(Erdem,2013).

2.9.BAKIM VEREN

Bakım veren kişi, hastalık yaşayan bireye fiziksel, sosyal, ekonomik ve duygusal destek sunmakla yükümlüdür. Türk Dil Kurumu'na göre bakım, bir şeyin geliştirilmesi, korunması için harcanan emek ve kişinin ihtiyaçlarını karşılamayı içerir (Ören, 2016).

Bakım gereksinimi duyan bireye sağlık bakımı, sağlık hizmetlerine ulaşımı, kişisel bakımı (yıkama, beslenme, tuvalete gitme, giyinme vb.), ulaşımı, alışverişi, küçük ev işleri, finansal kaynaklarının yönetimi gibi günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duyabileceği konularda yardımcı olunması bakım verme olarak tanımlanabilir(Ergen Kahraman,2021).

Gayri resmi bakıcılar, sevdiklerinin ihtiyaçlarını karşılamak üzere görev alırlar. Doğrudan bakım, banyo yapma, besleme, giydirmeyi içerirken, dolaylı bakım, yemek yapma, para yönetimi, ulaşım, ev işleri gibi faaliyetleri içerir (Ergen Kahraman, 2021).

Ku ve arkadaşları tarafından resmi bakım hizmetleri ise hemşireler, kişisel destek çalışanları, rehabilitasyon uzmanları ve doktorlar gibi sağlık uzmanları tarafından sunulduğu belirtilmiştir (Ergen Kahraman, 2021).

2.10.BAKIM YÜKÜ

Bakım yükü, bakım verenin karşılaştığı fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik zorluklar sonucu ortaya çıkan birçok boyutlu stres tepkisi olarak tanımlanır (Ören, 2016).

Gizli hasta olarak adlandırılan resmi olmayan bakıcılar, üstlendikleri yükler nedeniyle çeşitli fiziksel, duygusal, psikolojik, sosyal ve ekonomik zorluklarla karşılaşırlar (Dunn, 2010).

Bakım verme yükü genellikle iki grupta incelenir:

- 1.Objektif bakım yükü
- 2.Subjektif bakım yükü

Objektif bakım yükü, bakım verme sırasında yaşanan somut güçlüklerden kaynaklanır ve subjektif bakım yüküne kıyasla daha nesnel ve gözlemlenebilirdir. Hayat tarzı değişiklikleri, mali durum, denge bozuklukları gibi faktörler bu gruba örnek olarak gösterilebilir (Soner, 2017).

Subjektif bakım yükü ise bakım verenin iç dünyasıyla daha fazla ilgilidir. Bakım verme süreci çeşitli faktörlerle etkilenir: bakım verenin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik durumu, kültürel değerleri, hasta ile ilişkisi ve yaşlı kişinin sağlık durumu gibi unsurlar subjektif bakım yükünü etkiler. Ayrıca, bakım verenin destek alıp almaması ve yaşlı kişiyle aynı evi paylaşp paylaşmaması da bakım yükünü etkileyen faktörler arasındadır (Soner, 2017).

Hasta bakımıyla ilgili olan yük, bakım verenin gün içerisinde kaç saatini bu işe ayırdığı, hastaya kaç aydır ya da kaç yıldır baktığı, bakım için yardım alıp almadığı, hastaya bakım süreci boyunca edindiği tecrübesi ve bu tecrübe ile kazanmış olduğu becerileri, bu süreçte yaşamış oldukları psikolojik problemlerin bakım yükünü şekillendirdiği beyan edilmiştir (Kuşçu, 2000).

Geleneksel olarak, kadınlar ev içinde daha fazla sorumluluk alırken, erkekler genellikle dışarıda çalışma ve sorumluluk üstlenme eğilimindedir. Kadınlar, toplumun bu beklentileri nedeniyle doğal bakım veren olarak kabul edilir (Gallicchio vd. 2002). Ayrıca, kadınlar bakım vermenin yanı sıra birçok ev içi rolü de üstlenirler (Kramer, Kipnis, 1995;). Örneğin, bir kadın bakım verici olabilirken aynı zamanda anne, eş ve çalışan olarak da hayatlarında pek çok rolü üstlenebilir (Gallicchio vd. 2002).

Kadın bakım verenler, çalışma hayatı ile bakım verme görevleri arasında daha fazla çatışma yaşayabilir ve çoğu zaman çalışma saatlerini azaltmak veya işlerini bırakmak zorunda kalabilirler (Kramer, Kipnis, 1995). Bu durumun sona ermesi veya

kesintiye uğraması, kadınlar için ekonomik zorlukların yanı sıra önemli bir stres kaynağı olabilir(Kramer, Kipnis, 1995).

Hastaların bilişsel, fonksiyonel ve psikiyatrik durumları bakım yükünü etkileyebilir. Bilişsel eksiklikler, fonksiyonel yetersizlikler ve davranışsal/psikiyatrik belirtiler bakım verenler üzerinde büyük etkilere sahip olabilir (Ören, 2016).

Ayrıca, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan bireylere bakım verenlerde, psikososyal sağlık sorunlarının arttığı ve bu durumun yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gözlemlenmiştir (Günel, 2014).

Bakım verme yüküne maruz kalan bireylerin yaşam kalitesini ve iyilik halini artırabilmek için kişi-çevre-aktivite perspektifinde bütüncül yaklaşımla yöntemler geliştirilebilir. Bu yöntemler;

Ergonomi: Bireyin aktivitelerinin analizinin yapılması ve aktivitenin gerçekleştirilmesi için gereken doğru hareketin belirlenmesiyle bunun çözümü için gerekli olan çevresel düzenlenmelerin yapılması ya da yardımcı cihazların belirlenmesinde kullanılan prensipler bütünüdür (Dul, Bruder, Buckle ve ark, 2012; Salvendy, 2012).

Enerji Koruma: Bireyler günlük rutinleri içerisinde ya da ani olarak gerçekleştirmiş oldukları aktiviteler için belirli bir güç ve enerji sarf ederler. Enerji koruma ise belli prensipler kullanılarak sarf edilen enerjiyi azaltmak ve kişinin daha az yorulmasını sağlamaktır. Kullanılan ilkelerden bazıları şu şekildedir; işler için önceden plan yapma, kendi hızını denetleme, iş için öncelik belirleme, gereksiz işleri eleme, dinlenme ve aktivite zamanlarını dengede tutma ve aktivite dayanıklılığını öğrenme (Hochberg, Altman, Brandt ve ark, 1995; Velloso & Jardim, 2006).

Stres Yönetimi ve Stresle Başa Çıkma: Bireylerin gün içindeki psiko-sosyal etkilenimlerini ve stres seviyelerini azaltmak ve genel iyi olma halini korumak için uygulanan yöntemlerdir. En çok kullanılan yöntemler ise progresif gevşeme, solunum teknikleri ve yaşam tarzı değişiklikleri eğitimidir (Shapiro, Brown, & Biegel, 2007).

Zaman Yönetimi: Bakım veren bireyler bakım verme işine başladıktan sonra sahip oldukları sorumlulukları yerine getirmede, diğer aile bireyleriyle sağlıklı iletişim kurma ve vakit geçirme gibi alanlarda problem yaşayabilirler. Bu bağlamda bakım veren bireylere günlük yapılacak sorumluluk çizelgesi oluşturma, öncelikleri belirleme gibi zaman yönetimi tekniklerinin eğitimi verilebilir(Köse, Akı ,2019).

2.11.GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ

İşlevsellik, Yetiştirimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması, Dünya Sağlık Örgütü tarafından oluşturulan ve işlevsellik ile engellilik bilgilerini düzenlemek ve belgelemek için oluşturulan bir çerçevedir (Organization, 2002), bu sınıflandırma, bir bireyin sağlık durumu ile çevresel ve kişisel faktörler arasındaki dinamik etkileşimi kavramsallaştırır (Song, Wang ve Schubert, 2021).

Aktivite, insanların günlük rutinlerinde yaptıkları olağan eylemler olarak tanımlanır (C. Christiansen, Clark, Kielhofner ve Rogers, 1995). Her aktivitenin belirli bir amacı ve hastalar için anlamı vardır. Hastalar, belirli hedeflere ve anlamlı bağlamlara dayalı olarak bu aktiviteleri gerçekleştirirler (Baum ve Christiansen, 1991). Aktiviteler farklı kategorilere ayrılabilir; iş-üretkenlikle ilişkili aktiviteler, oyun ya da serbest zamanla ilişkili aktiviteler ve kişisel bakımla ilişkili aktiviteler gibi. Günlük Yaşam Aktiviteleri, hayatta kalmayı ve iyilik halini sağlayan ve sosyal bir dünyada yaşamak için temel oluşturan aktivitelerdir. GYA; temel günlük yaşam aktiviteleri (Temel GYA) ve yardımcı günlük yaşam aktiviteleri (Yardımcı GYA) olmak üzere ikiye ayrılır. Temel GYA; banyo yapma, giyinme gibi bireyin kendi vücudunun bakımına yönelik aktivitelerdir. Yardımcı GYA; genellikle temel GYA' ya göre daha karmaşık etkileşimi gerektiren, ev ve toplum içerisindeki günlük yaşamı destekleyen, ev yönetimi, finansal yönetim gibi aktivitelerdir. ("Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process," 2014). Bireylerin günlük yaşam, iş ve serbest zaman aktivitelerini yerine getirmedeki yetenekleri üst ekstremitelere yaralanmalarından etkilenebilir. Bu yüzden bireylerin aktivite

kısıtlılıklarını değerlendirmek önemlidir (van de Ven-Stevens, Munneke, Terwee, Spauwen, & van der Linde, 2009).

Ergoterapi bakış açısında, katılımın tanımı, ICF ve Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımını benimser. Bu tanıma göre, katılım "bir yaşam durumuna katılma" olarak ifade edilir (Association, 2002; DSÖ, 2001). Katılım terimi, kişisel bağımsızlık, sosyal ve toplumsal bütünleşmeyi içerir (DSÖ, 2001).

Bir çocuk arkadaşlarıyla oyun oynar, resim çizer, okula gider ve ailenin bir parçasıdır; bir yetişkin aile hayatına, iş hayatına, boş zaman etkinliklerine ve toplumsal faaliyetlere katılır. Yaşlı bir yetişkin ise çalışmaya devam etmek, seyahat etmek, gönüllü bir iş yapmak ve ailesiyle vakit geçirmek ister. Bu aktiviteler, bireyin toplumla tam katılımını yansıtır ve kişisel olarak anlamlı ve önemli olan faaliyetleri gerçekleştirir. Katılım, hastanın fizyolojik, psikolojik, bilişsel, duyuşsal ve motor kapasiteleri ile desteklenir veya sınırlandırılır (Gillen, 2015).

Açık çevresel faktörler, erişilebilirlik ve sosyal destekle ilgili fiziksel ve sosyal faktörleri içerir; diğerleri ise özellikle istihdamı etkiledikleri için hükümet politikalarında yer alır (Gillen, 2015). Kişisel bağımsızlık, hastanın yapmak istediği şeyi yapabilmesi, gitmek istediği yere gidebilmesi ve istediği zamanda aktivite seçiminde özgür olabilmesiyle ilişkilidir. Ayrıca işlevsel mobilite sorunları, denge sorunları veya tekerlekli sandalye kullanıcılarının karşılaşılabileceği fiziksel engeller, katılımı etkileyen faktörler arasında yer alır. Bununla birlikte, daha gizli sorunlar arasında ihmal, depresyon ve yürütücü işlevlerin kontrolünün kaybı gibi durumlar da bulunur. Bu tür durumlar, inmeli hastaların yaşama katılımını etkileyebilir (Pike vd. 2021).

2.12.VÜCUT FARKINDALIĞI

Vücut farkındalığı, kişinin kendi bedenini fiziksel, bilişsel ve duygusal olarak kabul etmesi ve içten ve dıştan gelen uyarılara karşı bedensel tepkilerini fark edebilmesidir (Karaca, 2017). Aynı zamanda kişinin zihinsel süreçlerindeki

değişimlerin farkında olması, kişinin vücut farkındalığının ilk aşamasını oluşturur(Kalkışım,2020).

Fiziksel anlamda, vücut farkındalığı bedenin uzaydaki pozisyonunun algılanmasıyla ilişkilidir ve bu algılama vestibüler sistem, proprioseptif duyu ve reseptörler aracılığıyla gerçekleşir (Craig, 2003).

Beden farkındalığı, bütünden parçaya doğru bir süreci izler; önce birey bedenin bütününe algılar ve farkındalık arttıkça daha spesifik beden parçalarını ayırt etmeye başlar. Beden farkındalığı seviyesi bireyden bireye farklılık gösterebilir. Beden farkındalığı, bireyin kendi vücudunu fiziksel, duygusal ve bilişsel düzeyde kabul etmesi ve bedenin verdiği tepkileri fark etmesi ile başlar. Beden farkındalığı süreci, bireyin fonksiyonel hareketlerde motor öğrenme yoluyla bedenini nasıl kullanacağını öğrenmesiyle başlar. Sonrasında, hız, mesafe, koordinasyon, kuvvet gibi faktörlerin hareket kalitesini etkileyen gelişmesi gelir. Bu aşamaların tamamlanması ve uyumlu bir ilişki kurulması sonucunda beden farkındalığı gelişmeye başlar. Beden farkındalığı yüksek olan birey, bedenindeki tüm değişimleri algılar ve bu değişimlere, beden farkındalığını kullanarak, kişisel olarak ya da yardım alarak tepki verir(Kalkışım,2020).

Beden farkındalığı terapisi, denge, postür ve hareketlerin doğal reflekslerinin bedene yeniden öğretilip alışkanlık haline getirilmesini sağlar. Duyusal ve motor uyum kazandırılarak sağlıklı bir yaşam tarzı elde edilir ve psikolojik faktörlerden kaynaklanan gerilim ve ağrıyla baş etme konusunda yardımcı olur(Kalkışım,2020).

Kas-İskelet Sistemi: duyu eğitimi aracılığıyla doğru nefesle birlikte vücut hareketlerini kontrol etmeyi sağlayan bir terapidir. Proprioseptif duyular, vücudun hangi durumda ve nasıl fonksiyon gösterdiğine ilişkin bilgileri kas, tendon ve eklemlerdeki mekanoreseptörler aracılığıyla algılar, böylece hareketler sırasındaki denge farkındalığını sağlar. Vestibüler sistem, baş ve bedenin hareketini ve dengede kalmasını evrendeki boşlukta sağlar, aynı zamanda bedenin yüzey ile dünya ilişkisindeki duruşuyla ilgilenir. İç salgı sistemi, nefes ve iç masaj etkisiyle vücudun denge ve zihin-beden bütünlüğü oluşturabilmesi için doğru nefesin iç salgı sistemiyle etkileşmesine odaklanır. Dokunma duyusu, deride bulunan reseptörlerin ve deri

altındaki konnektif dokuların dokunma algısından sorumlu olduğu bir duyudur (Kalkışım,2020).

Guidetti ve diğerkleri, inme sonrasında vücut farkındalığının azalabileceğini ve hastaların kendilerine yabancı hissedebileceklerini belirtmiştir (Guidetti ve ark., 2007). İnme hastalarında vücut farkındalığı; hareketleri, postüral kontrolü, dengeyi ve koordinasyonu etkileyerek, aktivitelerde sınırlamalara neden olabilir. Bu durum hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki performansını etkileyebilir (Ahn, 2018). İnme sonrası vücut farkındalığının azalması, hastaların motor fonksiyonları üzerinde önemli bir etkiye sahip olabilir (Ahn, 2018).

Vücut farkındalığı, inme sonrası postüral kontrol, denge, yürüme fonksiyonları ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık derecesi ile ilişkilidir (Bang, Cho, 2016).

