



Kapadokya Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü

Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

**AKUT DÖNEMDEKİ AFAZİLİ HASTA YAKINLARININ
KAYGI DÜZEYLERİNİN AİLE YAŞAMINA VE BAKICI
YÜKÜNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

Elif Beyza BEKAR

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir, 2025

AKUT DÖNEMDEKİ AFAZİLİ HASTA YAKINLARININ
KAYGI DÜZEYLERİNİN AİLE YAŞAMINA VE BAKICI YÜKÜNE
ETKİSİNİN İNCELENMESİ

Elif Beyza BEKAR

Kapadokya Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü
Dil ve Konuşma Terapisi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi

Nevşehir, 2025

KABUL VE ONAY

Elif Beyza BEKAR tarafından hazırlanan “Akut Dönemdeki Afazili Hasta Yakınlarının Kaygı Düzeylerinin Aile Yaşamına ve Bakıcı Yüküne Etkisinin İncelenmesi” başlıklı bu çalışma, 14/03/2025 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Nurten TİRYAKİ (Başkan)

Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül ZENCİR ŞEN (Danışman)

Dr. Öğr. Üyesi Gamze YEŞİLLİ PUZELLA (Üye)

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Doç. Dr. Sinan AKILLI

Enstitü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kağıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Kapadokya Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır. Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan ve sahiplerinden yazılı izin alınarak kullanılması zorunlu metinleri yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricince YÖK Ulusal Tez Merkezi / Kapadokya Üniversitesi tarafından açık erişime açılır.

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

...../...../.....

Elif Beyza BEKAR

ETİK BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin/dönem projemin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, Dr.Öğr.yesi Ayşegül Zencir şen danışmanlığında tarafımdan üretildiğini ve Kapadokya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim, ğretim ve Araştırma Enstitüsü Tez ve Dönem Projesi Yazım Yönergesine göre yazıldığını beyan ederim.

Elif Beyza BEKAR

ÖZET

BEKAR, Elif Beyza. *Akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının kaygı düzeylerinin aile yaşamına ve bakıcı yüküne etkisinin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, 2025

Afazi, genellikle ani gelişen inmenin sonucunda ortaya çıkmakta ve hastalarda fiziksel yetersizliğe sebep olmasının yanında beynin dil ile ilişkili alanlarını da etkilediği için hastaların iletişiminin de bozulmasına neden olmaktadır. Afazinin getirdiği olumsuz durumlardan hastalar kadar hasta yakınları da etkilenmektedir. Ani gelişen bu durum karşısında hasta yakınlarının ne yapacağını bilememesi, korkuya kapılması sebebiyle kaygı yaşadıkları ve bu kaygının bakım yüküyle aile yaşamlarını olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu sebeple bu araştırmada, hasta yakınlarında görülen kaygının aile yaşamı ve bakıcı yüküyle arasındaki ilişkiyi incelemek amaçlanmaktadır. Araştırma nicel araştırma yöntemlerinden olan tanımlayıcı araştırma türünde planlanmıştır. Araştırmaya akut dönemdeki 43 afazili hasta yakını katılmıştır. Araştırmanın verilerini toplamak için katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek amacıyla Aile Yakını Demografik Bilgi Formu, katılımcıların akut dönemdeki kaygı düzeyini belirlemek için Beck Anksiyete Ölçeği, afazinin aile yaşamına etkisini belirlemek için Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği, bakım yükünün değerlendirilmesi için Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Aile Bakım Verenleri için Bakım Yükü Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler doğrultusunda kaygı düzeyi ile aile yaşamı arasında negatif yönde ($p=0.008<0.05$), bakıcı yükü ile arasında ise pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.001<0.05$). Aile yaşamı ve bakıcı yükü arasında da negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p=0.001<0.05$). Hasta yakınlarının demografik özellikleri incelendiğinde kaygı düzeyiyle cinsiyet ($p=0.01<0.05$), eğitim düzeyi ($p=0.043<0.05$), çalışma durumu ($p=0.006<0.05$) arasında anlamlı fark bulunmuştur. Afazinin aile yaşamına etkileri ile cinsiyet ($p=0.020<0.05$) arasında ve bakıcı yükleri ile cinsiyet ($p=0.049<0.05$) arasında anlamlı fark bulunmuştur.

Araştırmanın sonuçlarına göre afazili hasta yakınlarında akut dönemde kaygının düşük düzeyde de olsa arttığı ve aile yaşamını olumsuz etkileyerek yaşam kalitelerini düşürdüğü ve bakıcı yüklerini arttırdığı belirlenmiştir. Kaygı düzeyinin doğru yönetilebilmesi adına dil ve konuşma terapistlerinin hasta yakınlarına afaziyle ilgili bilgi ve eğitim desteği sağlaması önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Akut Dönem, Afazili Yakını, Kaygı, Aile Yaşamı, Bakıcı Yükü

ABSTRACT

BEKAR, Elif Beyza. *Examining of the effect of anxiety levels of the relatives of aphasic patients in the acute period on family life and caregiver burden*, Master's Thesis, 2025

It is thought that in the acute phase of aphasia, relatives of the patient experience anxiety and this may negatively affect family life and caregiver burden. This study aims to examine the relationship between anxiety in relatives of patients and family life and caregiver burden. The study was planned in the descriptive research type, which is one of the quantitative research methods. 43 relatives of patients with aphasia in the acute phase participated in the study. In order to collect the data of the study, Family Relative Demographic Information Form, Beck Anxiety Scale, Family Life Impact Scale in Aphasia, Zarit Caregiving Burden Scale and Caregiving Burden Scale for Family Caregivers were used. According to the data obtained in the study, a statistically significant relationship was found between anxiety level and family life in a negative direction ($p=0.008<0.05$) and a statistically significant relationship was found between anxiety level and caregiver burden in a positive direction ($p=0.001<0.05$). A statistically significant negative relationship was also found between family life and caregiver burden ($p=0.001<0.05$). When the demographic characteristics of the patient's relatives were examined, a significant difference was found between anxiety level and gender, education level, and employment status. A significant difference was found between the effects of aphasia on family life, caregiver burden and demographic characteristics only in the gender factor.

According to the results of the study, it was determined that anxiety increased in the acute period in the relatives of patients with aphasia, albeit at a low level, and negatively affected family life, decreased their quality of life and increased their caregiver burden. In order to manage the anxiety level correctly, it is recommended that speech and language therapists provide information and educational support to the patient's relatives about aphasia.

Keywords: Acute Period, Relative With Aphasia, Anxiety, Family Life, Caregiver Burden

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
KISALTMALAR DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	4
GENEL BİLGİLER.....	4
1.1. AFAZİ.....	4
1.2. AFAZİ TÜRLERİ	5
1.2.1. Tutuk Afaziler.....	5
1.2.1.1. Global Afazi	5
1.2.1.2. Broca Afazisi.....	5
1.2.1.3. Transkortikal Motor Afazi	6
1.2.1.4. Transkortikal Mikst Afazi	6
1.2.2. Akıcı Afaziler	6
1.2.2.1. Wernicke Afazisi.....	7
1.2.2.2. Transkortikal Duyusal Afazi	7
1.2.2.3. İletim (Kondüksiyon) Tipi Afazi	7
1.2.2.4. Anomik Afazi.....	7
1.3. AFAZİDE DİL VE KONUŞMA TERAPİSTİNİN ROLÜ	8
1.4. AFAZİLİ BİREYLERDE DEĞERLENDİRME.....	8
1.5. AFAZİLİ BİREYLERDE TERAPİ.....	9
1.5.1. İletişim/ Aktivite ve Katılım Temelli Yaklaşımlar:	10
1.5.1.1. Görsel Hareket Terapisi (VAT)	10
1.5.1.2. İletişim Çizim Programı (CDP)	10
1.5.1.3. Afazili Bireylerin İletişimsel Etkinliğini Destekleme Terapisi (PACE)..	10
1.5.1.4. Alternatif ve Destekleyici İletişim (AAC).....	10
1.5.2. Bozukluk Temelli Yaklaşımlar:.....	11
1.5.2.1. Afazi İçin Cümle Üretim Programı (SPPA).....	11
1.5.2.2. Melodik Ezgi Terapisi (MIT).....	11
1.5.2.3. Kısıtlama Dayalı Dil Terapisi (CILT).....	11
1.5.2.4. Semantik Özellikler Analizi (SFA).....	12
1.5.2.5. Kopyalama ve Geri Çağırma Terapisi (CRAT).....	12

1.6. AFAZİNİN AFAZİLİ HASTALARA ETKİLERİ.....	12
1.7. AFAZİNİN AFAZİLİ HASTA YAKINLARININ AİLE YAŞAMLARINA ETKİLERİ	13
1.7.1. Yaşam Kalitesi.....	13
1.8. KAYGI	15
1.9. BAKIM VE BAKICI YÜKÜ	18
İKİNCİ BÖLÜM	21
GEREÇ VE YÖNTEM	21
2.1. ARAŞTIRMA MODELİ.....	21
2.2. KATILIMCILAR.....	21
2.3. VERİ TOPLAMA ARACI	22
2.3.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu.....	23
2.3.2. Aile Yakını Demografik Bilgi Formu.....	23
2.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği:	23
2.3.4. Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği (FAMLI-TR).....	23
2.3.5. Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (ZBVYÖ)	24
2.3.6. Aile Bakım Verenleri İçin Bakım Yükü Ölçeği (BSCF)	24
2.4. VERİ TOPLAMA SÜRECİ	24
2.5. VERİLERİN ANALİZİ	25
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	27
BULGULAR.....	27
3.1. AKUT DÖNEMDEKİ AFAZİLİ HASTA YAKINLARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR.....	27
3.2. AFAZİLİ HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR	28
3.3. ÖRNEKLEM DAĞILIMI VE TANIMLAYICI BULGULAR.....	29
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	40
TARTIŞMA	40
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	46
KAYNAKÇA	48
EK 1. Orijinallik Raporu	66
EK 2. Etik Kurul İzin Formu	67
Ek 3. Bilgilendirilmiş Onam Formu	68
Ek 4. Aile Yakını Demografik Bilgi Formu	69
Ek 5. Beck Anksiyete Ölçeği	70
Ek 6. Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği (FAMLI-TR).....	72
Ek 7. Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (ZBVYÖ)	83
Ek 8. Aile Bakım Verenleri için Bakım Yükü Ölçeği (BSCF)	86

KISALTMALAR DİZİNİ

AAC: Augmentative and Alternative Communication (Alternatif ve Destekleyici İletişim)

ADD: Afazi Dil Değerlendirme Testi

BSCF: Burden Scale for Family Caregivers (Aile Bakım Verenleri için Bakım Yükü Ölçeği)

CAT-TR: Kapsamlı Afazi Testi

CDP: Communication Drawing Program (İletişim Çizim Programı)

CRAT: Copy and Recall Treatment (Kopyalama ve Geri Çağırma Terapisi)

EAT: Ege Afazi Testi

FAMLI-TR: The Aphasia Measure of Life Impact Türkçe Versiyonu

GAT-2: Gülhane Afazi Testi

HBA: Hızlı Afazi Testi

ICF: International Classification of Functioning Disability and Health (İşlevsellik, Yetiyitimi ve Sağlıkın Uluslararası Sınıflandırılması)

MIT: Melodic Intonation Therapy (Melodik Ezgi Terapisi)

PACE: Promoting Aphasics' Communicative Effectiveness (Afazili Bireylerin İletişimsel Etkinliğini Destekleme Terapisi)

SFA: Semantic Feature Analysis (Semantik Özellikler Analizi)

SPPA: Sentence Production Program for Aphasia (Afazi için Cümle Üretim Programı)

VAT: Visual Action Therapy (Görsel Hareket Terapisi)

ZBVYÖ: Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Afazi Tipleri ve Klinik Özellikleri.....	7
Tablo 2. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçlarının Bu Çalışmaya Ait Güvenirlik Düzeyleri.....	26
Tablo 3. Akut Dönemdeki Afazili Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri.....	27
Tablo 4. Afazili Hastaların Demografik Özellikleri	28
Tablo 5. Verilerin Dağılımı.....	29
Tablo 6. Verilere Ait Betimsel Bulgular	30
Tablo 7. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Sonuçları.....	32
Tablo 8. Beck Anksiyete Ölçeği ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	33
Tablo 9. Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği (FAMLI-TR) ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	35
Tablo 10. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBVYÖ) ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	37
Tablo 11. Aile Bakım Verenleri için Bakım Yüğü Ölçeği (BSCF) ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....	38