2.13.EMOSYONEL DURUM

Uzun süreli bakım verme sağlık, sosyoekonomik durum, psikolojik durum gibi yaşam kalitesinin göstergeleri olan alanları etkileyen bir süreçtir. Bakım verenin yaşadığı yük, depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler gibi sonuçlar doğurur. Bakım vermenin psikolojik ve fizyolojik problemlerin gelişimi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir(Dunkin, Anderson-Hanley, 1998)

Depresyon bakım verme sürecinin ortaya çıkardığı, bakım verenlerin yaşam kalitelerini düşüren, işlevsel olarak kötüleşmelerine ve mortalitede artışa neden olan olumsuz sonuçlardan biridir(Stommel, Collins, 1994). Duygusal ve fiziksel yük bakım verenlerin daha fazla anksiyete ve depresyon yaşamalarına, sağlıklarının bozulmasına neden olmaktadır. Bakım verenin depresyonuna katkıda bulunan faktörler bakım verenin hastanın eşi olması, bakım veren ile hastanın önceki ilişkileri, bakım verenin sağlık problemleri gibi durumlar olarak

belirlemişlerdir(Schulz, Beach, 1999). Anksiyete ve depresyonun bakım saati ile doğrudan, boş zaman aktiviteleri ve eğitim düzeyi ile tersine bir ilişkisi olduğu gösterilmiştir (Macneil, Kosberg, Durkin, Dooley, Decoster, Williamson, 2010). Uzun süre bakım sunmadan kaynaklanan gerginlik hem bakım veren hem de hastanın sağlığında olumsuz sonuçlar doğurur. Bakım yükünün ortaya çıkardığı olumsuz etkiler, kişiden kişiye değiştiği gibi, toplumlar arasında da değişiklik gösterir.

Bakım verenlerin yaşam koşullarının karmaşıklığı dikkate alındığında, hem psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarını hem de fiziksel gereksinimlerini ele alarak bütüncül destek sağlamak oldukça önemlidir. Bu gereksinimler, bakım verenlerin psiko-sosyal yönlerini etkileme eğilimindedir. Bakım verenlerin depresyon seviyeleri, bakım vermeyenlere veya genel popülasyona göre daha yüksek olabilir. Bu durum, bakım verenlerin depresyonla damgalanma veya utanç gibi endişeleri olduğundan dolayı sağlık hizmetlerine başvurmaktan çekinmelerine neden olabilir. Bu durum, bakım verenleri intihar, depresyon veya bakım alanlarına yönelik şiddet riski altında bırakabilir (Kamel, Bond, Erika, 2012).

3.YÖNTEM

3.1. Çalışma Yeri, Tarihi, Evren ve Örneklemi

3.1.1. Çalışmanın Yeri ve Tarihi

Bu çalışma Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı'ndan Şubat 2022-Haziran 2023 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

3.1.2. Çalışmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmaya yukarıda belirtilen klinikte nörolojik problemi olan hastalara bakım vermekte olan 18-65 yaş aralığındaki dâhil edilme kriterlerine uygun bakım veren gönüllü bireyler dahil edilmiştir. Benzer yaşlardaki dahil edilme kriterlerine uygun bakım verme görevi olmayan bireyler kontrol grubu olarak alınmıştır..

Çalışmamızda yatarak ve ayaktan tedavi edilmekte olan nörolojik problemlili bireylerÇalışmanın gerçekleştirilmesi için Ege Üniversitesi'nde yatarak ve ayaktan tedavi edilmekte olan tüm nörolojik problemi olan hastaların çalışmamızda yer alabilmeleri için Ege Üniversitesi'nden izin alınmıştır (Ek-1).Bu çalışma için Biruni Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığından 28.07.2022 tarihli 2022/72-05 karar numaralı etik kurul onayı (Ek-2) alınmıştır.

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde, Beck Depresyon Skalası değerleri kullanılarak (Günel, 2014), G-Power 3.1programı ile %95 güç ve %5 hata payı durumunda araştırma grubunda 48 ve kontrol grubunda 48 kişi toplamda 96 kişinin olması gerektiği belirlenmiştir. Örneklem hacmi sağlandığında ise veri toplamaya son verilmiştir. Örneklem grubu için toplam yeterli sayı elde edildikten sonra 24 kişi daha çalışmaya dahil edilmiştir. Sonuç olarak, minimum örneklem sayısından (n:96 kişi) az olmayacak şekilde, çalışma toplam 120 katılımcı ile (60 bakım veren/ 60 bakım vermeyen) tamamlanmıştır.

Katılımcılar ile yüz yüze görüşme yapılmak suretiyle çalışmaya katılıp katılamayacakları sorulmuş ve çalışmaya katılmayı kabul edenlere gönüllü onam formu imzalatılmıştır(Ek-3).

3.2. Çalışmaya Dâhil Edilme ve Hariç Tutulma Kriterleri

3.2.1. Dâhil Edilme Kriterleri (Bakım Verenler için):

- Erişkin nörolojik hastalığı olan bireye (Multiple Skleroz, Alzheimer, Demans, Parkinson, İnme vb.) en az 6 ay bakım veriyor olmak
- 18-65 yaş arası araştırmaya katılmaya gönüllü kadın ve erkekler
- Ücretsiz bakım verenler

3.2.2. Hariç Tutulma Kriterleri (Bakım Verenler için):

- Ücretli bakım verenler
- Ortopedik, psikiyatrik, nörolojik ve onkolojik tanı almış ve tedavisi devam edenler

3.2.3.Dâhil Edilme Kriterleri(Hastalar için):

- En az 6 aydır nörolojik hastalığı olan birey (Multiple Sklerosis, Parkinson, İnme, Spinal Kord Yaralanmaları.)
- 18-65 yaş arası araştırmaya katılmaya gönüllü kadın ve erkekler

3.2.4.Hariç Tutulma Kriterleri(Hastalar için):

- Ortopedik, psikiyatrik, onkolojik tanı almış ve tedavisi devam edenler

3.2.5.Dâhil Edilme Kriterleri(Bakım Verme Görevi Olmayanlar, Kontrol grubu için):

- 18-65 yaş arası araştırmaya katılmaya gönüllü kadın ve erkekler

3.2.6.Hariç Tutulma Kriterleri(Bakım Verme Görevi Olmayanlar, Kontrol grubu için):

- Ortopedik, psikiyatrik, nörolojik ve onkolojik tanı almış ve tedavisi devam edenler

3.3. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmacı, yukarıda belirtilen katılımcılara araştırmanın amacını ve kullanılacak gereçleri açıklamıştır.

Çalışmada Ek 4-5 de sunulan formlar ile bakım veren ve vermeyen bireylerin sosyodemografik verileri kayıt edilmiştir. Hastalara bakım veren bireylerin bakmakta oldukları hastaların durumlarını belirlemek için Ek-6' te sunulan form kullanılmıştır. Hastaların durumları belirlemekte kullanılan ölçekler Ek 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15' de sunulmuştur.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu (Bakım Veren/ Bakım Verme Görevi Olmayanlar için) (EK-4)

Çalışmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerini sosyo-demografik veri formu kullanılarak kaydedilmiştir. Bakım veren ve vermeyen katılımcıların demografik özellikleri, cinsiyetleri, yaşları, eğitim durumları, meslekleri, medeni durumları, bakım verme süresi gibi özellikleri sorgulanmıştır.

3.4.2. Sosyodemografik Bilgi Formu (Hastalar için) (EK-5)

Çalışmaya katılan hastaların demografik özelliklerini sosyo-demografik veri formu kullanılarak kaydedilmiştir.

3.4.3. Hastalar İçin Klinik Veri Formu (EK-6)

Çalışmaya katılan hastaların hastalık süresi, hastalık teşhisi, ek hastalıkları, düşme öyküsü, devam eden tedavi yöntemleri özellikleri sorgulanmıştır.

3.4.4.Hoehn And Yahr Skalası (Ek-7)

Parkinson Hoehn ve Yahr Evrelemesi 1967 yılında Margaret M. Hoehn ve Melvin D. Yahr tarafından geliştirilmiş olan, Parkinson hastalığını beş evreye göre inceleyen bir ölçektir. İlerlemiş safha, artmış evreye işarettir (Saygılı,2019).

3.4.5.Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği (EDSS) (EK-8)

Multipl skleroz hastalarının değerlendirilmesinde yaygın biçimde kullanılan XXXIII ve iyi tanımlanmış bir ölçektir. EDSS puanı MS'de kötüleşmeye karşılık gelecek biçimde artar. 0 – 10 arasında 20 basamaktan oluşur. EDSS basamakları 1.0–4.0 arasında 7 fonksiyonel sistem (FS) temel alınarak yapılan sorgulama ve nörolojik muayene bulgularını birleştirilmesi ile belirlenir.(Polman vd.2005)

3.4.6.ASIA (Amerikan Spinal Yaralanma Derneği) Skorlaması (EK-9)

ASIA tarafından geliştirilen ve en son 2011'de revize edilen standartların bir parçası olan değerlendirme formu, Türkçe'ye çevrilmiştir. Bu form, vücuttaki hafif dokunma ve iğne duyusunun 28 dermatomda değerlendirildiği, duyu ve motor seviyeleri, nörolojik lezyon seviyeleri, komplet/incomplet lezyon ayrımı ve ASIA Bozukluk Skalası sonuçları gibi faktörlerin değerlendirildiği bir ön kısım içerir. Arkada yer alan kısımda ise motor değerlendirmede kullanılan kas fonksiyonu derecelendirmesi, ABS ve sınıflandırma basamaklarına ait bilgiler bulunmaktadır (Gündüz, Erhan, 2011).

3.4.7.Brunnstrom Evrelemesi (EK-10)

Brunnstrom evrelemesi, inmeli hastaların motor gelişimini değerlendirmek için kullanılan bir testtir ve motor gelişimi altı evrede tanımlar. En düşük istemli hareketin olmadığı "flask dönem evre 1" ile izole hareketlerin varlığını belirten "evre 6" arasında değerlendirme yapılır. Üst, alt ekstremiteler ve eller ayrı ayrı değerlendirilir (Hantal A. ve ark., 2014).

3.4.8.Vücut Farkındalığı Ölçeği (VFA) (EK-11)

Katılımcıların beden farkındalığı Shields tarafından geliştirilen Body Awareness Questionnaire (BAQ) ile değerlendirildi. Türkçeye uyarlaması Karaca

(2017) tarafından yapılmış “Vücut Farkındalığı Anketi” kullanılmıştır. Anket dört alt ölçekten (Tepki veya Vücut Sürecindeki Değişiklikleri Not Edin, Vücut Tepkisini Tahmin Edin, Hastalığın Başlangıcı ve Uyku-Uyanma Döngüsü) ve toplam 18 maddeden oluşur (Shields ve ark.1989). Anket “Benim için doğru değil”(1) ve “Benim için tamamen doğru”(7) aralığında 7’li likert tipindedir.

3.4.9.Beck Depresyon İndeksi (BDİ) (EK-12)

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve Türkçe'ye uyarlanmış bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach alfa değeri Ulusoy ve ark. tarafından 0.93 olarak hesaplanmıştır.Ölçek, 0-3 aralığında puanlama ile 21 sorudan oluşur ve 0-13 arasındaki değerler depresyonun derecesini belirtir (Hantal Doğu, Büyükavcı ve ark., 2014).21 maddeden oluşur, 0-3 aralığında puan verilir ve yüksek puanlar anksiyetenin fazlalığına işaret eder (Canan, Ataoğlu, 2010).

3.4.10.Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ)(EK-13)

Bireyin günlük yaşamda temel fiziksel ve bilişsel aktivitelerindeki bağımsızlık derecesini göstermektedir. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği 18 sorudan oluşmaktadır ve temel olarak 2 parametrede ölçüm yapmaktadır: 1) fiziksel/motor fonksiyon, 2) bilişsel/kognitif fonksiyon. Her madde 7 seviyede (1-7) puanlanmaktadır, ‘seviye 1’ tam yardımı, ‘seviye 7’ ise tam bağımsızlığı ifade etmektedir. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği toplam puanı 18-126 puan arasındadır. Bireyin aldığı puan ne kadar yüksek olursa bağımsızlık düzeyi de o kadar yüksek anlamına gelmektedir. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği’in topluma adaptasyon çalışması 2005 yılında yapılmıştır (Küçükdeveci, 2005).

3.4.11.Modifiye Lawton-Brody Enstrümental GYA Ölçeği (MLB/EGYA) (EK-14)

Telefon kullanma, yemek hazırlama, alış veriş yapma, günlük ev işlerini yapma, çamaşırları yıkama, ulaşım aracına binebilme, ilaçları kullanabilme ve para idaresi ile ilgili bilgileri içeren sekiz sorudan oluşmaktadır. Birey aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa üç puan, yardım alarak yapıyorsa iki puan, hiç yapamıyorsa bir puan verilerek değerlendirme yapılmıştır. EGYA da; 0-8 puan “bağımlı”, 9-16 puan “yarı bağımlı”, 17-24 puan “bağımsız”, olarak değerlendirilmiştir (Aydın, Ersoy, Baştürk, 2009)

3.4.12.BAKAS Bakım Verme Etki Ölçeği (EK-15)

Bakım verenlerin yaşantılarını bakım verme sürecinin başlaması ile nasıl değiştiğini değerlendirmek amacıyla 1994 yılında Bakas tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 16 maddeden oluşmakta, 16 madde bakım vermenin olumlu ve olumsuz yaşantı değişikliklerini en iyi yönde (+3) ve en kötü yönde (-3) olmak üzere değerlendirmektedir (min. 15, max. 105). Alt boyutları bulunmayan ölçekten alınan toplam puan arttıkça “iyi yönde değişim”, azaldıkça “kötü yönde değişim” yorumu yapılmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Can ve Cavlak tarafından 2010 yılında yapılmış ve çalışmada ölçeğin iç tutarlılık sayısı 0.90, test-tekrar test güvenirliği ise 0.961 olarak bulunmuştur.(Akyar, Korkmaz, Atakul, 2017).

3.5.İstatistiksel Analiz

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi, IBM Statistical Package for Social Science Statistics (SPSS) 15.0 istatistik paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir.

Verilerin analizini yaparken, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak; nitel parametrik değişkenlerde birim sayısı (n) ve yüzde oranı (%); nicel parametrik değişkenlerde aritmetik ortalama ($\bar{X}$) ve standart sapma (SD) değerleri kullanılmıştır.

Kategorik/nitel değişkenlerin karşılaştırılmasında, verilerin uygunluğuna göre “Pearson Chi-square” (Ki-kare veya χ^2) testi kullanılmıştır.

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Normal dağıldığı tespit edilen nicel değişkenler için parametrik testler, normal dağılmadığı tespit edilen nicel değişkenler için ise parametrik olmayan testler kullanılmıştır. Parametrik nicel değişkenlerde “Independents-Sample T Test” veya “One-Way ANOVA” testleri, parametrik olmayan nicel değişkenlerde ise “Mann-Whitney U” veya “Kruskal-Wallis H” testleri uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan korelasyon analizinde, “Pearson” korelasyon katsayıları hesaplanmıştır.

Tüm istatistiksel analizlerde “Güven Aralığı” (Confidence Interval veya CI) %95 ve $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Tablo 4.1.'de, çalışmaya dâhil edilen hastaların cinsiyetlerine göre tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Hastaların %40,0'ını (n=24) lise mezunları, %33,3'ünü (n=20) ilkokul mezunu oluşturmaktadır. Hastaların %66,7'i (n=40) medeni durumlarının evli olduğu bulunmuştur. Hastaların %73,3'ü (n=44) gibi bir çoğunluğunun inmeden dolayı hastalığı teşhis edilmiştir. Hastaların %80,0'i (n=48) fizik tedavi yöntemi ile tedavi sürecine devam etmektedir. Hastaların %38,3'ünün (n=23) ek bir hastalığı bulunmazken, %38,3'ünün (n=23) hipertansiyonu bulunmaktadır. Hastaların %61,7'sinde (n=37) hastanın düşme öyküsü bulunurken, %38,3'ünün (n=23) düşme öyküsü bulunmamaktadır. Hastaların %48,4'ü (n=29) mobiliteye yardımcı cihaz olarak baston kullanırken, %33,3'ü (n=20) tekerlekli sandalye kullanmakta olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.1.'de, çalışmaya dâhil edilen hastaların cinsiyetlerine göre tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması Ki-kare analizi ile yapılmıştır. Yapılan analiz cinsiyet ile tanımlayıcı özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (p>0,05).