GİRİŞ

Afazi genellikle inme sonucu ortaya çıkan konuşma, anlama, tekrarlama, adlandırma, okuma, yazma gibi dil ile ilişkili alanların etkilenmesine sebep olan edinilmiş bir dil bozukluğudur (Toğram ve Maviş, 2012). İnme, afazinin en önemli sebebi olarak görülmekte ve dünya genelinde her yıl 15 milyon inme geçiren hastanın yaklaşık %40'ında afazi ya da dizartrinin (konuşma üretimini etkileyen kas zayıflığı) ortaya çıktığı belirtilmiştir (Bucur ve Papagno, 2019). İnme geçiren hastaların akut dönemde %21 ile %38 aralığında afazili olduğu yapılan araştırmalar arasındadır (Reichstein ve Salter, 2006).

Afazili hastalar dil ile ilgili yaşadıkları sorunların yanında medikal sorunlar, sosyal sorunlar ve psikolojik sorunlar da yaşamaktadırlar. Dil ile ilgili sorunlara baktığımızda konuşmanın kısmi veya komple yitimi, afaziye dizartri veya apraksi gibi motor konuşma bozukluklarının eşlik etmesi, okuma, yazma gibi alanlarda görülen bozukluklar karşımıza çıkarken; medikal sorunlara baktığımızda kolda ya da bacakta felç durumu, yutmada problemler, görmeyle ilgili sorunlar karşımıza çıkmaktadır. Sosyal sorunlarda arkadaş edinme ve devam ettirmede güçlük; psikolojik sorunlarda ise kaygı, depresyon, yalnızlık, yetersizlik hissi gibi olumsuz düşünceler görülmektedir (Boehme, 2016; Morris, 2017).

Afazili hastaların çoğu hayatlarının geri kalanında iletişim kurmada zorluk yaşarlar. Birçoğunda günlük aktivitelerinde zorlanma, kişilik değişimleri, duygularını kontrol etmede güçlük, mutsuz ruh hali, öfke kontrolünde zorluk, kaygılı ruh hali görülür ve yakınlarına bağımlı hale gelirler (Kniepmann ve Cupler, 2014; Ross ve Wertz, 2003).

Afazisi olan ve afazisi olmayan hastalarla yapılan bir çalışmada, afazili hastaların daha az insanla iletişime girdiği ve daha az arkadaşlık ilişkisi kurdukları görülmüştür (Davidson ve ark., 2008). Afazili hastalarla yapılan başka bir çalışmada afazili hastaların gününün çoğunu evde televizyon izleyerek ya da radyo dinleyerek geçirdiği gözlenmiştir (Natterlund, 2010). İnme sonrası afazi görülen ve afazi görülmeyen hastaların kaygı düzeylerinin ve yaşam kalitelerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada, hastalar 6 ay süreyle izlenmiş ve afazili hastaların, afazisi olmayan hastalara göre zaman geçtikçe kaygı düzeylerinin arttığı ve yaşam kalitelerinin de azaldığı görülmüştür (Hilari, 2011).

Afazi, bireyin dil ile ilişkili alanlarını etkilediği için sadece afazili hastayı değil afazili hastanın yakınının yaşamını da etkilemektedir (Fotiadou ve ark., 2014). İnme sonrası afazili hastalar sosyal desteğe her zaman ihtiyaç duyarlar ve onun yerine ailesi, arkadaşları bakımını üstlenir (Grant, 2013). Afazili hastaların yakınları, afazili hastanın jest ve mimikleriyle ne anlatmaya çalıştığını anlamak, hastanın yerine çevresiyle iletişim kurmaya çalışmak, terapi alıyorsa ev ödevlerine yardım etmeye çalışmak gibi birçok sorumluluğu üstlenirler (Harmon, 2020; Shafer ve ark., 2019). Sorumlulukların getirdiği yükten kaynaklı da hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin düştüğü görülmüştür (Worrall, 2016). Kendilerine yeterince zaman ayıramadıkları, rol karmaşası yaşadıkları ve afazili hastanın durumundan kötü şekilde etkilendikleri görülmüştür (Maviş ve Doğramacı, 2005).

Aile içinde görülen hastalık ailenin tüm fertlerini etkilemekte ve stres, kaygı gibi olumsuz durumları da beraberinde getirmektedir (Uğur, 2006). Afazili hasta yakınlarında görülen stres faktörü de afazili hastayı ve hasta yakınının psikolojisini olumsuz yönde etkilemekte ve aralarındaki iletişimi bozmaktadır (Godwin ve ark.,2013). Afazili hastalar ve yakınlarının iletişim becerileri üzerine yapılmış araştırmalarda, afazili hastayla yeterli iletişime giremeyen hasta yakınlarının kaygılarının daha fazla olduğu görülmüş (Burns, 2017; Fucetola ve Connor, 2015) ve bunun bakım verme yükünü arttırdığı ve yaşam kalitesini de düşürdüğü görülmüştür (Worrall, 2011). İnme sonrası afazi görülen hastaların yakınlarında tedavi ve rehabilitasyon süreci de stres faktörünü oluşturmaktadır (Cruice, 2006).

Dünya genelinde yapılan çalışmaların çoğunda, afazinin bireyin hayatını ciddi düzeyde etkilemesine rağmen bireylerin afazi konusundaki bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının az olduğu görülmüştür (Aljenaie ve Simmons-Mackie, 2022; Code ve ark., 2016; Henriksson ve ark., 2019; Viganò ve ark., 2021). Ülkemizde yapılan diğer araştırmalarda da bireylerin afazi konusundaki bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu görülmüştür (Eryılmaz Canlı, 2021; Oğuz ve ark., 2023). Afazili hasta yakınlarının afazi hakkındaki bilgi düzeylerinin iyi olması bakımı üstlenen hasta yakınlarının stres ve kaygı düzeyinde azalmaya sebep olduğu (Simmons-Mackie, 2001) ve yaşam kalitelerinde artışa yol açtığı görülmüştür (Code, 2020).

Bu araştırmada akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının kaygı düzeylerini belirlemek, afazinin aile yaşamları üzerine ve bakım yüküne etkisini belirlemek, bunun sonucunda da akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının kaygı düzeylerinin aile yaşamları üzerine etkisini ve bakım yüküne olan etkisini belirlemek amaçlanmaktadır. Bu amaçla aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

1. Akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının Beck Anksiyete Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki var mıdır?
- 2- Akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının Beck Anksiyete Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki var mıdır?
- 3- Akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının Beck Anksiyete Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile Aile Bakım Verenleri için Bakım Yüğü Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki var mıdır?
- 4- Akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki var mıdır?
- 5- Akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile Aile Bakım Verenleri için Bakım Yüğü Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında anlamlı ilişki var mıdır?
- 6- Akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının Beck Anksiyete Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile demografik özellikler arasında anlamlı farklılıklar var mıdır?
- 7- Akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile demografik özellikleri arasında anlamlı farklılıklar var mıdır?
- 8- Akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile demografik özellikleri arasında anlamlı farklılıklar var mıdır?
- 9- Akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının Aile Bakım Verenleri için Bakım Yüğü Ölçeği'nden aldıkları puanlar ile demografik özellikleri arasında anlamlı farklılıklar var mıdır?

BİRİNCİ BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

1.1. AFAZİ

Afazi tanımı ilk olarak 1861’de Paul Broca’nın Paris ‘te yaptığı dil işlevlerini yitiren vaka sunumuyla yapılmıştır ve dilin motor alanının sol frontal lobda konumlandığını ifade etmiştir (Ardila, 2014). Carl Wernicke ise dilin sensöriyel alanının sol pariyetal lobda konumlandığını ifade etmiştir (Benton ve Anderson, 1998).

Afazili bireylerle çalışan farklı meslek grupları, uzmanlıklarına bağlı olarak farklı bakış açılarını benimsemişlerdir. Örneğin nöroloji uzmanları tıbbi ve nörolojik bakış açısını benimserken, dil ve konuşma terapistleri bilişsel-dilsel bakış açısını benimsemişlerdir. Meslek gruplarının odak noktalarındaki farklılıklar sebebiyle de karşımıza birden fazla farklı afazi tanımı çıkmaktadır. (Raymer ve Gonzalez, 2017). Afazinin genellikle dil ile ilişkili sol serebral hemisferleri etkileyen nörolojik hasarlardan kaynaklandığı bilinmekte (Damasio ve Damasio, 1992) ve sol hemisferdeki dil alanlarının kortikal merkezlerinde oluşan lezyonların hasar bölgesiyle bağlantılı olarak bir afazi türüne sebep olduğu görülmüştür (Albert, 2004). Sağ elini kullananların %96-99’ unda, sol elini kullananların ise %60’ ında dil fonksiyonlarından sol hemisferin sorumlu olduğu belirtilmiştir (Brookshire, 1977). Geniş tanımıyla afazi; anlama, ifade etme, tekrarlama, adlandırma gibi işlevlerin yürütüldüğü dil ve konuşma ile ilişkili sol beyin bölgelerinde görülen hasar sebebiyle dil, konuşma ve iletişimin etkilenmesine bağlı olarak oluşan bozukluk olarak karşımıza çıkmaktadır (Ellis ve Urban, 2016). Afazi dilin fonoloji, morfoloji, sentaks, semantik, pragmatik yapılarını (Papathanasiou ve ark., 2013) ve okuma yazma gibi becerileri de etkilemektedir (Ardila, 2014).

Afazi; beyin travması, serebral tümörlör, dejeneratif bozukluklar sebebiyle ortaya çıkabilir (Topbaş ve Maviş, 2007). Afazinin bilinen en temel sebebi inmedir. İnme, beyne giden kan akışındaki bozulmaya bağlı olarak serobrovasküler olay sonucu ortaya çıkmaktadır. Kan damar yollarındaki tromboemboliye bağlı iskemik ya da hemorajik inmeye neden olabilir (Maviş ve Özbabalık, 2006). Afazi motor bozukluklarla ilişkili değildir fakat afaziye dizartri veya konuşma apraksisi eşlik edebilir (Helm-Estabrooks ve ark., 2014).

Afazi sınıflandırılmasında temel alınan iki yaklaşım ‘‘Boston Grubu sınıflandırma’’ ve ‘‘Luria’nın yorumu’’ olmuştur (Ardila, 2010). Günümüzde daha çok kullanılan ve adını dilin kortikal lokalizasyonundan alan Boston Grubu sınıflandırmadır ve konuşma üretimi tutuk veya akıcı ve kortikal, subkortikal, transkortikal şeklinde belirtilir (Albert ve ark.,1981; Benson, 1979).

Tutuk afazi türleri grubunda; global afazi, broca afazisi, transkortikal motor afazi, transkortikal mikst afazi; akıcı afazi türleri grubunda wernicke afazisi, transkortikal duyuşsal afazi, anomik afazi ve iletim (kondüksiyon) tipi afaziler bulunmaktadır (Shultz, 2009).

1.2. AFAZİ TÜRLERİ

1.2.1. Tutuk Afaziler

Global Afazi, anterior ve posterior perisilvian bölgede görülen lezyonlar sonucunda, broca afazisi, frontal lobun alt posterior kısmının çevresinde görülen lezyonlar sebebiyle ve transkortikal motor afazi, broca alanının süperioründe ve anteriorinde görülen lezyonlar sonucunda görülmektedir (Davis, 2013).

1.2.1.1. Global Afazi

Global afazili hastaların çoğunda hem Broca hem de Wernicke bölgeleri etkilenmektedir (Tippett ve Hillis, 2016). Tutuk afazi türleri içinde en ağır olanıdır, anlama, adlandırma, tekrarlama, okuma ve yazmanın ciddi şekilde bozulduğu görülmektedir (Love ve Brumm, 2012). Kişilerin kelimeleri anlamaları, sözlü veya sözsüz kalıpları üretmesi oldukça zordur. Ancak bu kişiler isteklerini mimikler veya sesli tonlama yoluyla ifade edebilirler (Purdy, 2016).