Tablo 4. 1. Hastaların Cinsiyetlerine Göre Tanımlayıcı Özellikleri

Değişken		Erkek (n=32)		Kadın (n=28)		Toplam (n=60)		X ²	P*
		N	%	N	%	N	%		
Eğitim Durumu	Okur Yazar	-	-	3	10,7	3	5,0	5,926	0,205
	İlköğretim	13	40,6	7	25	20	33,3		
	Ortaokul	2	6,3	3	10,7	5	8,3		
	Lise	14	43,8	10	35,7	24	40,0		
	Üniversite ve Üstü	3	9,4	5	17,9	8	13,3		
Medeni Durumu	Bekar /Hiç Evlenmemiş	5	15,6	3	10,7	8	13,3	5,458	0,141
	Evli	24	75,0	16	57,1	40	66,7		
	Boşanmış	1	3,1	1	3,6	2	3,3		
	Eşi Vefat Etmiş	2	6,3	8	28,6	10	16,7		
Hastalığının Teşhisi	İnme	22	68,8	22	78,6	44	73,3	12,790	0,077
	Post Polio Sendromu	1	3,1	-	-	1	1,7		
	Cerebral Palsi	2	6,3	-	-	2	3,3		
	ALS**	1	3,1	-	-	1	1,7		
	Spinal Kord Yaralanması	1	3,1	3	10,7	4	6,7		
	Guillain Barre Sendromu	-	-	1	3,6	1	1,7		

Parkinson	5	15,6	-	-	5	8,3		
Multipl Skleroz	-	-	2	7,1	2	3,3		

Tablo 4.1. (devamı): Hastaların Cinsiyetlerine Göre Tanımlayıcı Özellikleri

	Fizik Tedavi	25	78,1	23	82,1	48	80,0		
Devam Eden Tedavi Yöntemleri	Dil ve Konuşma Terapisi	-	-	1	3,6	1	1,7		
	Fizik Tedavi / Dil ve Konuşma Terapisi	3	9,4	1	3,6	4	6,7	2,160	0,706
	Fizik Tedavi /Dil ve Konuşma Terapisi / Ergoterapi	2	6,3	2	7,1	4	6,7		
	Fizik Tedavi / Ergoterapi	2	6,3	1	3,7	3	5,0		
	Yok	15	46,9	8	28,6	23	38,3		
	Hipertansiyon	10	31,3	13	46,4	23	38,3		
	Diabetes Mellitus	1	3,1	1	3,6	2	3,3		
	Koroner Arter Hastalıkları	1	3,1	-	-	1	1,7		
Komorbit Hastalık Varlığı	Hipertansiyon+Pulmoner Hastalık	-	-	1	3,6	1	1,7	8,292	0,505
	Hipertansiyon+Diabetes Mellitus	3	9,4	3	10,7	6	10,0		
	Hipertansiyon+Diabetes Mellitus+Koroner Arter	-	-	1	3,6	1	1,7		
	Hipertansiyon+Diabetes Mellitus+Ortopedik	-	-	1	3,6	1	1,7		
	Hipertansiyon+Koroner Arter	1	3,1	-	-	1	1,7		
	Diabetes Mellitus+Koroner Arter	1	3,1	-	-	1	1,7		
Düşme Öyküsü	Var	18	56,3	19	67,9	37	61,7	0,851	0,356
	Yok	14	43,7	9	32,1	23	38,3		
	Kullanmıyor	2	6,3	1	3,6	3	5,0		
Kullanılan Yardımcı Mobilite Cihazları	Baston	14	43,8	15	53,6	29	48,4	3,919	0,417
	Tekerlekli Sandalye	13	40,6	7	25,0	20	33,3		
	Yürüteç	3	9,4	3	10,7	6	10,0		
	Kanedyen	-	-	2	7,1	2	3,3		

*Ki-Kare Analizi ;** ALS:Amyotrofik Lateral Skleroz

Tablo 4. 2. İnmeli Bireyleri Cinsiyetlerine Göre Brunnstrom Evreleri

Brunnstrom Evrelemesi		Erkek (n=22)		Kadın (n=22)		Toplam (n=44)		χ ²	p*
		N	%	N	%	N	%		
Alt ekstremit	1	0	0	0	0	0	0	7,381	0,117
	2	9	40,9	3	13,6	12	27,3		
	3	2	9,1	2	9,1	4	9,1		
	4	1	4,5	2	9,1	3	6,8		
	5	-	-	4	18,2	4	9,1		
	6	10	45,5	11	50,0	21	47,7		
Üst Ekstremit	1	1	4,5	0	0	1	2,3	5,89	0,65
	2	5	22,7	6	27,3	11	25		
	3	2	9,1	2	9,1	4	9,1		
	4.a	1	4,5	1	4,5	2	4,5		
	4.b	0	0	1	4,5	1	2,3		
	4.c	2	9,1	2	9,1	4	9,1		
	5.a	0	0	0	0	0	0		
	5.b	0	0	2	9,1	2	4,5		
	5.c	4	18,2	1	4,5	5	11,4		
	6	7	31,8	7	31,8	14	31,8		
	7	0	0	0	0	0	0		
El	1	4	18,2	1	4,5	5	11,4	8,82	0,11
	2	7	31,8	4	18,2	11	25		
	3	1	4,5	1	4,5	2	4,5		
	4	0	0	6	27,3	6	13,6		
	5	6	27,3	5	22,7	11	25		
	6	4	18,2	5	22,7	7	20,5		

*Ki-Kare analizi

Tablo 4,2.'de, çalışmaya dâhil edilen hastaların cinsiyetlerine göre brunnstrom evrelemesinin tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Hastaların %47,7'sinin (n=21) brunnstrom evrelemesinin alt ekstremitelerinin 6. evre olduğu, %27,3'ünün (n=12) brunnstrom evrelemesinin 1. evrelemede olduğu bulunmuştur. Hastaların %31,8'sinin (n=14) brunnstrom evrelemesinin üst ekstremitelerinin 6.evre olduğu, %2,3'ünün (n=1) brunnstrom evrelemesinin 1.evrelemede olduğu bulunmuştur. Hastaların %25 'inin (n=11) brunnstrom elin motor evrelemesinin 2.evre olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.2.' de, çalışmaya dâhil edilen hastaların cinsiyetlerine göre brunnstrom evrelemesinin tanımlayıcı özelliklerinin karşılaştırılması Ki-kare analizi ile yapılmıştır. Yapılan analiz cinsiyet ile brunnstrom evrelemesinin tanımlayıcı özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4. 3.Multiple Sklerosisli Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği Dağılımları

Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği Seviye	Erkek (n=0)		Kadın (n=2)		Toplam (n=2)	
	n	%	N	%	N	%
0.0	0	0	0	0	0	0
0.5	0	0	0	0	0	0
1.0	0	0	0	0	0	0
1.5	0	0	0	0	0	0
2.0	0	0	0	0	0	0
2.5	0	0	0	0	0	0
3.0	0	0	0	0	0	0
3.5.	0	0	0	0	0	0
4.0	0	0	0	0	0	0
4.5.	0	0	0	0	0	0
5.0	0	0	0	0	0	0
5.5	0	0	0	0	0	0
6.0	0	0	0	0	0	0
6.5	0	0	1	50	1	50
7.0	0	0	0	0	0	0
7.5	0	0	0	0	0	0
8.0	0	0	0	0	0	0
8.5	0	0	1	50	1	50
9.0	0	0	0	0	0	0
9.5	0	0	0	0	0	0
10.0	0	0	0	0	0	0

Tablo 4.3. 'de, çalışmaya dâhil edilen Multiple Sklerosis tanılı hastaların cinsiyetlerine göre Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeğinin tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Hastaların %50'sinin (n=1) Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeğinde 6,5 skor olduğu, %50'ünün (n=1) Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeğinde 8,5 skor olduğu bulunmuştur.

Tablo 4. 4.Spinal Kord Yaralanmalı Bireylerin Cinsiyetlerine Göre ASIA Skorlarının Dağılımları

ASIA Skalası	Erkek (n=2)		Kadın (n=2)		Toplam (n=4)	
	N	%	n	%	N	%
A	2	50	0	0	2	50
B	0	0	0	0	0	0
C	0	0	0	0	0	0
D	0	0	2	50	2	50
E	0	0	0	0	0	0

Tablo 4.4.'de, çalışmaya dâhil edilen Spinal Kord Yaralanması tanılı hastaların cinsiyetlerine göre ASIA Skalasının tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Hastaların %50'sinin (n=2) ASIA Skalasında A skoru olduğu, %50'ünün (n=2) ASIA Skalasında D skoru olduğu bulunmuştur.

Tablo 4. 5.Parkinsonlu Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Hoehn and Yahr Skorlarının Dağılımları

Evre	Erkek (n=5)		Kadın (n=0)		Toplam (n=5)	
	n	%	N	%	N	%
1	0	0	0	0	0	0
1.5	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0
2.5	0	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0
4	3	60	0	0	3	60
5	2	40	0	0	2	40

Tablo 4.5.'de, çalışmaya dâhil edilen Parkinson tanılı hastaların cinsiyetlerine göre Hoehn and Yahr Skalasının tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Hastaların %60'ını (n=3) Hoehn and Yahr Skalasında 4.evre olduğu, %40'ının (n=2) Hoehn and Yahr Skalasının 5.evre olduğu bulunmuştur.

Tablo 4. 6.Hastaların Ambulatuvar Seviyelerine Göre Dağılımları

Hastalık	N	Ambulatuvar Seviyesi	
		Ambulatuvar	Non-Ambulatuvar
Guillain Barre Sendromu	1	1	0
Serebral Palsi	2	2	0
Post Polio Sendromu	1	1	0
Amyotrofik Lateral Skleroz	1	1	0

Tablo 4.6.'da, çalışmaya dahil edilen Guillain Barre Sendromu, Serebral Palsi, Post Polio Sendromu, Amyotrofik Lateral Skleroz tanılı hastaların ambulatuvar seviyeleri verilmiştir. Bu gruptaki hastaların %100'ü ambulatuvar seviyesinde olduğu bulunmuştur.

Tablo 4. 7. Bakım veren bireylerin yaş, bakım verme süreleri ve ölçümsel değişkenlerin ortalama ve standart sapma değerleri (N:60)

Değişken	Min.*	Maks.**	$\bar{X} \pm SD$
Yaş, yıl	19,00	65,00	47,65 $\pm$ 12,11
Bakım verme süresi, yılı	1,00	33,00	4,91 $\pm$ 5,87
Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri	4,00	7,00	5,25 $\pm$ 0,72
Günlük Yaşam Aktiviteleri	69,00	126,00	107,78 $\pm$ 15,31
Vücut Farkındalığı	48,00	120,00	84,56 $\pm$ 16,97
Depresyon	5,00	40,00	21,46 $\pm$ 7,43
Bakım Yüğü	-28,00	-2,00	-12,20 $\pm$ 5,73

*Min:minimum; **Maks:Maksimum

Tablo 4,7.'da, çalışmaya dâhil edilen bakım veren bireylerin (n=60) yaş, bakım verme süreleri ve ölçümsel değişkenlerin ortalama ve standart sapma değerleri verilmiştir. Bakım veren bireylerin 18-65 yaş arasında, yaş ortalaması değeri 47,65 ve standart sapma değerleri ise 12,11 olduğu bulunmuştur. Bakım veren bireylerin bakım verme süreleri 1,00-33,00 arasında, bakım verme sürelerinin ortalama değeri 4,99 ve standart sapma değeri ise 5,87 olduğu bulunmuştur. Bakım veren bireylerin Enstrümantal günlük yaşam aktivitelerine göre min.- mak. değerleri 4.00-7.00, ortalama değeri 5.25 ve standart sapma değeri 0,72 olduğu bulunmuştur. Günlük yaşam aktivitelerine min.-maks. değerleri 69,00-126,00, ortalama değeri 107,78 ve standart sapma değeri 15,31 olduğu bulunmuştur. Vücut Farkındalığına göre min.-maks. değerleri 48.00-120,00 arasında, ortalama değeri 84,56 ve standart sapma değeri ise 16,97 olduğu bulunmuştur. Depresyonlarına göre min.-maks. değerleri 5,00-40,00 arasında, ortalama değeri 21,46 ve standart sapma değeri 7.43 olduğu bulunmuştur. Bakım yüküne göre min.-maks. değerleri -28,00- -2,00, ortalama değeri -12,20 ve standart sapma değeri 5.73 olduğu bulunmuştur.

Tablo 4. 8.Bakım Verenlerin Bakım Süreleri

			N	%
BAKIM VERME SÜRESİ	Tam Gün	1.00	54	90.0
	Sadece Gündüzleri	2.00	4	6.7
	Sadece Geceleri	3.00	2	3.3
		Total	60	100.0

Tablo 4.8.'de çalışmaya katılan bakım verenlerin bakım verme süreleri verilmiştir. Tam gün bakım verenlerin sayısı 54 kişi, yüzdesi ise %90 olduğu bulunmuştur. Sadece gündüzleri bakım verenlerin sayısı 4 kişi, yüzdesi ise %6,7 olduğu bulunmuştur. Sadece geceleri bakım verenlerin sayısı 2 kişi,yüzdesi ise %3.3 olduğu bulunmuştur.

Tablo 4. 9.Bakım Veren ve Bakım Verme Görevi Olmayan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Değişken		Bakım Veren Bireyler		Bakım Verme Görevi Olmayan Bireyler		X ²	p*
		N	%	N	%		
Cinsiyet	Erkek	19	31,7	29	48,3	3,472	0,062
	Kadın	41	68,3	31	51,7		
Eğitim Durumu	Okur Yazar	7	11,7	-	-	30,472	<0,001
	İlköğretim	13	21,7	5	8,3		
	Ortaokul	2	3,3	1	1,7		
	Lise	24	40,0	11	18,3		
	Üniversite ve Üstü	14	23,3	43	71,7		
Medeni Durumu	Bekar/Hiç Evlenmemiş	12	20,0	29	48,3	11,971	0,003
	Evli	46	76,7	31	51,7		
	Eşi Vefat Etmiş	2	3,3	-	-		
Yaşanılan Yer	Büyükşehir	30	50,0	27	45,0	3,758	0,153
	Şehir	27	45,0	33	55,0		
	Köy	3	5,0	-	-		
Meslek	Emekli	12	20,0	19	31,7	18,553	<0,001
	Çalışan Emekli	3	5,0	-	-		
	Beyaz Yakalı	9	15,0	5	8,3		
	Çalışan	4	6,7	18	30,0		
	Mavi Yakalı	4	6,7	18	30,0		
	Çalışan	32	53,3	18	30,0		
	Çalışmayan						

*Ki-Kare analizi

Tablo 4.9.'de, çalışmaya dahil edilen hastalara bakım veren bireylerin ve bakım verme görevi olmayan bireylerin tanımlayıcı özellikleri karşılaştırılması Ki-kare analizi ile yapılmıştır. Yapılan analiz bakım veren bireylerin ve bakım vermeyen bireyler ile tanımlayıcı özelliklerinden eğitim durumu, medeni durum ve mesleği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur (p<0,05).

Tablo 4. 10. Bakım veren ve Bakım verme Görevi Olmayan Bireylerin Nicel Değişkenlerinin Karşılaştırılması

Değişken	Bakım Veren Bireyler		Bakım Verme Görevi Olmayan Bireyler	T	P
	n	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$		
Yaş,yıl	60	47,65±12,11	39,41±15,46	3,246	0,002
Günlük Yaşam Aktiviteleri	60	107,78±15,31	123,80±3,31	-7,918	<0,001
Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri	60	5,25±0,72	7,53±0,96	-14,634	<0,001
Vücut Farkındalığı	60	84,56±16,97	118,20±4,05	-14,924	<0,001
Emosyonel Durum	60	21,26±7,43	1,66±2,12	19,839	<0,001

*Bağımsız gruplarda t testi

Tablo 4.10.'da hastalara bakım veren bireylerin ve bakım verme görevi olmayan bireylerin tanımlayıcı özelliklerine göre karşılaştırılması bağımsız gruplarda t testi ile karşılaştırılmıştır. Yapılan analizde; hastalara bakım veren ve vermeyen bireylerin ölçeklerle karşılaştırılması sonucunda yaş, günlük yaşam aktiviteleri, enstrümental günlük yaşam aktiviteleri, vücut farkındalığı ve emosyonel durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bu parametreler durumundan saptanan anlamlı fark bakım verme görevi olmayan katılımcıların lehinedir.