1.2.1.2. Broca Afazisi

Broca afazili hastalarda konuşma çıktısı kısıtlı, telegrafik ve agramatiktir. Agramatizmin görülmesine rağmen, konuşma çıktısı anlaşılır şekildedir (Basso, 2003; Blumstein, 2022). İşitsel anlama göreceli olarak korunmuştur (Blumstein, 2022). Artikülasyon ve prozodi hataları görülebilir (Hillis, 2007). Kelime tekrarlamaları ve adlandırmaları kötüdür. Eylem adlandırmada isim adlandırmaya göre daha çok zorlanırlar (Damasio ve Damasio, 2000). Otomatik konuşma genellikle korunur ve broca afazisine

konuşma apraksisi, dizartri, fonemik parafaziler eşlik edebilir (Mancinelli ve Klein, 2014; Papathanasiou ve ark., 2013). Konuşma apraksisinde hasta konuşma üretiminde istemli olarak hareketi yerine getirememektedir, tutarsız sesletim hataları yaparlar, bozuk ritm ve vurgu kullanırlar (Topbaş ve Maviş, 2007).

1.2.1.3. Transkortikal Motor Afazi

Transkortikal motor afazili hastalarda konuşmayı başlatmada güçlük, kısıtlı spontan üretim görülürken işitsel anlama ve tekrarları korunmuştur (Stark, 2015). Tekrarlamanın korunmuş olması transkortikal motor afaziyi broca afazisinden ayırmaktadır (Mancinelli ve Klein, 2014). Artikülasyon, prozodi, dil bilgisi, korunmuştur, ekolali, perseverasyon ve bazen de sözel parafaziler görülebilir (Ardila, 2014). Diğer afazi türlerine göre dilin iyileşmesinin daha hızlı ve iyi olduğu düşünülmektedir (Goodglass ve Kaplan, 1972).

1.2.1.4. Transkortikal Mikst Afazi

Bu afazi türü nadir olarak görülür; spontan konuşma etkilenmiş olup sıklıkla ekolali görülmektedir. İşitsel anlama ve adlandırma hafif düzeyde etkilenmiş olmasına karşın tekrarlamalar korunmuştur (Hillis, 2007).

1.2.2. Akıcı Afaziler

Akıcı afazilerde kişi akıcı cümleler kurmasına rağmen doğru sözcüğü bulmada ve yerinde kullanmada sıkıntılar yaşarlar. Wernicke afazisi, transkortikal duyusal afazi, iletim (kondüksiyon) tipi afazi ve anomik afazi akıcı afaziler içinde yer almaktadır (Davis, 2013).

Wernicke afazisi superior temporal girusun Broadman 22 numaralı alanında oluşan hasar sonucunda (Binder, 2015); transkortikal duyusal afazi inferior temporo-okspital alandaki hasarlar sonucunda (Davis, 2013); iletim (kondüksiyon) tipi afazi wernicke alanı ve broca alanı arasındaki arcuate fasciculusteki hasarlar sonucunda (Mancinelli ve Klein, 2014); anomik afazi ise dorsolateral frontal korteks, posterior temporo-okspital korteks, sol anterior temporal bölgedeki hasarlar sonucunda görülmektedir (Gerstenecker ve Lazar, 2019).

1.2.2.1. Wernicke Afazisi

Wernicke afazisinde kişiler eforsuz, akıcı ve dil bilgisi kurallarına uygun konuşurlar fakat semantik ve fonemik parafazilerden kaynaklı ne anlatmak istedikleri genellikle anlaşılmaz bu sebeple işitsel anlamaları kötüdür. Tekrarlama, adlandırma, okuma ve yazma becerileri de genellikle bozulmuş durumdadır (Acharya ve Wroten, 2019).

1.2.2.2. Transkortikal Duyusal Afazi

Transkortikal duyusal afazi Wernicke afazisiyle benzer özellikler gösterir. Akıcı konuşma, işitsel anlamamanın bozulmuş olması gibi. Wernicke afazisinden farklı olarak korunmuş tekrarlama yetileri bulunmaktadır. Konumlandığı beyin alanı sebebiyle bu afazi tipine sahip kişilerde görme ile ilgili problemler olabilir (Ardila, 2014; Damasio ve Damasio, 2000).

1.2.2.3. İletim (Kondüksiyon) Tipi Afazi

İletim tipi afazide konuşma akıcıdır ve anlama neredeyse normal düzeydedir. Tekrarlama yetileri belirgin şekilde bozulmasına rağmen hata farkındalıkları yüksektir. Adlandırma, okuma, yazma becerileri bozulmuştur. İdeomotor apraksi ve ek nörolojik bozukluklar görülebilir (Benson ve ark., 1973).

1.2.2.4. Anomik Afazi

Anomik afazide kişiler, akıcı ve dilbilgisel olarak korunmuş konuşma ve anlama görülmesine rağmen sözcük bulmada sıkıntı yaşarlar (Devinsky ve D'Esposito, 2004). Sözcük bulmadaki sıkıntılar çoğu afazi türüne eşlik eder fakat anomik afazi görülen kişiler, diğer afazi türlerine göre adlandırmada daha çok zorluk yaşarlar (Basso, 2003).

Afazi tiplerinin klinik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir:

Tablo 1. Afazi Tipleri ve Klinik Özellikleri

	Akıcılık	Anlama	İfade Etme	Tekrarlama	Adlandırma
Broca	Etkilenmiş	Hafif Etkilenmiş	Etkilenmiş	Etkilenmiş	Etkilenmiş
Wernicke	Normal	Etkilenmiş	Etkilenmiş	Etkilenmiş	Etkilenmiş
Global	Etkilenmiş	Etkilenmiş	Etkilenmiş	Etkilenmiş	Etkilenmiş

Transkortikal Motor	Etkilenmiş	Normal	Hafif Etkilenmiş	Normal	Hafif Etkilenmiş
Transkortikal Duyusal	Normal	Hafif Etkilenmiş	Hafif Etkilenmiş	Normal	Hafif Etkilenmiş
Transkortikal Mikst	Etkilenmiş	Hafif Etkilenmiş	Etkilenmiş	Normal	Hafif Etkilenmiş
İletim (Kondüksiyon)	Normal	Normal	Hafif Etkilenmiş	Etkilenmiş	Etkilenmiş
Anomik	Normal	Normal	Normal	Normal	Etkilenmiş

Kaynakça: Armağan, 2011

1.3. AFAZİDE DİL VE KONUŞMA TERAPİSTİNİN ROLÜ

Afazi bireyin kendisini etkilediği gibi ailesiyle ve diğerleriyle olan iletişimini ve yaşam kalitesini önemli derecede etkilemektedir. Afazili hastaların yeniden sosyal çevresiyle uyumunu kolaylaştırmak ve yaşam kalitesini arttırmak için hekimler, dil ve konuşma terapistleri, fizyoterapistler ve psikologların birlikte iş birliği yapması oldukça önemlidir (Toğram, 2008).