Tablo 4. 11.Hastalara Bakım Veren Bireylerin Cinsiyetlerine Göre Değişken Özelliklerinin Karşılaştırılması

Bakım Veren		Erkek (n=19)		Kadın (n=41)		Toplam (n=60)		X ²	P*
		n	%	n	%	n	%		
Eğitim Durumu	Okur Yazar	1	5,3	6	14,6	7	11,7	3,061	0,548
	İlköğretim	5	26,3	8	19,5	13	21,7		
	Ortaokul	-	-	2	4,9	2	3,3		
	Lise	7	36,8	17	41,5	24	40,0		
	Üniversite ve Üstü	6	31,6	8	19,5	14	23,3		

Medeni Durumu	Bekar/Hiç Evlenmemiş	2	10,5	10	24,4	12	20,0		
	Evli	17	89,5	29	70,7	46	76,7	2,769	0,251
	Eşi Vefat Etmiş	-	-	2	4,9	2	3,3		
Yaşanılan Yer	Büyükşehir	7	36,8	23	56,1	30	50,0		
	Şehir	12	63,2	15	36,6	27	45,0	4,390	0,111
	Köy	-	-	3	7,3	3	5,0		
Meslek	Emekli	6	31,6	6	14,6	12	20,0		
	Çalışan Emekli	-	-	3	7,3	3	5,0		
	Beyaz Yakalı Çalışan	2	10,5	7	17,1	9	15,0	4,432	0,351
	Mavi Yakalı Çalışan	2	10,5	2	4,9	4	6,7		
	Çalışmayan	9	47,4	23	56,1	32	53,3		
Yakınlık Durumu	Eş	13	68,4	14	34,1	27	45,0		
	Çocuk	6	31,6	18	43,9	24	40,0		
	Torun	-	-	3	7,3	3	5,0	8,053	0,153
	Kardeş	-	-	4	9,8	4	6,7		
	Akraba	-	-	1	2,4	1	1,7		
	Komşu	-	-	1	2,4	1	1,7		

*Ki-Kare analizi

Tablo 4.11.'de, çalışmaya dâhil edilen hastalara bakım veren bireylerin cinsiyetlerine göre tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Hastalara bakım verenlerin %63,3'ünün (n=38) doğum yeri İzmir olduğu bulunmuştur. Hastalara bakım verenlerin %40,0'ı (n=33) lise mezunu iken, %23,3'ü (n=24) üniversite ve üstü eğitime sahiptirler. Hastalara bakım verenlerin %76,7'si (n=46) evli bireylerden oluşmaktadır. Hastalara bakım verenlerin %50,0'si (n=30) büyükşehirde yaşarken, %45,0'i (n=27) şehirde yaşamaktadır. Hastalara bakım verenlerin %53,3'ü (n=32) çalışmayan bireylerden oluşurken, %20,0'si (n=12) emekli bireylerden oluşmaktadır. Hastalara bakım verenlerin %45,0'i (n=27) yakınlık durumu eşleri iken, %40,0'ı (n=24) çocukları tarafından bakım verdiği bulunmuştur.

Tablo 4.11'de, çalışmaya dâhil edilen hastalara bakım veren bireylerin cinsiyetlerine göre tanımlayıcı özellikleri karşılaştırılması Ki-kare analizi ile yapılmıştır. Yapılan analiz bakım veren bireylerin tanımlayıcı özellikleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).



Tablo 4. 12.Hastalara Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Bakım Veren İşi Yapma Yılı, Bakım Süresi, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri, Vücut Farkındalığı, Emosyonel Durum, Bakım Yükü Arasındaki İlişki

		Yaş	Bakım Veren İşi Yapma Yılı	Bakım Verme Süresi	Günlük Yaşam Aktiviteleri	Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri	Vücut Farkındalığı	Emosyonel Durum	Bakım Yükü
Yaş, yıl	R*	-	0,197	-0,329	-0,527	0,132	-0,494	-0,494	-0,332
	P	-	0,131	0,011	<0,001	0,314	<0,001	<0,001	<0,001
Bakım Veren İşi Yapma Yılı	R*	0,197	-	0,018	0,104	0,207	-0,008	-0,154	0,099
	P	0,131	-	0,892	0,431	0,112	0,949	0,241	0,453
Bakım Verme Süresi	R*	-0,329	0,018	-	0,274	0,054	0,277	-0,248	0,203
	P	0,011	0,892	-	0,034	0,681	0,032	0,056	0,119
Günlük Yaşam Aktiviteleri	R*	-0,527	0,104	0,274	-	0,481	0,768	-0,571	0,551
	P	<0,001	0,431	0,034	-	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri	R*	0,132	0,207	0,054	0,481	-	0,516	-0,467	0,382
	P	0,314	0,112	0,681	<0,001	-	<0,001	<0,001	<0,001
Vücut Farkındalığı	R*	-0,494	0,053	0,277	0,768	0,516	-	-0,723	0,688
	P	<0,001	0,489	0,032	<0,001	<0,001	-	<0,001	<0,001
Emosyonel Durum	R*	-0,494	-0,154	-0,248	-0,571	-0,467	-0,723	-	-0,905
	P	<0,001	0,241	0,056	<0,001	<0,001	<0,001	-	<0,001
Bakım Yükü	R*	-0,332	0,099	0,203	0,551	0,382	0,688	-0,905	-
	P	<0,001	0,453	0,119	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	-

*Pearson Korelasyon testi

Tablo 4.12.'de yaş, bakım veren işi yapma yılı, bakım verme süresi, günlük yaşam aktiviteleri, enstrümental günlük yaşam aktiviteleri, vücut farkındalığı ve emosyonel durum arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan analizde; yaş ile bakım verme süresi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,329$, $p=0,011$). Yaş ile günlük yaşam aktiviteleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,527$, $p<0,001$). Yaş ile vücut farkındalığı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,494$, $p<0,001$). Yaş ile emosyonel durum arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,350$, $p<0,001$). Yaş ile bakım yükü arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,332$, $p<0,001$). Bakım verme süresi ile günlük yaşam aktiviteleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,274$, $p=0,034$). Bakım verme süresi ile vücut farkındalığı arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,277$, $p=0,032$). Günlük yaşam aktiviteleri ile Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri arasında pozitif yönde anlamlı, vücut farkındalığı ile pozitif yönde anlamlı, emosyonel durum ile pozitif yönde anlamlı, bakım yükü ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,481$, $r=0,768$, $r=0,571$, $r=0,551$, $p<0,001$). Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ile vücut farkındalığı arasında pozitif anlamlı, emosyonel durum ile negatif yönde anlamlı, bakım yükü değeri ile pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,516$, $r=-0,467$, $r=0,382$, $p<0,001$). Vücut farkındalığı ile emosyonel durum arasında negatif yönde anlamlı, bakım yükü ile arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,723$, $r=0,688$, $p<0,001$). Emosyonel durum ile bakım yükü arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,905$, $p<0,001$).

Tablo 4. 13.Hastalara Bakım Verme Görevi Olmayan Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

Değişken		Erkek (n=29)		Kadın (n=31)		Toplam (n=60)		X2	P*
		N	%	N	%	N	%		
Eğitim Durumu	İlköğretim	2	6,9	3	9,7	5	8,3	1,249	0,741
	Ortaokul	-	-	1	3,2	1	1,7		
	Lise	6	20,7	5	16,1	11	18,3		
	Üniversite ve Üstü	21	72,4	22	71,0	43	71,7		
Yaş		29	39.20±17,14	31	39.61±13,98	60	39,41±15,46	-	0,920
Medeni Durumu	Bekar /Hiç Evlenmemiş	15	55,7	14	45,2	29	48,3	0,258	0,611
	Evli	14	48,3	17	54,8	31	51,7		
Yaşanılan Yer	Büyükşehir	13	44,8	14	45,2	27	45,0	0,001	0,979
	Şehir	16	55,2	17	54,8	33	55,0		
Meslek	Emekli	10	34,5	9	29,0	19	31,7	5,748	0,125
	Beyaz Yakalı Çalışan	2	6,9	3	9,7	5	8,3		
	Mavi Yakalı Çalışan	12	41,4	6	19,4	18	30,0		
	Çalışmayan	5	17,2	13	41,9	18	30,0		

*Ki-Kare analizi

Tablo 4.13.'de, çalışmaya dâhil edilen hastalara bakım verme görevi olmayan bireylerin cinsiyetlerine göre tanımlayıcı özellikleri verilmiştir. Hastalara bakım verme görevi olmayan bireylerin %53,3'ünün (n=32) doğum yeri Manisa, %28,3'ünün (n=17) doğum yeri İzmir olduğu bulunmuştur. Hastalara bakım verme görevi olmayan bireylerin %71,7'sinin (n=43) eğitim düzeyi üniversite ve üzeri iken, %18,3'ünün (n=11) eğitim düzeyi lisedir. Hastalara bakım verme görevi olmayan bireylerin %51,7'si (n=31) evli bireylerden, %48,3'ünün (n=29) bekar/ hiç evlenmemiş bireylerden oluşmaktadır. Hastalara bakım verme görevi olmayan bireylerin %55,0'i (n=33) şehirde yaşarken, %45,0'i (n=27) büyükşehirde yaşamaktadır. Hastalara bakım verme görevi olmayan bireylerin %30,0'u (n=18) mavi yakalı çalışırken, %30,0'u (n=18) çalışmayan bireylerden oluştuğu bulunmuştur.

Tablo 4. 14 Hastalara Bakım Verme Görevi Olmayan Bireylerin Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Yaş, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri, Vücut Farkındalığı, Emosyonel Durum Arasındaki İlişki

		Yaş,yıl	Günlük Yaşam Aktiviteleri	Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri	Vücut Farkındalığı	Emosyonel Durum
Yaş,yıl	r	-	-0,801	-0,617	-0,584	-0,705
	p	-	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Günlük Yaşam Aktiviteleri	r	-0,801	-	0,823	0,788	-0,811
	p	<0,001	-	<0,001	<0,001	<0,001
Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri	r	-0,617	0,823	-	0,960	-0,828
	p	<0,001	<0,001	-	<0,001	<0,001
Vücut Farkındalığı	r	-0,584	0,788	0,960	-	-0,792
	p	<0,001	<0,001	<0,001	-	<0,001
Emosyonel Durum	r	-0,705	-0,811	-0,828	-0,792	-
	p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	-

Korelasyon önemlilik düzeyi $p<0,01$

Tablo 4.14.'de yaş, günlük yaşam aktiviteleri, enstrümental günlük yaşam aktiviteleri, vücut farkındalığı ve emosyonel durum arasındaki ilişki Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Yapılan analizde; yaş ile günlük yaşam aktiviteleri arasında negatif yönde anlamlı, yaş ile enstrümental günlük yaşam aktiviteleri skoru arasında negatif yönde anlamlı, yaş ile vücut farkındalığı arasında negatif yönde orta ve anlamlı, yaş ile depresyon arasında negatif yönde orta ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,801$, $r=-0,617$, $r=-0,584$, $r=-0,705$ $p<0,001$). Günlük yaşam aktiviteleri ile enstrümental günlük yaşam aktiviteleri arasında pozitif yönde anlamlı, günlük yaşam aktiviteleri ile vücut farkındalığı arasında pozitif yönde anlamlı, günlük yaşam aktiviteleri ile emosyonel durum arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,823$, $r=0,788$, $r=-0,811$, $p<0,001$). Enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ile vücut farkındalığı arasında pozitif yönde anlamlı, enstrümental günlük yaşam aktiviteleri ile emosyonel durum arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,960$, $r=-0,828$, $p<0,001$). Vücut farkındalığı ile emosyonel durum arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,792$, $p<0,001$).



5.TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1.Tartışma

Bu çalışma nörolojik problemi olan bireylere bakım verenler ile bakım vermeyenlerin bakım yükü, günlük yaşam aktivite performansı, emosyonel durum ve vücut farkındalığı açısından karşılaştırmak ve bakım veren bireylerin günlük yaşam aktivite performanslarının, emosyonel durum ve vücut farkındalığı ile ilişkisini incelemek amacıyla planlanmıştır.

Herhangi bir nörolojik hastalığa sahip olan bireylere aileleri tarafından bakım hizmeti sağlanması, sağlık sisteminde yer alan en eski bakım yöntemlerinden biridir(Ören, 2016). Yaptığımız çalışmamıza çoğunluğunun eşlerden oluşmaktadır. Bakım verenlerin yakınlık derecelerinin ülkelere göre farklılık gösterdiği görülmüştür. Rinaldi ve arkadaşları yaptıkları çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun hastaların çocukları olduğunu, ikinci sırada eşlerinin geldiğini bulmuştur(Rinaldi, Spazzafumo, Mastroforti, 2005). Pang ve arkadaşları Tayvan’da hastalara daha çok eşlerinin, ABD ve Çin’de ise daha çok çocuklarının baktıklarını belirlemişlerdir(Pang, Chow, Cummings et al.2002)

Çalışmalar, bu hastaların bakımının büyük bir kısmının genellikle kadınlar tarafından üstlenildiğini göstermektedir. Bu durum, sosyokültürel yapı ile ilişkilidir ve genellikle erkeklerin dışarıda çalışması nedeniyle, bakım yükünün daha çok kadınlar arasında paylaşıldığını göstermektedir (Civil, 2018).Yaptığımız çalışmada da bakım veren bireylerin çoğunluğu kadın bireylerden oluştuğu saptanmıştır. Toplumsal rollerimiz nedeniyle toplumumuzda hasta bakımından, genellikle kadınlar sorumludur.

Hastanın bakım hizmetini hastanın aile ve yakınları üstlenir ve bu süreçte herhangi bir maddi karşılık ya da ücret talep edilmez (Ören, 2016). Ülkemizde bakım hizmeti olsa da kırsal kesimlerde çok yaygın değildir. Büyükşehirde yaşıyor olmak bakım hizmetine ulaşmayı kolaylaştırsada hastalara bakım verenler aile yakınlarından oluşmaktadır. Bakım hizmetlerinin ücretlerinin yüksek düzeyde olması tercih edilmemesinin nedenlerindendir. Hasta, ciddi bir hastalığa sahipse veya sürekli bakıma ihtiyaç duyuyorsa, uzun saatler veya gece nöbetlerinin gerektiği bir iş,

genellikle daha yüksek bir maaş talep edebilir. Nörolojik hastalığa sahip bireylerin bakımı da daha fazla zaman ve enerji gerektirebilir bu da bakıcının daha yüksek bir ücret almasını gerektirebilir. Bu yüzden bakım verenler daha çok eş ve yakınlarından oluşmaktadır.

Bakım veren yükü, bakım veren yaşıyla ters orantılıdır. Yapılan araştırmalar gençlerde bakım veren yükünün daha fazla olduğunu, bundan rahatsızlık duyulduğunu ve hastayı bir bakım kurumuna yatırma ihtimalinin yüksek olduğunu gösterir(Gordon, Perrone, 2004). Yaptığımız çalışmada yaş ile bakım yükü arasında negatif yönde anlamlı olduğu bulunmuştur. Genç olmayan bakım verenlerin genç yaştaki bakım verenlere göre bakım verme sorumluluğunu başka biriyle paylaşma olasılığının daha yüksek olması ve bu sayede bakım verme süresindeki azalma bakım yükünün azalmasını sağlayabilir.

Nörolojik bir probleme sahip olan bireylerin uzun süreli bakımı, ailedeki bakım veren için hayatındaki en zor deneyimlerden biri olabilir ve yeterli duygusal dengenin korunmasının çok zor olmasına neden olabilir. Sonuç olarak, ailelerindeki bakım veren yüksek derecede psikolojik sıkıntıya, özellikle de kaygı ve depresyona sahiptirler Özellikle, yüksek düzeyde bakım yükü yaşayan bakım verenler, yüksek bir psikolojik sıkıntıya sahiptir ve bakım vermeyenlere göre iki kat daha yüksek depresyon skorlarına sahiptirler(Simón, Bueno, Otero, Blanco, Vázquez, 2019).Yaptığımız çalışmada ise bakım yükü ve depresyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bakım verenlerin bakıcı rolü dışındaki rollerinden vazgeçmek durumunda olmaları, kendi sağlık durumlarını göz ardı etmeleri, artan üzüntü durumu sonucu ortaya çıkan bakım yükü ise depresyona neden olabilir.