Dil ve konuşma terapistleri, afazi tipinin belirlenmesi, ayrıntılı şekilde dil ve konuşmanın değerlendirilmesi ve uygun terapinin planlanıp yürütülmesinden sorumludur. Tüm bu sürece aileyi de katarlar (Kelly ve ark., 2010). Afazinin yönetiminde dil ve konuşma terapisi altın standart kabul edilmektedir (Saxena ve Hillis, 2017). Dil ve konuşma terapisinin amacı farklı yaklaşımlar kullanarak afazili bireyin işitsel anlama, adlandırma, tekrarlama, cümle kurma, okuma ve yazma gibi dil, konuşma ve iletişim becerilerini geliştirmektir. Dilsel, bilişsel, işlevsel, mimiksel ipucu, üretim ve sözcük odaklı, kısıtlamalı, bilgisayar destekli, semantik, sosyal ve sonuç temelli olmak üzere birçok farklı dil ve konuşma terapisi yaklaşımları bulunmaktadır (Brady ve ark., 2016; Kunst ve ark., 2013).

1.4. AFAZİLİ BİREYLERDE DEĞERLENDİRME

Dil ve konuşma terapistleri afazili hastanın iletişim becerilerini geliştirme görevini üstlenmektedir. İletişim becerilerinin geliştirilmesi etkili bir terapi programının oluşturulmasına ve etkili terapi programının oluşturulması da hastanın tüm dil alanlarındaki becerilerinin ayrıntılı bir şekilde değerlendirilmesine bağlıdır. İletişim

becerilerinin geliştirilmesi afazinin etkilerini önemli ölçüde azaltmaktadır (Toğram, 2008). Afazili bireydeki semptomlar ve lezyonun yeri hakkında yeterli bilgiye sahip olmak afazi tipinin belirlenmesinde etkili olmasına karşın dil yeterliliğinin tam değerlendirmesi yapılmadan dil becerileriyle ilgili kesin bir yorum yapmak doğru değildir (Murdoch, 2010).

Afazinin tanımlanması, bilimin gelişmesiyle birlikte daha konforlu hale gelmiştir. Bilgisayarlı Tomografi (CT), Bilgisayar Bağlantılı Eksenel Tomografi (CAT), Manyetik Rezonans Görüntüleme (MR), Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme (fMRI), Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) gibi tekniklerle beyinde afaziye sebep olan lezyonlarla ilgili bilgiye ulaşmamız mümkündür. Görüntüleme tekniklerine ek olarak afazinin sınıflandırılabilmesi için değerlendirme testleri geliştirilmiştir (Oğuz, 2016). Ülkemizde afazi değerlendirmesi için Afazi Dil Değerlendirme Testi (Maviş ve Toğram, 2009), Gülhane Afazi Testi (GAT-2; Maviş ve ark. 2007) ve Ege Afazi Testi (EAT; Atamaz ve ark., 2007), Kapsamlı Afazi Testi (CAT-TR; Özdemir, 2020), Hızlı Afazi Bataryası (HBA; Polat, 2023) sıklıkla kullanılmaktadır.

1.5. AFAZİLİ BİREYLERDE TERAPİ

Yapılan araştırmalarda afazili hastalara uygulanan dil ve konuşma terapilerinin, dil bozukluklarının iyileşmesinde etkili olduğu söylenmektedir (Albert, 2003). Alanyazında yoğun şekilde verilen afazi terapilerinin daha etkili olduğu düşünülmekte (Basso, 2005); daha az yoğunlaştırılmış terapilerin ise sınırlı fayda gösterdiği bildirilmiştir (Bowen ve ark., 2012). Yapılan araştırmalarda inmeden sonraki ilk 3 ayın iyileşmedeki en aktif zaman olduğu ve akut dönem olarak adlandırıldığı görülmüştür.

Afazi terapileri, Broca ve Wernicke alanları ile ilişkili dil hasarlarına göre farklılık göstermekte ve bireye özgü yaklaşımlar uygulanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün (2001) İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırması (The International Classification of Functioning, Disability and Health ICF)'na göre afazili kişilere müdahale için İletişim/ Aktivite ve Katılım Temelli Yaklaşım ve Bozukluk Temelli Yaklaşım olmak üzere iki genel yaklaşım kullanılmaktadır.

1.5.1. İletişim/ Aktivite ve Katılım Temelli Yaklaşımlar:

Afazili hastaların iletişim becerilerini arttırarak hayata katılımlarını çoğaltmayı amaçlamakla beraber ailelerin de terapi süreçlerine katılmalarını sağlayan müdahaleleri içermektedir. İletişim/ aktivite ve katılım temelli yaklaşımlar içerisinde Görsel Hareket Terapisi (Visual Action Therapy [VAT]), İletişim Çizim Programı (Communication Drawing Program [CDP]), Afazili Bireylerin İletişimsel Etkinliğini Destekleme Terapisi (Promoting Aphasics' Communicative Effectiveness [PACE]), Alternatif ve Destekleyici İletişim (Augmentative and Alternative Communication [AAC]) gibi terapi yöntemleri bulunmaktadır (Yıldız, 2023).

1.5.1.1. Görsel Hareket Terapisi (VAT)

VAT, tutuk afazili hastalar için geliştirilen bir yaklaşımdır. Sözlü iletişimin yerine jest kullanımı desteklenmektedir. Jest kullanımına dayanak gösterilen hipotez jestlerin bilateral uyarılarla oluşması sağlanıp ifadelerin çoğunda unilateral uyarımın etkin olduğu görülmüştür. Bu sayede sol hemisferdeki lezyon sebebi ile ifadesi kısıtlanmış bireylerde sağ hemisfer telafisi ile iletişimin ortaya çıkması amaçlanmaktadır (Yaşa, 2021).