Bakım verenler arasında ise kadınlarda daha fazla depresyon bulgusuna rastlanırken bunun nedenleri arasında genel toplumda kadınlarda daha yaygın görülmesi, kadınların hastanın kişisel bakımına daha fazla yardım etmeleri ve gün içerisinde daha uzun süre geçirmeleri sayılabilir (Kuzu, 2018)Yaptığımız çalışmada bakım verenler arasında erkeklerde daha fazla depresyon bulgusu görülmektedir. Toplumun getirdiği normlar dışında yeni bir role sahip olma, bakım verme ile ilgili yeterli bilgi ve becerisi olmaması ve bakım veren eğitime dâhil olmaması psikolojik olarak etkileyebilir.

Bakım verme, bir işi dengelemek ve aile üyelerine bakım sağlamak gibi bakım verenin işini ve aile mali durumunu etkiler. Bakımın maliyeti, bakım verenin yükünün temel göstergelerinden biridir. Bakım verenler genellikle sevdiklerine bakmak için tam zamanlı işten ayrılırlar(Lai,2012).Yaptığımız çalışmada bakım verenlerin %53,3'ünün çalışmadıklarını göstermiştir.

Bakım vermenin bakım veren üzerinde emosyonel distres ve diğer olumsuz sağlık problemlerine yol açtığını ve bu nedenle de bakım verenlerin emosyonel, fiziksel ve sosyal alanda gereksinimleri olduğunu göstermiştir. Hastanın hastalık süresi bakım yükünü şekillendiren etmenler arasında önemli etmen olarak değerlendirilmektedir(Ören,2016). Çeşitli hastalıklarda yapılan çalışmalar, bakım veren yükündeki artışla birlikte bakım verenin depresyon ve anksiyete olasılığının arttığını göstermektedir. Bu bakımın sağlanması, resmi olmayan bakım verenlerin yaşadığı, bakım vermeyenlerin katlanamadığı bir yük ile sonuçlanabilir. Bakım verenin yükü genellikle bakım verenin ihtiyaç duyduğu süre, yapılan işlerde zorluk ve bakım vermenin bir sonucu olarak yaşam tarzı değişiklikleri ile ölçülür (Denno vd.2013).Ancak yaptığımız çalışmada bakım veren bireylerin bakım verme işini yaptığı süre ile bakım yükü ve depresyon arasında anlamlı bir ilişki olmadığını göstermektedir. Uzun süredir bakım verme görevi olan bireylerin değişen yeni rolleri ve hayat rutinlerinde bozulan okupasyonel dengeyi tekrardan oluşturabildikleri için emosyonel durumları olumsuz yönde etkilemeyebilir.

Bakım verenlerin çalışan bireyler olması halinde bu kişiler iş hayatlarını ve aile hayatlarını aynı anda sürdürmeye çalışırlar. Yapılan araştırmalarda, bakım verenin kendi sosyo-ekonomik seviyesini iyi, orta veya kötü olarak ifade etmesinin, bakım yükünü belirlemede önemli bir faktör olduğu öne sürülmüştür (Ören, 2016).Çalışmamızdaki katılımcılardan mavi yakalı çalışan bakım veren bireylerin bakım yükünün diğer meslek gruplarına göre daha fazla olduğu belirlenmiştir. Mavi yaka mesleklerde çalışanlar fiziksel olarak zorlu görevleri üstlenebilirler. Genellikle uzun ve vardiyalı çalışma saatlerine rağmen, düşük gelir elde ederken ek iş yapmaya zorlanabilirler. Evde sosyal etkileşim sınırlanabilir ve aile ilişkileri zayıflayabilir. Bu durumda bakım yüküne artırabilir.

Bakım verenlerin temel ihtiyaçlarını ve günlük yaşam aktivitelerini daha iyi yerine getirenlerin, kaygı ve stres gibi psikolojik belirtileri daha az deneyimlendiği rapor edilmiştir. Bakım verenlerin duygusal zorluklarının en sık rastlananları stres ve kaygı artışıdır (zkan Tuncay, Kars Fertelli, 2019).Yaptığımız çalışmada bakım veren bireylerin ortalama 21 BD skoru sonucunda orta dereceleri depresyon ile günlük yaşam aktivite performansında azalan bağımsızlığın arasında negatif yönde anlamlı olduğu bulunmuştur. Nörolojik bir hastaya bakım verenlerin yaşadıkları hayatlarında değişiklikler olabilir. Bakım verenlerin öncelikleri değişebilir, serbest zaman, üretkenlik ve sosyal aktivitelerine katılımları kısıtlanabilir veya katılamayacak duruma gelebilirler. Bozulan okupasyonel performans, yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkileyerek bakım verenlerin emosyonel durumlarını olumsuz yönde etkileyebilir.

Bakım verenler, bakım vermeyenlere ve genel poplsyona göre daha yüksek depresyon seviyelerine sahiptir (Kamel, Bond, Fr, Erika, 2012).alışmamızda ise bakım veren bireylerin beck depresyon lği sonuçları bakım vermeyen bireylerin beck depresyon lği sonuçlarından oldukça yüksektir. Bu sonuç ikinci hipotezimizi doğrulamaktadır. Bakım veren aile bireyleri ani olarak hastalıkla karşılaştığında aile ilişkilerini hem de hasta ile ilişkisini etkileyen olumsuz durum ile karşı karşıya kalabilirler. Hastanın kaybından korkmak, ailedeki rollerin değişmesi ve yeniden düzenlenmesi ve ekonomik zorlukları da beraberinde getirebilir. Bu durum bakım verenlerde depresyon ve anksiyete riskini artırabilir.

Depresyon, yorgunluğu artırabilir, motivasyonu azaltabilir, bağımsızlığu kısıtlayabilir ve günlük yaşam aktivitelerinin kapasitesini azaltabilir. Bu durumda, bakım vermenin olumlu etkileri sınırlı kalır (Genç, Yuksel, Tokuc, Ucar, 2019).alışmamızda ise bakım veren bireylerin depresyonları ile günlük yaşam aktivite performansı arasında negatif yönde anlamlı ve bakım yükü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Bakım verme işinin bakım verenin yaşamına etkisi olumsuz problemlere neden olmaktadır. Bakım veren kişinin bakım rolü ve diğer rolleri arasında çatışma olabilir. Eğlence, alışma, sosyal aktiviteler ve sosyal ilişkilere ayrılan zaman azabilir ve değişen roller bakım yükünü ve depresyonu artırabilir.

Vücut farkındalığı yüksek bireylerin vücudunda meydana gelen değişimlerin farkına varması ve fark ettiği bu değişimleri değiştirmesi beklenir (Saylor, 2004). Aynı zamanda vücudunu fiziksel, ruhsal ve fizyolojik olarak iyi tanıyan bireylerin emosyonel durumlarının daha yüksek olduğu, depresyon semptomlarının daha az görüldüğü bildirilmiştir. Bununla beraber vücut farkındalığı yüksek olanların genel sağlık durumunun yüksek olduğu, bu bireylerin kendilerini duygusal olarak daha iyi hissettikleri belirtilmiştir (Gyllensten, Jacobsen ve Gard, 2019; Rivest-Gadbois ve Boudrias, 2019). Yaptığımız çalışmada bakım vermeyen bireylerin vücut farkındalığı ölçeği ile depresyon arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bakım veren bireylerin vücut farkındalığı sonuçlarının bakım vermeyen bireylere göre daha düşük olduğu gözlemlenmiştir. Bu sonucumuz ise üçüncü hipotezimizi doğrulamaktadır. Vücut farkındalığı, duyusal, algısal ve duygusal parametreleri kapsamaktadır. Bu yüzden emosyonel durum ile vücut farkındalığı arasında ilişki olabilir.

Bakım verenler, hastaya akut bakım ortamında gayri resmi bakım vermenin, taburculuk sonrası döneme göre daha yorucu olarak algılanabileceği konusunda çevresel ve kültürel etkilerden bağımsız olarak anlaşılmıştır. Daha yüksek eğitim düzeyi, algılanan yükte azalmayla sonuçlanan stresle başa çıkma stratejileri ile mantıklı olarak ilişkilendirilebilir (Akosile vd.,2018).Yaptığımız çalışmada ise bakım veren bireylerin bakım verme yükü ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir. Ancak bakım veren bireylerin orta dereceli depresyon belirtileri ile eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki görülmüştür. Eğitim, bireylerin emosyonel durumları için önemlidir. Kişilerin analiz etme, iletişim kurma, plan yapma, motivasyon gibi becerilerini de geliştirir. Kazandıkları bu beceriler, kişilerin hayat standardını yükseltebilir. Aldıkları eğitimle, kişiler maddi ve manevi olarak bağımsız olabilecekleri için kişilerin emosyonel durumlarını olumlu yönde etkileyebilir.

Bilişsel işlev düzeyi ve bakım verme saatleri, bakım verenin yüküyle doğrudan ilişkilidir. Ayrıca, aile içi ilişkiler ve bakım verme deneyimi, hasta faktörleri ile bakım verenin yükü arasındaki ilişkiye aracılık edebilir (Yu, Wang, He, Liang, Zhou, 2015).Yaptığımız çalışmada bakım veren bireylerin bakım verme süresi

ve bakım verme işini yapma yılının bakım yükü ile arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bakım verenin yeni düzene kısa sürede alışması, bakım verme sürecinde aile içindeki görev paylaşımları, aile ve sosyal çevrenin bakım vereni desteklemesi, bakım süresinin uzun olmasının bakım yükünün nedeni olmayabilir.

Depresyon atakları sırasında depresif bireylerin duruşlarının etkilendiğini ve vücut farkındalığının bir parçası olan beden imajlarından rahatsız olduklarını bildirmişlerdir (Gözgen, Kaygısız, 2022).Yaptığımız çalışmada bakım veren bireyler ve bakım vermeyen bireylerin depresyonları ve vücut farkındalıkları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Depresif bireylerde vücut farkındalığını oluşturan algısal, duyusal, duygusal, odaklama gibi parametrelerde problem yaşamaları kişilerin vücut farkındalıklarının azalmasına neden olabilir. Ayrıca yoğun olumsuz duygular, düşük özgüven, değersiz hissetme bireylerin kendilerinden rahatsız olmalarının nedeni olabilir.

Bakım verenlerin, sıkça karşılaştıkları duygusal zorluklar arasında stres ve kaygı artışı öne çıkar. Yakın bir akrabaya bakım verme, bakım verenin psikiyatrik ve fiziksel sorunlarla karşılaşmasına ve kaygı düzeylerinin artmasına neden olabilen oldukça stresli bir süreçtir ve bu durum süreç boyunca artabilir (Özkan Tuncay, Kars Fertelli, 2019). Depresyonla ilgili bağımsız değişkenler arasında, hastanın bakımı için gereken süre, bakım verme yoğunluğu ve düşük hane geliri yer almaktadır (Miyashita vd.,2009).Ancak bizim çalışmamızda bakım veren bireylerin bakım verme süresi ile depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı görülmektedir. Bu durumun ülkemizdeki kültürel faktörlerden etkilendiği düşünülebilir.

Bazı araştırmalar, bakım verenlerin bakım sorumlulukları nedeniyle ev içine sıkıştıklarını ve genellikle yalnızlık hissi yaşadıklarını göstermiştir. Bakım verenler, çoğunlukla hobilerinden vazgeçmek zorunda kalmış ve sosyal etkinliklere ayırdıkları zamanı azaltmışlardır. Yaptığımız çalışmada ise bakım veren bireylerin günlük yaşam aktivite performanslarının bakım verenlere göre daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç ise birinci hipotezimizi doğrulamaktadır. Nörolojik problemleri olan hastanın hastalığın uzun sürmesi veya hastane de yatış sürelerinin uzunluğu, hastaya karşı kendilerini suçlu hissetmeleri sonucunda sosyal hayatta

katılımlarında azalama meydana gelmektedir. Bu durumda bakım verenlerin hastayı yalnız bırakmama düşüncesi ile günlük yaşam aktivitelerine katılımı olumsuz yönde etkiler.

Çalışmaya gönüllü olarak katılan katılımcıların sayısının az olması çalışmamızın bir limitasyonudur. Nörolojik hastalıkların dağılımlarının birbirine eşit olmaması ve çalışmaya dâhil edilen hastaların çoğunluğunun inmeli bireylerden oluşması bir diğer limitasyonudur.



5.2.Sonuç

1.Çalışmamızda nörolojik problemlili bireylere bakım veren bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar nedeniyle bakım yüklerinin yüksek olduğu belirlenmiştir.

2.Çalışmamızdaki bakım verme görevi olan bireylerin bakım verme görevi olmayan bireylere göre günlük yaşam aktivite performanslarının düşük olduğu saptanmıştır.

3.Bakım verenlerdeki bakım yükü arttığından dolayı vücut farkındalığı puanında düşük olduğu gözlemlenmiştir.

4.Bakım veren bireylerin bakım verme görevi olmayan bireylere göre emosyonel durumlarında daha çok etkilenme gözlemlenmiştir.

5.Bakım verme görevi olan bireylerin bakım yüklerinin fazla olması, depresif bulgularının artması ve vücut farkındalıklarının azalması günlük yaşam aktivite performanslarının azalma olduğu gözlemlenmiştir.

6.Çalışmamızdan elde edilen sonuçlar bakım verme görevi olan bireylerin okupasyonel balanceların bozulduğu sonuçlarını açıkça gözlemlemiştir.

5.3. Öneriler

- Bakım verme görevi bireylerin günlük yaşam aktivite performanslarını olumsuz yönde etkilenmektedir. Bu bağlamda bakım verme görevinin diğer performans alanlarını da ne kadar etkilediğini gösteren çalışmalar yapılması önerilmektedir.
- Bakım verme görevinin bireylere yarattıkları olumsuzluklara çözüm getirebilmesi için ergoterapi müdahalelerin planlanıp etkilerinin incelenmesi önerilmektedir.



6.KAYNAKLAR

Ahn, S. N. (2018). Differences in body awareness and its effects on balance function and independence in activities of daily living for stroke. *J Phys Ther Sci*, 30(11), 1386-1389.

Akosile, O., Banjo, T., Okoye, C., Ibikunle, O., Ibikunle, O., (2018). *Health and Quality of Life Outcomes*, 16(1).

Akyar, İ., Akdemir, N., (2009). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 32–49.

Arslan, M. (2022), İnme Hastalarında Denge Ve Postürün Konuşma Fonksiyonuna Olan Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Bolu.

Association, A. O. T. (2002). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *Am J Occup Ther*, 56, 609-639.

Aydın ZD, Ersoy İH, Baştürk A., (2009). Toplumda yaşayan yaşlılarda günlük yaşam aktivitelerinde yetersizlik ve ilişkili faktörler, *Geriatri ve Geriatrik Nöropsikiyatri*; 2:9-18.

Azim, D. (2022), Serebral Palsili Olgularda Yapılandırılmış Gövde Eğitim Protokollerinin Etkinliğinin Karşılaştırılması, Doktora Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Fizyoterapi, İstanbul.

Backx, A., Spooren, A., Bongers-Janssen, H., Bouwsema, H., (2018). Quality of life, burden and satisfaction with care in caregivers of patients with a spinal cord injury during and after rehabilitation, *Spinal Cord*, 56(9) ,890-899.

Ballı,U.,F.(2019), Guillain Barre Sendromu Rehabilitasyonu Ve Uzun Dönem Takip Sonuçları,Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi,Ankara.

Bang, D. H., Noh, H. J. ve Cho, H. S. (2015). Effects of body awareness training on mild visuospatial neglect in patients with acute stroke: a pilot randomized controlled trial, *J Phys Ther Sci*, 27(4), 1191-1193.

Boyd, R. N. Ve Ada, L.,(2001). Upper Motor Neurone Syndrome And Spasticity: Clinical Management And Neurophysiology, *Physiotherapy Management Of Spasticity*.

Cameron, Jill I.,(2021).Family caregiving research: Reflecting on the past to inform the future, *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 44:sup1, S19-S22.