1.5.1.2. İletişim Çizim Programı (CDP)

CDP, çizimin telafi edici bir iletişim aracı olarak ele alınarak sözlü ve yazılı dil ifadesinde sınırlı olan şiddetli afazili hastalar için kullanılmaktadır (HelmEstabrooks ve ark., 2014).

1.5.1.3. Afazili Bireylerin İletişimsel Etkinliğini Destekleme Terapisi (PACE)

PACE, afazili hastaların pragmatik dil becerilerini geliştirmek amacıyla oluşturulmuş bir yaklaşımdır. Terapilerde afazili hasta ve klinisyenin sırayla resimli görsellerden seçip istediği tüm modaliteleri kullanarak hedef kelimeyi karşı tarafa anlatmaya çalışması hedeflenir (Davis ve Wilcox, 1985).

1.5.1.4. Alternatif ve Destekleyici İletişim (AAC)

AAC, sözel dilin iletişim amacıyla kullanımında sıkıntı yaşayan bireylerde alternatif bir iletişim yöntemin kullanılmasını destekleyen bir yöntemdir (Beukelman ve Miranda, 2013). Amerikan Dil ve Konuşma Derneği, alternatif ve destekleyici iletişimi

yöntemini “bireyin konuşma ve anlama gibi iletişim becerilerinin işlevsel ve etkili iletişim için en üst düzeye çıkarılabileceği bir dizi prosedür ve süreç” olarak tanımlanmaktadır (Amerikan Dil ve Konuşma Derneği, 2002).

1.5.2. Bozukluk Temelli Yaklaşımlar:

Afazili hastaların bozulmuş olan işitsel anlama, konuşma, okuma, yazma, adlandırma gibi dil alanlarındaki becerilerini geliştirmeye yönelik müdahaleleri içermektedir. Bozukluk temelli yaklaşımlar içerisinde Afazi İçin Cümle Üretim Programı (Sentence Production Program for Aphasia [SPPA]), Melodik Ezgi Terapisi (Melodic Intonation Therapy [MIT]), Kısıtlama Dayalı Dil Terapisi (Constraint Induced Language Therapy [CILT]), Semantik Özellikler Analizi (Semantic Feature Analysis [SFA]), Kopyalama ve Geri Çağırma Terapisi (Copy and Recall Treatment [CRAT]) gibi terapi yöntemleri bulunmaktadır (Yıldız, 2023).

1.5.2.1. Afazi İçin Cümle Üretim Programı (SPPA)

SPPA, belirli cümle türlerinin üretilmesine yardımcı olmak için geliştirilmiş bir terapi yaklaşımıdır. Yaklaşım; afazili hastanın aynı sözdizimsel formda ancak farklı sözcüksel içerikte birden fazla cümle duyar ve üretirse, belirli cümle türlerinin üretiminin gelişeceğine dayanmaktadır. Yaklaşımda sekiz farklı cümle yapısını uygulamak için bir hikâye tamamlama görevi kullanılır (HelmEstabrooks ve Nicholas, 2000).

1.5.2.2. Melodik Ezgi Terapisi (MIT)

MIT, Başta Broca afazisi olmak üzere sınırlı sözel ifadeye sahip bireylerde uygulanan bir yaklaşımdır. MIT’te amaç sözel çıktıyı kolaylaştırmak için dilin prozodik özelliklerinden yararlanmaktır. Konuşma dili prozodisinin perde, ifadelerin temposu ve ritim, vurgu unsurlarının abartılması yoluyla konuşulan dili kolaylaştırmaya yönelik bir yaklaşımdır. Terapi daha kısa ve kolay konuşma görevleriyle başlayarak hiyerarşik şekilde zorlaşarak ilerleyen konuşma görevlerini içermektedir (Sparks, 2008).

1.5.2.3. Kısıtlama Dayalı Dil Terapisi (CILT)

CILT, inmeden sonra motor kısıtlama tedavisinden uyarlanarak geliştirilmiştir. Yöntemde konuşmayı başlatmadaki zorlanmanın iletişimde hayal kırıklığına neden olduğu görülmektedir. CILT ile terapi uygulayan grup tarafından konuşma hedeflenerek

ve biçimlendirilerek, olumlu sosyal etkileşimle desteklenir. Bu sayede konuşma eylemi artırılarak daha fazla sözcük kullanımı ve ilgili alanlardaki uyarımın artırılması sağlanmış olur (Nenert ve ark., 2017).

1.5.2.4. Semantik Özellikler Analizi (SFA)

SFA, afazili hastaların, üretimi zor olan hedef sözcüğün önemli semantik özelliklerini tanımladığı bir kelime geri çağırma terapisi. Hedef sözcüğe ulaşabilmek için sözcük ile ilişkili anlamsal ağı aktive ederek sözcüğün geri çağırımı amaçlanmaktadır (Boyle, 2004).

1.5.2.5. Kopyalama ve Geri Çağırma Terapisi (CRAT)

CRAT, tek kelimelik yazma görevlerinin ilerletilmesi yoluyla tekrarlanan yazma alıştırmalarını içeren bir yaklaşımdır. Bireye sunulan yazılı örnekler hiyerarşik olarak verilmektedir (Beeson ve ark., 2003).