Can,T., (2010). Bakas caregiving outcomes scale'in (bakas bakım verme etki ölçeği) türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği, Doktora Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.

Canan, F., Ataoğlu, A. (2010). Anksiyete, depresyon ve problem çözme becerisi algısı üzerine düzenli sporun etkisi. *Anadolu Psikiyatr Derg*, 11(38), 38-43.

Chambers, A., Smith, C. (2003) Nörolojik Fizyoterapi, Tidy's Physiotherapy. edit. Porter, S., çeviri edit. Yakut, E. ve Kayıhan H. *Elsevier Limited*, Türkiye, Ankara, s 437-471.

Chio, A., Logroscino, G., Hardiman, O., Swingler, R., Mitchell, D., Beghi, E., Traynor, B. G. ve Consortium, E. (2009). Prognostic factors in ALS: a critical review. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 10(5-6), 310-323.

Civil,M.,(2018). Parkinson Hastalarında Yaşam Kalitesi ve Hemşirelik Bakımı, *Sağlık ve Toplum*, Sayı: 2.

Craig, A. D. (2003). Interoception: the sense of the physiological condition of the body. *Curr Opin Neurobiol*, 13(4), 500-505.

Çelik, H. (2006) Omurilik felçlilerinde engellilik durumunun ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 102 s.

De Graaf-Peters, V. B., Bakker, H., Van Eykern, L. A., Otten, B., Hadders-Algra, M., (2007). Postural adjustments and reaching in 4- and 6-month-old infants: An EMG and kinematical study, *Exp. Brain Res.*, 181 (4): 647-656.

De Souza, L., Bates, D. (2011), Multiple Sclerosis, Physical Management for Neurological Conditions. Edit. Stokes, M., Stack, E. *Elsevier Ltd.*, UK, s. 89-117.

Denno, Melissa S., Gillard, Patrick J., Graham, Glenn D., Graham, Glenn D., Dibonaventura, Marco D., Goren, Amir., Varon, Sepi F., Zorowitz, Richard., (2013). Anxiety and depression associated with caregiver burden in caregivers of stroke survivors with spasticity, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(9), 1731-1736.

Dul, J., Bruder, R., Buckle, P., Carayon, P., Falzon, P., Marras, W. S., et al. (2012). A strategy for human factors/ergonomics: developing the discipline and profession. *Ergonomics*, 55(4), 377-395.

Dunkin JJ, Anderson-Hanley C., (1998). Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention, *Neurology*, 51:53-60.

Dunn, J. (2010). Impact of mobility impairment on the burden of caregiving in individuals with multiple sclerosis, *Expert Rev. Pharmacoeconomics Outcomes Res.*, 10(4), 433-440.

Duray, M., Gülşen, Ç., Altuğ, F., Baskan, E., Cavlak, U.,(2018). Nörolojik hastalara bakım verenlerin bakım yükünün gövde kas kuvveti, enduransı ve esnekliği üzerine, *Turkish Journal of Physiotherapy and Rehabilitation*, 29(3) ,79-84.

Ergen Kahraman, M.(2021). Belisiz kayıp üzerine bir çalışma: alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarının bakım veren yaşı ve depresyon, anksiyete, stres düzeylerini belirleyebilecek bazı değişkenlerin incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.

Gallicchio, L., Siddiqi, N., Langenberg, P., & Baumgarten, M. (2002). Gender differences in burden and depression among informal caregivers of demented elders in the community, *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 154–163.

Genç, F., Yuksel, B., Tokuc, F., Ucar, E.,(2019). Caregiver burden and quality of life in early and late stages of idiopathic parkinson's disease, *Psychiatry Investigation*, 16(4) ,285-291.

Giladi, N., Balash, Y. (2006) The clinical approach to gait disturbances in Parkinson's disease: maintaining independent mobility. *J. Neural Transm. Suppl.*, 70: 327–332.

Gillen, G. (2015). Stroke rehabilitation: a function-based approach: Elsevier Health Sciences.

Gordon PA, Perrone K.M. When Spouses Become Caregivers: Counseling Implications for Younger Couples. *Journal of Rehabilitation*, 2004, 70 (2), 27-32.

Gözgen H. , Kaygısız B. B. (2022). Analysis of physical activity level and body awareness of mothers of children with special needs, *Health Care for Women International*, 43:6, 583-595.

Guidetti, S., Asaba, E. ve Tham, K. (2007). The lived experience of recapturing self-care. *Am J Occup Ther*, 61(3), 303-310.

Güçlü,N.,S.(2023), Spastik Serebral Palsili Bireylerde Fonksiyonel Egzersiz Kapasitesi, Solunum Kas Kuvveti, Gövde Kontrolü, Denge Ve Günlük Yaşam Aktiviteleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, T.C. Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı,Kırıkkale.

Günel, A.(2014). İnmeli bireylere bakım verenlerde sosyal problem çözme yaklaşımının bakım verme rolü, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Gündüz,B.,Erhan,B.,(2011).Omurilik Yaralanması Nörolojik Sınıflaması için Uluslararası Standartlar 2011 Revizyonu: Değerlendirme Formu Türkçe Çevirisi, *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*,58 Özel Sayı 1, 42-5.

Güneş, M.(2018), Spinal Kord Yaralanması Olan Hastalarda Antropometrik, Metabolik Ölçümler Ve Mobilizasyon İlişkisi, Uzmanlık Tezi, T. C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi, Ankara.

Gyllensten, A.L., Jacobsen, L.N., Gard, G. (2019). Clinician perspectives of Basic Body Awareness Therapy (BBAT) in mental health physical therapy: An international qualitative study. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*, 23(4),746-51.

Hantal,A.,Doğu,B..Büyükavcı,R.,Kuran,B.,(2014). İnme Etki Ölçeği 3,0: Türk Toplumundaki İnmeli Hastalarda Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması, *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, ,60,106-16.

Heyrman L., Molenaers G., Desloovere K., Verheyden G., De Cat J., Monbaliu E., Feys H., 2011, A clinical tool to measure trunk control in children with cerebral palsy: the Trunk Control Measurement Scale. *Research in developmental disabilities*, 32(6), p: 2624-2635.

Hochberg, M. C., Altman, R. D., Brandt, K. D., Clark, B. M., Dieppe, P. A., Griffin, M. R., et al. (1995). Guidelines for the medical management of osteoarthritis, *Arthritis & Rheumatology*, 38(11), 1535-1540.

Hwang, C.-S., Weng, H.-H., Wang, L.-F., Tsai, C.-H. ve Chang, H.-T. (2014). An eye-tracking assistive device improves the quality of life for ALS patients and reduces the caregivers' burden, *Journal of motor behavior*, 46(4), 233-238.

Kalkışım, Ş.N.(2020), Vücut Yapısı İle Beden Farkındalığı Arasındaki İlişkinin Kas-İskelet Şikayet Varlığı, Emosyonel Durum Ve Fiziksel Aktivite Düzeyi Açısından İncelenmesi, Doktora Tezi, Türkiye Cumhuriyeti Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Anatomi Anabilim Dalı, Trabzon.

Kamel, Andaleeb Abu., Bond, A. Elaine., Froelicher, Erika Sivarajan.,(2012). Depression and caregiver burden experienced by caregivers of Jordanian patients with stroke, *International Journal of Nursing Practice*, 18(2), 147–154.

Karaca, S. (2017). Vücut farkındalığı anketinin Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenirlik çalışması, Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla.

Katzenschlager, R., Poewe, W., Rascol, O., Trenkwalder, C., Deuschl, G., Chaudhuri, K.R., Henriksen, T., Van Laar, T., Spivey, K. and Vel, S., (2018). Apomorphine subcutaneous infusion in patients with Parkinson's disease with persistent motor fluctuations (TOLEDO): a multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled trial, *The Lancet Neurology*, 17(9), 749-759.

Keus, S. H. J., Munneke, M., Nijkrake, M. J., Kwakkel, G., Bloem, B. R. (2009) Physical Therapy in Parkinson's Disease: Evolution and Future Challenges, Review. *Movement Disorders*, 24: 1–14.

Kiernan, M. C., Vucic, S., Cheah, B. C., Turner, M. R., Eisen, A., Hardiman, O., Burrell, J. R. ve Zoing, M. C. (2011). Amyotrophic lateral sclerosis. *The Lancet*, 377(9769), 942-955.

Kokorelias, Kristina M., Lu, Fiana K.T., Santos, Jennifer R., Xu, Yi., Leung, R., Cameron, Jill I.(2020). Caregiving is a full-time job” impacting stroke caregivers’ health and well-being: A qualitative meta-synthesis, *Health and Social Care in the Community*, ,28(2),325-340.

Köksal, M. (2023),İnmeli Hastalarda Distal Femoral Kıkırdak Ve Kuadriseps Kas Kalınlığının Fonksiyonel Durum Ve Sarkopeni İle İlişkisi, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kayseri Şehir Eğitim Araştırma Hastanesi Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Kayseri.

Köse, B.,Akı, E. (2019). Bakım Veren Bireylere Yönelik Geliştirilen Bireysel Ergoterapi Eğitim Programının Yaşam Kalitesine ve Bakım Veren Yüküne Yönelik Etkinliğinin İncelenmesi, *Ergoterapi Ve Rehabilitasyon Dergisi*, 7(2).

KRAMER, B.J. & KIPNIS, S. (1995). Eldercare and workrole conflict: toward an understanding of gender differences in caregiver burde, *The Gerontologist*, s.340± 348.

Kuşçu, K.,(2000). Rehabilitasyon Süreci ve Bakım Vericilik: Zedeleyen mi Yoksa İyileyen Mi?, *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 8.

Kuzu, F. (2018). Yaşlı bireylerin bakım vericilerine yapılan ev ziyaretlerinin depresyon, stresle baş etme, yaşam kalitesi ve bakım yüküne etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Küçükdeveci, A. A. (2005). Rehabilitasyonda yaşam kalitesi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 51, B23-B29.

Lai, D. W. L. (2012). Effect of Financial Costs on Caregiving Burden of Family Caregivers of Older Adults. *SAGE Open*, 2(4).

Latifoğlu, E.(2021),Post-Polio Sendromu İle Fibromiyalji Sendromunun Birlikteliği Ve İlişkisi, Uzmanlık Tezi, T. C. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İzmir.

Louis, E.D., Levy, G., Côte, L.J., Mejia, H., Fahn, S. and Marder, K. (2001). Clinical correlates of action tremor in Parkinson disease, *Archives of Neurology*, 58(10), 1630-1634.

Lysack C., Komanecky M., Kabel A., Cross K., Neufeld S. (2007) Environmental factors and their role in community integration after spinal cord injury. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74 (12): 243-254.

Macneil G, Kosberg JI, Durkin DW, Dooley WK, Decoster J, Williamson GM. Caregiver mental health and potentially harmful caregiving behavior: the central role of caregiver anger, *Gerontologist* 2010; 50:76-86.

Majmudar, S., Wu, J. ve Paganoni, S. (2014). Rehabilitation in amyotrophic lateral sclerosis: why it matters, *Muscle ve nerve*, 50(1), 4-13.

Nehal,S.,Manisha,S.(2015), Role Of Physiotherapy In Guillain Barre Syndrome: A Narrative Review, *International Journal Of Health Sciences And Research*, Vol.5; Issue: 9; September 2015.

Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process. (2014). *The American Journal of Occupational Therapy*, 68, 1-48.

Ören, N.(2016).Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükü ve tükenmişlik durumları arasındaki ilişki, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Özal C., Ari G.,Günel M.K.,(2019),Inter–intra observer reliability and validity of the Turkish version of Trunk Control Measurement Scale in children with cerebral palsy,*Acta Orthopaedica et Traumatologica Turcica*, 53(5), p: 381-384.

Özkan Tuncay,F., Kars Fertelli,T., (2019).Effects of the caregiver burden perceived by caregivers of patients with neurological disorders on caregiver wellbeing and caregiver stress, *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(4) ,697-702.

Paddison, S., Middleton, F. (2011) Spinal Cord Injury, Physical Management for Neurological Conditions. Edit. Stokes, M., Stack, E. *Elsevier Ltd.*, UK, s. 53 – 89.

Pakula A.T., Braun K.V.N.,Yeargin-Allsopp M., 2009,Cerebral palsy: classification and epidemiology. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, 20(3), p: 425-452.

Pang FC, Chow TW, Cummings JL et al. Effect of neuropsychiatric symptoms of Alzheimer's disease on Chinese and American caregivers. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17(1):29-34.

Pike, S., Lannin, N. A., Cameron, L., Palit, M., ve Cusick, A. (2021). Chronic stroke survivors with upper limb spasticity: linking experience to the ICF. *Disability and rehabilitation*, 1-13.

Polat,G.(2023), Parkinson Hastalığı Olan Bireylerde Skapular Disfonksiyonun Algısal Postüral Düzenlemeler Ve Yürüme Üzerine Etkisinin İncelenmesi,Yüksek Lisans Tezi, .C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Ankara.

Polat, H.(2023), Multiple Skleroz Hastalarında Vestibüler Egzersiz Ve Servikal Stabilizasyon Egzersiz Eğitimlerinin Denge Ve Yürüme Üzerindeki Etkilerinin Karşılaştırılması, Doktora Tezi, Tc. Hasan Kalyoncu Üniversitesi Lisanüstü Eğitim Enstitüsü Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Gaziantep.

Polman ,CH., Reingold ,SC., Edan ,G., Filippi ,M., Hartung ,HP., Kappos ,L., Lublin ,FD., Metz ,LM., McFarland ,HF., O'Connor ,PW., Sandberg-Wollheim ,M, Thompson ,AJ, XXIII Weinshenker ,BG, Wolinsky ,JS.,(2005).Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the "McDonald Criteria". Ann Neurol, 58: 840-846.

Rascol, O., Goetz, C., Koller, W., Poewe, W., Sampaio, C. (2002) Treatment interventions for Parkinson's disease: an evidence based assessment,*Lancet*, 359: 1589–1598.

Rinaldi P, Spazzafumo L, Mastriforti R. Study group on brain aging of the Italian society of gerontology and geriatrics. 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.

Rivest-Gadbois, E., Boudrias, M.H. (2019). What are the known effects of yoga on the brain in relation to motor performances, body awareness and pain? A narrative review, *Complementary Therapies in Medicine*, 44,129-42.

Saether, R., Helbostad, J. L., Adde, L., Jørgensen, L. ve Vik, T.,(2013). Reliability and validity of the trunk impairment scale in children and adolescents with cerebral palsy, *Res. Dev. Disabil.*, 34 (7): 2075–2084 (2013).

Salar, S.,(2011), Omurilik Yaralanması Olan Kişilerde Çevresel Faktörlerin Toplumsal Katılım Ve Yaşam Memnuniyetine Etkisi,Yüksek Lisans Tezi, T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Ankara.

Salvendy, G. (2012). Handbook of human factors and ergonomics: John Wiley & Sons.

Saylor, C. (2004). The circle of health: a health definition model, *Journal of Holistic Nursing*, 22(2),97-115.

Schulz R, Beach S.,(1999).Caregiving as a risk factor for mortality,JAMA, 282:2215- 2219.

Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and education in professional psychology*, 1(2), 105.

Shields, S.A., Mallory, M.E., Simon, A. (1989), The Body Awareness Questionnaire: reliability and validity. *J Pers Ass.* 53(4), 802-15.

Shumway-Cook, A. ve Woollacott, M. H., (2013).Mobility functions, Motor control: Translating research into clinical practice, 315-347.

Simón, MA., Bueno, AM., Otero, P., Blanco, V., Vázquez, FL., Caregiver Burden and Sleep Quality in Dependent People's Family Caregivers. *Journal of Clinical Medicine*. 2019; 8(7):1072.

Soner, S.(2017). Alzheimer hastalık sürecinde bakım veren aile üyelerinin yaşadıkları güçlükler ve sosyal hizmet, *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (AEÜSBED)*, Cilt 3, Sayı 2, Sayfa 375-387.

Song, Y., Wang, X., ve Schubert, F. (2021). Application of Wireless Dynamic Sleep Monitor in Acupuncture Treatment of Insomnia after Ischemic Stroke: A Retrospective Study. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*.

Spastik Serebral Palsili Çocuklarda Spastisite İle Kaba Motor Fonksiyon Arasındaki İlişki. Xıv. Fizyoterapide Gelişmeler Kongresi, (26-28 Nisan 2012), Ürgüp/Nevşehir. *Fizyoter Rehabil Derg*, 23, 1, 58.

Stokes,M.,(2001).Neurological Physiotherapy,Mosby International Limited,UK.,s.87-88, s.151.

Stommel M, Collins CE, Given BA.,(1994).The costs of family contributions to the care of persons with dementia, *Gerontologist*,34:199-205.

Şekercioğlu, F.(2023), İlköğretim Düzeyindeki Serebral Palsili Çocuklarda Gövde Etkilenim Düzeyinin Katılım, Aktivite Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Fizyoterapi Ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Karabük.

Şimşek Erdem, N.(2013), Amyotrofik Lateral Skleroz Hastalarında Solunum Ve Yutma Fonksiyon Bozukluklarının İlişkisi, Uzmanlık Tezi, T.C. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, Antalya.

Tarhan,F., Kuyumcuoğlu,U., Yücetaş,U.,İlhan,S.,TürkBörü,Ü., Erdoğan, Ü.,(2007), Multipl sklerozlu hastalarda uluslararası prostat semptom skoru ve aşırı aktif mesane sorgulaması ile hastalıkla ilgili ölçütler ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki, *Türk Üroloji Dergisi*, 33 (2), 218-222.

Valadi, N. (2015). Evaluation and management of amyotrophic lateral sclerosis. Primary Care: Clinics in office practice, 42(2), 177-187.

van de Ven-Stevens, L. A., Munneke, M., Terwee, C. B., Spauwen, P. H., & van der Linde, H. (2009). Clinimetric properties of instruments to assess activities in patients with hand injury: a systematic review of the literature. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(1), 151-169.

Varkal, M.A.(2011), Çocukluk Çağında Guillain Barre Sendromu Tanısı Almış Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi, Uzmanlık Tezi, T.C. İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü, İstanbul.

Velloso, M., Jardim, J. R. (2006). Study of energy expenditure during activities of daily living using and not using body position recommended by energy conservation techniques in patients with COPD. *Chest*, 130(1), 126-132.

Veren, F.(2022), İnmeli Hastalara Bakım Veren Güçlendirilmesi İçin Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Bakım Veren Bakım Gücüne Etkisi: Meta-Analiz Çalışması, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

WHO, W. H. O. (2001). International classification of functioning, disability and health: ICF: World Health Organization.

Williams, L. S., Weinberger, M., Harris, L. E., Clark, D. O., ve Biller, J. (1999). Development of a strokespecific quality of life scale. *Stroke*, 30(7), 1362-1369.

Williams,K.,Morrison,V.,Robinson,C. (2014) Exploring caregiving experiences: caregiver coping and making sense of illness, *Aging & Mental Health*, 18:5, 600-609 .

Yu, H., Wang, X., He, R., Liang, R., Zhou, L.,(2015). Measuring the caregiver burden of caring for community-residing people with Alzheimer's disease, *PLoS ONE*,10(7) .

7.EKLER

EK-1:Kurum İzin Yazısı

BÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 20.02.2023-43123



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hukuk Müşavirliği
Sağlık Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu

Sayı : E-69586843-600-1145259
Konu : Araştırma İzni (Tuğçe YILDIRIM)

20.02.2023

BİRÜNİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürlüğü)

İlgi : 11.11.2022 tarihli ve 38213 sayılı yazınız.

İlgi yazınız ile Üniversiteniz Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ergoterapi Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Tuğçe YILDIRIM'ın "Nörolojik Problemi Olan Bireylere Bakım Verenlerde Günlük Yaşam Aktivite Performansı ile Emosyonel Durum ve Vücut Farkındalığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Karşılaştırılmalı Bir Çalışma" başlıklı tez çalışmasında kullanacağı anketleri Üniversitemiz Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalında uygulayabilmesi için gerekli iznin verilmesi hususu" belirtilmiş idi.

Anılan yazı ve ekleri Üniversitemiz Tıp Fakültesi Dekanlığınca incelenmiş olup konu ile ilgili olarak anılan Dekanlığımızdan alınan cevabi yazıda; "...ilgili tez çalışmasının Anabilim Dalımızda yapılma talebi uygun görülmüştür." denilmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Necdet BUDAK
Rektör

EK-2:Etik Kurul Onayı



Ek-3:Gönüllü Olur Formu:

Sizi “NÖROLOJİK PROBLEMİ OLAN BİREYLERE BAKIM VERENLERDE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE PERFORMANSI İLE EMOSYONEL DURUM ve VÜCUT FARKINDALIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ :KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA” başlıklı bir **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmada yer almanız öngörülen süre 15-20 dakika olup, araştırmada yer alacak gönüllülerin sayısı 96 ‘dir. Bu araştırma kapsamındaki değerlendirme testleri için sizden veya bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir. Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu araştırmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama hakkına sahipsiniz.**Anketleri yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır Size verilen **anketteki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Bakım Veren/Vermeyen/Hasta Katılımcının Adı Soyadı :

İmza/Tarih :

Onama Tanıklık Eden Kişinin Adı Soyadı: UZM. Fzt.Nuri ÜÇLER

İmza/Tarih

Sorumlu Araştırmacı: Erg .Tuğçe Yıldırım

İmza/Tarih

Ek-4:Sosyodemografik Bilgi Formu (Bakım Veren-Bakım Verme Görevi Olmayan)

ADI:

SOYADI:

CİNSİYETİ:

DOĞUM TARİHİ:

DOĞUM YERİ:

EĞİTİM DURUMU: ☐ okuryazar ☐ ilköğretim ☐ ortaokul ☐ lise ☐ üniversite
ve üstü

MEDENİ DURUMU: ☐ bekar ☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Eşi vefat etmiş

YAŞADIĞI YER : ☐Büyükşehir ☐Şehir ☐Kasaba-Belde ☐Köy

MESLEK: ☐Emekli ☐Çalışan Emekli ☐Beyaz Yakalı Çalışan ☐Mavi Yakalı
Çalışan ☐Çalışmayan

Bakım Verilen Birey ile YAKINLIK DURUMU: ☐ eş ☐çocuk ☐torun ☐kardeş
☐akraba ☐komşu

KAÇ YILDIR BU İŞİ YAPIYORSUNUZ ?: yıl

BAKIM VERME SÜRESİ : ☐ tam gün ☐ sadece gündüzleri ☐sadece geceleri
☐bakım vermiyor

Ek-5:Sosyodemografik Bilgi Formu (Hastalar için)

ADI:

SOYADI:

CİNSİYETİ:

YAŞI:

EĞİTİM DURUMU: ☐okuryazar ☐ilköğretim ☐ortaokul ☐lise ☐üniversite

MEDENİ DURUMU: ☐ bekar/hiç evlenmemiş ☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Eşi vefat etmiş



Ek 6:Hastalar İçin Klinik Veri Formu

Hastanın adı-soyadı:

Hastanın doğum tarihi:

Hastalık teşhisi:

Hastalık suresi:

Devam eden tedavi yöntemleri:

Ek Hastalıklar

()Hipertansiyon:

()Diabetes mellitus:

()Kroner arter hastalıkları:

()Kanser vb. :

()Psikiyatrik bir tanı:

()Ortopedik, nörolojik tanı:

()Koah vb.pulmoner hastalıkları:

Son bir yılda düşme öyküsü var /yok:

Mobiliteye yardımcı cihaz kullanımı:

()Baston

()Tekerlekli Sandalye

()Yürüteç

()Kanedyen

Ek 7:Parkinson İçin Hoehn-Yahr Evrelemesi

Parkinson Hoehn - Yahr Evrelemesi Modified Hoehn & Yahr Scale

Hastanın Adı Soyadı: _____

Tarih: ____/____/____

Evre	Açıklama
1	Tek taraflı tremor, rijidite, akinezi veya postüral dengesizlik. Semptomlar hafiftir.
1,5	Tek taraflı ve aksiyel tutulum
2	İki taraflı tremor, rijidite, akinezi veya bradimimi, yutma güçlükleri, aksiyel rijidite (özellikle boyun), öne eğilmiş postür, yavaş veya ayağını sürüyerek yürüme ve genel katılık gibi aksiyel bulgularla birlikte veya tek başına postüral anormallikler. Minimal özürölülük bulunabilir.
2,5	Çekme testinde düzelme ile ılımlı bilateral hastalık
3	Evre 2'deki bulgulara ilaveten hastada denge bozuklukları vardır, ancak hastanın tüm aktivitelerini bağımsız olarak yapabilir. Orta düzeyde fonksiyon bozukluğu mevcuttur.
4	Hasta günlük aktivitelerinin bir kısmında veya tamamında yardıma ihtiyaç duyar. Ciddi semptomlar ve belirgin özürölülük.
5	Hasta tekerlekli sandalyeye veya yatağa bağımlı durumdadır.

Hoehn MH, Yahr MD (1967) *Neurology*. 1967; 17:427-42.

Goetz CG, Poewe W (2004) *Mov Disord*. 2004;19:1020-8.

Hastanın Evresi: _____

Ek-8:Multiple Sklerosis İçin Genişletilmiş Özürlülük Durum Ölçeği

0.0.	Normal nörolojik muayene (Bütün fonksiyonel sistemlerde(FS) grade 0)
1.0	Özürlülük yok, bir FS' de minimal belirtiler (grade 1)
1.5	Özürlülük durumu olmaksızın birden fazla FS' de minimal bulgular (birden fazla FS grade1)
2.0	Bir FS' de minimal özürlülük (Bir FS grade 2, diğerleri 0 veya 1)
2.5	İki FS' de minimal özürlülük (İki FS grade 2 diğerleri 0 veya 1)
3.0	Bir FS de orta derecede özürlülük (bir FS grade 3 diğerleri 0 veya 1) yada üç veya dört FS' de hafif özürlülük (üç/dört FS grade 2, diğerleri 0 veya 1) hasta tamamen ambulatuvar
3.5	Tam ambulatuvar hasta, bir FS de orta derecede özürlülük (bir FS grade 3) ve bir veya iki FS grade 3 veya beş grade FS grade 2 (diğerleri 0 veya 1)
4.0	Tam ambulatuvar hasta. Bir FS' de grade 4 (diğerleri 0 veya 1)'den oluşan göreceli şiddetli özürlülük. Hasta günün önemli bir bölümünde yardıma ihtiyaç duymaz. Geri kalan bölümünde hafif bir desteğe gereksinim duyar. Veya önceki basamakların limitlerini aşan daha küçük grade' lerin kombinasyonları. 500 metreden daha uzun mesafeyi yardım almadan ve dinlenmeden yürüyebilir.
4.5	Günün önemli bir bölümünde yardımsız olarak tam ambulatuvar, geri kısmında minimal düzeyde yardıma gereksinim duyar. Nispeten şiddetli özürlülük söz konusudur. Genellikle bir FS grade 4 (diğerleri 0 veya 1) veya önceki basamakların limitlerini aşan daha küçük derecelerin kombinasyonları. Yardım almadan ve dinlenmeden 300 metre yürüyebilir.
5.5	Yardımsız veya dinlenmeksizin 100 metre yürüyebilir. Özürlülük tam günlük aktiviteleri engel olabilecek kadar şiddetli. (genel olarak FS eşdeğerleri bir FS' de tek başına bir grade 5, diğerleri 0 veya 1) yada daha önceki basamağın limitlerini aşan daha küçük derecelerin kombinasyonları.
6.0	Yaklaşık 100 metre dinlenerek veya dinlenmeden yürüyebilmek için aralıklı veya tek taraflı sürekli yardım (koltuk değneği, baston vb.) gerektirir (genel FS eşdeğerleri

	birden çok FS’ de 3 veya daha fazla grade kombinasyonu).
6.5	Dinlenmeden 200 metre yürüyebilmek için sabit iki taraflı destek (koltuk değneği, baston vb.) gerekir (genel FS eşdeğerleri ikiden çok FS’ de 3 veya daha fazla grade’ de bozukluk kombinasyonları).
7.0	Yardımla bile 5 metrenin üzerinde yürüyemez, esasen tekerlekli sandalyeye muhtaç; standart tekerlekli sandalyeyi sürebilir ve tek başına yer değiştirebilir; günde 12 saatini tekerlekli sandalyede geçirir (genel FS eşdeğerleri birden fazla FS’ de grade 4+ kombinasyonlarıdır; (çok nadiren, tek başına piramidal grade 5)
7.5	Bir kaç adımdan fazlasını atamaz, tekerlekli sandalyeye bağımlı; yer değiştirmek için yardıma ihtiyacı olabilir; sandalyeyi sürebilir, fakat standart tekerlekli sandalyede tüm günü geçiremez, motorlu tekerlekli sandalyeye ihtiyaç duyabilir (genel FS eşdeğerleri birden fazla FS’ de grade 4).
8.0	Esas olarak yatak veya sandalyeye bağımlı yada tekerlekli sandalye ile hareket edebilir, fakat günün çoğunu yatak dışında geçirebilir; birçok işini kendisi görebilir; genellikle kollarını etkin kullanılabilir (genel FS eşdeğerleri birçok sistemde genellikle 4+ grade’ lerin kombinasyonları).
8.5	Günün büyük kısmında yatağa bağımlıdır; kolların bir miktar etkili kullanabilir. Bazı kendine bakma fonksiyonlarını devam ettirebilir (genel FS eşdeğerleri birçok sistemde genellikle grade 4+ kombinasyonları).
9.0	Ümitsizce yatağa bağımlı; iletişim kurabilir ve yemek yiyebilir (genel FS eşdeğerlerinin çoğu grade 4+ kombinasyonları).
9.5	Tamamen çaresiz yatalak; etkin iletişim kurulamaz yada yiyemez, yutamaz (genel FS eşdeğerleri hemen hepsi grade 4+ kombinasyonları).
10.0	MS’ e bağlı ölüm.



Ek-9:Spinal Kord Yaralanmaları İçin ASIA Skorlaması

ASIA A	(Tam lezyon) Tam motor hareket ve duyu kaybı (S4 ve S5 segmentleri dahil)
ASIA B	(Kısmi lezyon) Tam motor kayıp. Fakat nörolojik düzey altında sensoryel fonksiyon korunmuş.
ASIA C	(Kısmi lezyon) Motor ve duyu kaybı var. Ancak lezyon seviyesi altında önemli kas gruplarında grade 3 ten az kas kuvveti korunmuş
ASIA D	(Kısmi lezyon) Motor ve duyu kaybı var. Ancak lezyon seviyesi altında önemli kas gruplarında grade 3 veya daha yüksek düzeylerde kas kuvveti korunmuş
ASIA E	(Normal) Motor hareket ve duyu normal

Ek-10:İnme İçin Brunnstrom Evrelemesi

Brunnstrom Hemipleji İyileşme Evrelemesi Brunnstrom's Hemiplegia Recovery Staging

Hastanın Adı Soyadı:

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

Üst Ekstremité

Emre:

El

Emre:

Alt Ekstremité

Emre:

Üst Ekstremité Motor Evrelemesi

- Emre 1:** Tutulmuş durumda hiçbir hareket yoktur. Flasektör.
- Emre 2:** İstemli hareketi başlatma çabası + sinerji paternleri. Başta flektör sinerji ortaya çıkar. Spasizite gelişmeye başlar.
- Emre 3:** Spasizite belirginleşir. Hareket sinerjilerinde istemli kontrol başlar.
- Emre 4a:** Elin vücudun arkasına, lateral bölgeye dengelenmesi.
- Emre 4b:** Dirsek ekstansiyonda iken omuzun 90 derece fleksiyonu.
- Emre 4c:** Dirsek 90 derece fleksiyonda ve kol vücudun yakınına iken supinasyon ve pronasyon.
- Emre 5a:** Dirsek ekstansiyonda, ön kol pronasyonda ve omuz 90 derece abduksiyonda iken kol yatağını kaldırır.
- Emre 5b:** Dirsek ekstansiyonda iken omuz 90 derece den fazla fleksiyon yapabilir.
- Emre 5c:** Dirsek ekstansiyonda, omuz 90 derece den fazla fleksiyonda iken pronasyon ve supinasyon yapabilir.
- Emre 6:** İzole eklem hareketleri yapabilir, koordinasyonu iyidir. Ancak hızlı hareketler sırasında koordinasyonun tutarlılığı saptanamaz.
- Emre 7:** Normal motor fonksiyon kazanılmıştır.

Elin Motor Evrelemesi

- Emre 1:** El flasektör. İstemli motor aktivite yoktur.
- Emre 2:** Parmaklarda hafif fleksiyon hareketi başlatılır.
- Emre 3:** Kaba ve çengel kavrama. İstemli parmak ekstansiyonu ve gevşeme yok.
- Emre 4:** Lateral kavrama yapabilir, dış parmak hareketi ile cisimleri tutabilir.
- Emre 5:** Tam istemli ve kontrollü elin altına baskıya parmak kavrama, silindirik ya da sfenik parmak kavramaları başlatılır.
- Emre 6:** Tüm kavramalarda kontrol kazanılır, parmaklarda izole fleksiyon ve tam ekstansiyon yapılabilir.

Alt Ekstremité Motor Evrelemesi

- Emre 1:** Tutulmuş durumda hiçbir hareket yoktur. Bacak rümlüyle desteklenir.
- Emre 2:** Minimal istemli hareket mevcuttur.
- Emre 3:** Otururken ve ayakta kalça, diz ayak bileği fleksiyonu istemli olarak yapılabilir. Ağacılıkta en yüksek noktada dur.
- Emre 4:** Otururken ayakta ayakta kalça ayak bileği 90 dereceye kadar diz fleksiyonu yapabilir. Topuğu yenden kaldırılmadan ayak bileği dorsalfleksiyonu yapabilir.
- Emre 5:** Ayakta o bacağı ağırlık vermeden izole diz fleksiyonu ile beraber kalça ekstansiyonu, kalça ve diz ekstansiyonu ile izole ayak bileği dorsalfleksiyonu yapabilir.
- Emre 6:** Otururken veya ayakta otururken kalça abduksiyonu, otururken ayak bileği inersiyonu ve eversiyonu ile beraber dizin resistansız iç ve dış rotasyonunu yapabilir.

Signe Brunnstrom (1966) Rejy. Tjän. 1966. Årg. 14(4): 317-75.



EK-11:Vücut Farkındalığı Anketi

VÜCUT FARKINDALIĞI ANKETİ

Aşağıdaki ifadelerde insanların kendileriyle ilgili hissettikleri bazı durumlar listelenmiştir. Her ifadeyi okuduktan sonra ifadenin solundaki boşluğa ifadenin sizin için hangi derecede doğru olduğunu 1'den 7'ye kadar değerlendirerek numarayı yazınız. Doğru veya yanlış cevaplar yoktur. En doğru cevap ifadenin sizin tecrübenize uygunluğunu dürüstçe yansıtır.

Benim için hiç doğru değil

Benim için tamamen doğru

1 2 3 4 5 6 7

1. Vücudumun çeşitli yiyeceklere verdiği tepkilerdeki farklılığı anlarım.
2. Bir yerimi çarptığımda berelenme olup olmayacağını her zaman söyleyebilirim.
3. Kendimi ertesi gün ızdırap duyacak kadar fiziksel olarak zorlayıp zorlamadığımı her zaman bilirim.
4. Bazı yiyecekleri yediğim zaman enerji düzeyimdeki değişimleri her zaman fark ederim.
5. Grip olacağımı önceden anlarım.
6. Dereceyle ölçmeden ateşimin olduğunu bilirim.
7. Açlıktan kaynaklanan yorgunluk ile uykusuzluktan kaynaklanan yorgunluk arasındaki farkı ayırt edebilirim.
8. Uykusuzluğun beni günün hangi saatinde etkileyeceğini doğru tahmin edebilirim.
9. Gün boyunca aktivite düzeyimdeki değişikliklerin farkındayım.
- *10. Vücut fonksiyonlarımdaki mevsimsel ritim ve döngüleri fark etmiyorum.
11. Sabah uyanır uyanmaz gün boyunca ne kadar enerjim olacağımı bilirim.
12. Yatağa gittiğimde o gece ne kadar iyi uyuyacağımı söyleyebilirim.
13. Yorgun olduğumda vücudumdaki belirgin tepkileri fark ederim.
14. Hava değişikliklerine karşı vücudumun verdiği tepkileri fark ederim.
15. Dinlenmiş bir şekilde uyanmak için gece ne kadar uyumam gerektiğini tahmin edebilirim.
16. Egzersiz alışkanlıklarım değiştiğinde enerji düzeyimin nasıl etkileneceğini tahmin edebilirim.
17. Benim için gece uyumaya gitmenin belli bir uygun zamanı vardır.
18. Aşırı açlık durumundaki özel vücut tepkilerimi fark ederim

*=ters skorlanan madde

EK-12:Beck Depresyon Envanteri

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
 1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
 2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
 3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
 1. Gelecek hakkında karamsarıyım.
 2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
 3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
 1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
 2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
 3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
 2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
 3. Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
 1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
 2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
 3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0. Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
 1. Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
 2. Cezalandırılmayı bekliyorum.
 3. Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7- 0. Kendimden memnunuz.
 1. Kendi kendimden pek memnun değilim.
 2. Kendime çok kızıyorum.
 3. Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0. Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
 1. Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.

2. Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3. Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0. Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1. Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
 2. Kendimi öldürmek isterdim.
 3. Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0. Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 1. Zaman zaman içinden ağlamak geliyor.
 2. Çoğu zaman ağlıyorum.
 3. Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0. Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
 1. Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2. Şimdi hep sinirliyim.
 3. Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0. Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 1. Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2. Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
 3. Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0. Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
 1. Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
 2. Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3. Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0. Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
 1. Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2. Görüntüümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3. Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0. Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 1. Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2. Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3. Hiçbir şey yapamıyorum.
- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
 2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
 3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
 1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
 2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
 3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.
 1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.

2. İştahım çok azaldı.
 3. Artık hiç iştahım yok.
- 19- 0.** Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
 2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
 3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- 0.** Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendirmiyor.
 2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
 3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- 0.** Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
 2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
 3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

Depresyon derecesi	Toplam
• Minimal depresyon	0-9
• Hafif depresyon	10-16
• Orta depresyon	17-29
• Şiddetli depresyon	30-63

EK 13:Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği

FONKSİYONEL BAĞIMSIZLIK ÖLÇEĞİ (FİM)					
DÜZEYLER	7	Tam Bağımsız - Hiçbir yardıma gerek duymadan belirli bir aktiviteyi gereken zamanda, cihazlar olarak ve emniyetli şekilde yapar	YARDIMCI YOK		
	6	Modifiye bağımsız - Bir aktiviteyi yardımcı bir cihaz yada uzun sürede modifikasyona gerek duyarak emniyetli bir şekilde yapar			
	Modifiye Bağımlılık 5 <u>Gözetim</u> - Fiziksel yardım almadan sözel yardım ile aktiviteyi tamamlar (% 100) 4 <u>Minimal yardım</u> - Hafif bir fiziksel temas dışında yardıma ihtiyacı yoktur. Aktivite için gereken eforun en az % 75'ini harcar 3 <u>Orta derecede yardım</u> - Aktivite için gerekli eforun % 50 – 75'ini harcar Tam bağımlılık 2 <u>Maksimal yardım</u> - Gereken eforun % 25 – 50'sini harcar 1 <u>Tam yardım</u> - Gereken eforun % 0 – 25'ini harcar		YARDIMCI VAR		
		YATIŞ (/ /)	ÇIKIŞ (/ /)	İZLEM (/ /)	
Kendine Bakım	A	Beslenme			
	B	Kendine çeki düzen verme			
	C	Banyo yapma			
	D	Giyinme – vücut üst kısmı			
	E	Giyinme – vücut alt kısmı			
	F	Tuvalet kullanımı			
Sikler Kontrolü	G	Mesane kontrolü			
	H	Barsak kontrolü			
Transferler	I	Yatak, sandalye, tekerlekli sandalye			
	J	Tuvalet			
	K	Küvet, duş			
Hareket	L	Yürüme / Tekerlekli sandalye	☐	☐	☐
	W: Yürüme C: Tekerlekli Sandalye B: Her ikisi				
	M	Merdiven			
MOTOR SKOR ALT TOPLAMI					
İletişim	N	Anlama A:İşitsel V:Görsel B:Her ikisi	☐	☐	☐
	O	İfade etme V: Sesli C: Sessiz B:Her ikisi	☐	☐	☐
Sosyal Algı	P	Sosyal etkileşim			
	Q	Problem çözme			
	R	Bellek			
KOGNİTİF SKOR ALT TOPLAMI					
TOTAL FİM SKORU					
Not: Başla bırakmayınız. Hasta risk nedeniyle test ediliyorsa 1 puan olarak notlanmaz.					

* Bu form 1. Tıbbi Rehabilitasyon Sempozyumu,
Kurs Düzenleme Kurulu tarafından hazırlanmıştır. Ankara 2006

EK 14:Lawton ve Brody Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri Formu

LAWTON ve BRODY ENSTRÜMENTAL GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİ FORMU

Telefonu kullanabilme	Puan
-Telefonu rahatlıkla kullanabilir	(1)
-Birkaç iyi bilinen numarayı çevirebilir	(1)
-Telefona cevap verir, ancak arayamaz	(1)
-Telefonu hiç kullanamaz	(0)
Alışveriş	Puan
-Tüm alışverişini bağımsız olarak kendisi yapar	(1)
-Küçük alışverişlerini kendisi yapar	(0)
-Tüm alışverişlerinde yardıma ihtiyaç duyar	(0)
-Alışveriş yapamaz	(0)
Yemek hazırlama	Puan
-Yeteri kadar yemeği planlar, hazırlar ve servis edebilir	(1)
-Kullanılacak malzeme sağlanırsa yeteri kadar yemek hazırlayabilir	(0)
-Hazır yemeği ısıtır ve sunar veya yemek hazırlar ancak yeterli diyeti sağlayamaz	(0)
-Yemeklerin hazırlanması ve servis edilmesine ihtiyacı vardır	(0)
Ev temizliği	Puan
-Yalnız başına veya nadir destekle evin üstesinden gelir	(1)
-Bulaşık yıkama, yatak yapma gibi günlük hafif işleri yapabilir	(1)
-Günlük hafif işleri yapar ancak yeterli temizliği sağlayamaz	(1)
-Tüm ev idame işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir	(1)
-Hiçbir ev temizliği işine katılamaz	(0)
Çamaşır	
-Kişisel çamaşırını tamamen kendisi yıkar	(1)
-Çorap, mendil gibi küçük malzemeleri yıkayabilir	(1)
-Tüm çamaşır işi başkaları tarafından halledilmek zorundadır.	(0)

Yolculuk	(1)
-Toplu taşıma araçlarından bağımsız olarak faydalanır veya kendi arabasını kullanır	(1)
-Taksiye biner, toplu taşıma araçlarını kullanamaz	(1)
-Başkalarının yardımı ile toplu taşıma araçlarından faydalanabilir	(0)
-Yolculuğu başkalarının yardımı ile taksi veya otomobille sınırlıdır	(0)
-Yolculuk yapamaz	
İlaçlarını kullanabilme sorumluluğu	
-İlaçlarını zamanında ve belirtilen dozda alabilir	(1)
-İlaçları önceden farklı dozlarda hazırlanırsa düzenli kullanabilir	(0)
-İlaçlarını kendi başına düzenli kullanamaz	(0)
Mali işler	
-Bağımsız olarak tüm mali işlerinin üstesinden gelebilir	(1)
-Günlük mali işlerini halleder ancak büyük mali işlerde ve banka işlerinde yardıma ihtiyaç gösterir.	(1)
-Mali işlerini takip edemez	(0)

EK 15: Bakas Bakım Verme Ölçeği

Bu sorular grubu, bir hastaya bakım vermenizden kaynaklanan yaşamınızdaki muhtemel değişikliklerle ilişkilidir. Aşağıda sıralanan her muhtemel değişiklik için, değişikliğin derecesini gösteren bir numarayı daire içine alınız. Değişikliğin derecesini belirleyen numaralar -3 (**En Kötü Yönde Değişti**) ve +3 (**En İyi Yönde Değişti**) arasında değer almaktadır. "0" **Değişmedi** anlamına gelmektedir.

	En Kötü Yönde Değişti			Değişmedi		En İyi Yönde Değişti	
Bakıma ihtiyacı olan bir kişiye bakım sağlamanın bir sonucu olarak:							
1- Kendime güvenim / öz saygım	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
2- Fiziksel sağlığım	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
3- Aile aktiviteleri için zamanım	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
4- Stresle başa çıkabilme yeteneğim	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
5- Arkadaşlarla olan ilişkim	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6- Geleceğe bakış açım	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
7- Enerji düzeyim	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
8- Duygusal iyilik halim	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
9- Yaşamdaki rollerim	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
10- Arkadaşlarımla sosyal aktiviteler için zamanım	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
11- Ailemle ilişkim	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
12- Maddi iyilik durumum	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
13- Bakıma ihtiyacı olan hastamla ilişkim	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
14- Fiziksel işlevsellliğim	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
15- Genel sağlığım	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
16- Genel olarak; bakıma ihtiyacı olan hastanın bakımını üstlenmenin bir sonucu olarak yaşamınız nasıl değişti?	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Bakıma ihtiyacı olan hastanıza bakım vermenin bir sonucu olarak yaşamınızda başka değişiklik varsa, lütfen onları aşağıya yazınız ve uygun biçimde puanlandırınız.							
17-	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
18-	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
19-	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

8.ÖZGEÇMİŞ



9.İNTİHAL RAPORU

NÖROLOJİK PROBLEMİ OLAN BİREYLERE BAKIM VERENLERDE GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE PERFORMANSI İLE EMOSYONEL DURUM ve VÜCUT FARKINDALIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ: KARŞILAŞTIRMAL BİR ÇALIŞMA

Gönderim Tarihi: 10-Kas-2023 04:29PM (UTC+0300)

Gönderim Numarası: 2223853899

Dosya adı: Tu_e_Y_Id_r_m.docx (145.18K)

Kelime sayısı: 11691

Karakter sayısı: 79757

Yazar Tuğçe Yildirim

NÖROLOJİK PROBLEMİ OLAN BİREYLERE BAKIM VERENLERDE
GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTE PERFORMANSI İLE EMOSYONEL
DURUM ve VÜCUT FARKINDALIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
İNCELENMESİ: KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇALIŞMA

ORJİNALLİK RAPORU

% 19	% 19	% 5	% 5	2
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVİ	

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 6
2	openaccess.biruni.edu.tr İnternet Kaynağı	% 2
3	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 2
4	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1
5	dspace.kocaeli.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
6	ihslc.mehmetakif.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	acikerisim.pau.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
8	dspace.biruni.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1

9	acikerisim.deu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
10	Submitted to Hacettepe University Öğrenci Ödevi	<% 1
11	Submitted to Sağlık Bilimleri Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
12	dspace.baskent.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
13	openaccess.maltepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
14	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	<% 1
15	openaccess.hacettepe.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1
16	acikerisim.deu.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
17	www.yumpu.com İnternet Kaynağı	<% 1
18	Submitted to Selçuk Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
19	wels.open.ac.uk İnternet Kaynağı	<% 1
20	Submitted to Okan Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1

3

21	9lib.net İnternet Kaynağı	<% 1
22	pure.johnshopkins.edu İnternet Kaynağı	<% 1
23	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	<% 1
24	Submitted to Gazi University Öğrenci Ödevi	<% 1
25	www.iiste.org İnternet Kaynağı	<% 1
26	Submitted to Istanbul Aydın University Öğrenci Ödevi	<% 1
27	Submitted to Suleyman Demirel University Öğrenci Ödevi	<% 1
28	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	<% 1
29	Submitted to Erciyes Üniversitesi Öğrenci Ödevi	<% 1
30	www.turkurolojidergisi.com İnternet Kaynağı	<% 1
31	Submitted to Istanbul University Öğrenci Ödevi	<% 1
32	archhealthscires.org İnternet Kaynağı	

<%1

33

jag.journalagent.com
İnternet Kaynağı

<%1

34

openaccess.hacettepe.edu.tr:8080
İnternet Kaynağı

<%1

Alıntıları çıkart Kapat

Bibliyografyayı Çıkart Kapat

Eşleştirmeleri çıkar < 10 words