1.6. AFAZİNİN AFAZİLİ HASTALARA ETKİLERİ

Afazi bir iletişim bozukluğu olup afazili hastaların diğer bireylerle olan ilişkilerini olumsuz yönde etkilemekte (Dorze ve Brassard, 1995); arkadaşlık ve aile bireyleriyle olan iletişimlerini bozmaktadır (Brown ve ark., 2011; Davidson ve ark., 2008). Bireylerle iletişimlerinin bozulması afazili hastalarda dışlanma, kendini yalnız hissetme duygularına sebep olabilmektedir (Parr, 2007). Afazili hastaların iş arkadaşlarıyla iletişimleri azalmakta ya da tamamen bitmekte ve geçim kaynağı olan işlerini kaybetmek durumunda kalabilirler (Davidson ve ark., 2008). Afazili hastalar telefonla konuşmak, gazete okumak, duygularını anlatmak gibi karmaşık işlevleri yürütmekte de oldukça güçlük çekmektedirler (Darringard ve ark., 2011). Afazili hastaların çoğu tek başına dışarı çıkamamakta, iletişim bozukluklarından kaynaklı toplu ulaşım araçlarına tek başına binmek istememekte ve evlerinden çıkmak istememektedirler (Natterlund, 2010). Afazili hastalar bakım verene bağımlı olma, hayatının kontrolünü yitirme, günlük ve yaşamsal etkinliklerinde kısıtlılık, sosyal hayatlarında değişimler yaşarlar. Ayrıca öfke, şok, korku, stres, kaygı gibi olumsuz duygularını da kontrol etmekte güçlük çekerler (Ross ve Wertz, 2003). Afazili hastalarda inmenin tekrar yaşanabileceği korkusu ve sonucunda da ölüm korkusu görülebilmektedir (Rombough ve ark., 2006). Afazisi olan inmeli hastaların afazisi olmayan inmeli hastalara kıyasla depresyona daha çok meyilli oldukları

görülmüştür (Spaccavento ve ark., 2013). Afazili hastaların yaşadıkları zorluklar sebebiyle yaşam kaliteleri düşmektedir (Law, 2010). Afazili hastalar için, ailelerinden ve arkadaş çevrelerinden destek görmek oldukça önemlidir (Canlı ve Toğram, 2017). Afazili hastaların bireysel farklılıklarını göz ardı etmeden yaşama katılımlarını sağlamak ve yaşam kalitelerini geliştirmek önemlidir (Wallace ve ark., 2010). Tıbbi tedavinin yanında afazili hastaların dille ilgili sorunlarına yardımcı olabilmek için afazi terapisi uygulanmaktadır ve afazi terapisi için afazili hastaya sürekli dil girdisinin sağlanması, basitten karmaşığa doğru yeniden dil ediniminin sağlanması, afazi tipine göre dil gelişimi için yeni yollar geliştirmek, terapilere aileyi dahil etmek, bilgilendirmeye destek vermek önemli hedefler arasındadır (Ardila, 2014).

1.7. AFAZİNİN AFAZİLİ HASTA YAKINLARININ AİLE YAŞAMLARINA ETKİLERİ

İnme geçirip afazi görülen hasta yakınlarında birtakım değişimler görülmektedir. Bunlar;

- inme geçirip afazi görülen hasta yakınlarında afazi görülmeyen hasta yakınlarına göre düşük yaşam kalitesi görülmesi
- afazik hastayla iletişimlerinin olumsuz etkilenmesi
- arkadaş çevresiyle iletişimlerinin olumsuz etkilenmesi
- günlük hayatta yüklerinin artması
- stres, kaygı depresyon gibi psikolojik sorunların oluşması
- kendi beden sağlıklarının olumsuz etkilenmesi
- afazik hastanın evine taşınmak zorunda kalmak gibi pek çok beklenmedik sorunlar yaşarlar (Bakas ve ark., 2006; Grawburg ve ark., 2013; Simmons-Mackie, 2018).

1.7.1. Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam kalitesi kişinin hedefleri, beklentileri, standartlarıyla ilişkili kişinin yaşamını devam ettirdiği kültür ve değerler sistemi içinde kendi yaşamını algılama biçimidir ve kişinin psikolojik, fiziksel, sosyal, ekonomik

alanlardaki tam iyilik halidir (Vural Ö. ve ark., 2010). Psikolojik boyutu; hayattan alınan keyif, stres, kaygı gibi duyguları oluşturur. Fiziksel boyutu günlük işleri devam ettirebilme, yorgunluk, yeme, cinsellik, vücutta görülen ağrılar, dinlenme hali gibi durumları oluşturur. Sosyal boyutu aile ve bireylerle iletişim, sosyal etkinlikler, çevreden yardım alma gibi durumları oluştururken ekonomik boyutu ise barınma, sağlık sigortası, iş güvencesi gibi durumları oluşturur (Çiçek, 2014). Sağlıkta yaşam kalitesi ise kişinin kendi durumunun bilincinde olup bu durumdan memnun olmasıdır (Mus ve ark., 2010).

İnme; inme geçiren hastayı etkilediği kadar hasta yakınının da yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine sebep olmaktadır. İnme geçiren hastanın engellilik ya da hareketlerinin kısıtlanmasından dolayı hasta yakını psikolojik, fiziksel, sosyal alanlarda zorlu bir bakım yüküne maruz bırakılmaktadır (Pucciarelli G. ve ark., 2017). Hasta yakınlarında inmeden sonra insan iletişimlerinde azalma, arkadaşlık ilişkilerinin bozulması, kendine daha az zaman ayırma, günlük etkinliklerini devam ettirememesi gibi sorunlar görülür (White ve ark., 2006).

İnme sonucunda görülen afazi de hasta yakınlarının yaşam kalitesini etkilemektedir (Worrall, 2016). Afazi görülen inmeli hasta yakınlarında afazi görülmeyen inmeli hasta yakınlarına göre daha olumsuz sağlık şartlarına sahip oldukları görülmüştür (Servaes PA ve ark., 1999). Afazisi olan inmeli hastaların konuşma açısından güçlük çekmeleri hasta ve hasta yakınlarında psikolojik sorunların oluşmasına, bunun da vücuttaki ağrıların daha çok hissedilmesine sebep olduğu görülmüştür (Özgötürücü, 2021). Hasta yakınlarının hastanın bakım sürecini üstlenmek için gelir elde ettiği işine ara vermesi veya işinden istifa etmek zorunda kalması da yaşam kalitesini düşürmektedir. Kişinin yaşam kalitesinin iyileştirilmesi için maddi ve sosyal yönden yeterli olması, kendini güvende hissedebilmesi, çevresiyle iletişiminin güçlü olması, yaşamdan keyif alması gibi çoklu faktörlerin olması gerekmektedir (Akdemir ve Birol 2005).

Afazi hastalarında iletişim bozukluğu görülmesi hem hasta hem de hasta yakını için zorlu bir süreçtir. Bu süreç kadın ve erkek hasta yakını için de ortak bir iletişim sorunudur (Doğramacı, 2004). Afazili hastaya fiziki yardım etmenin yanında, hasta yakını çoğunlukla sözel olmayan ipuçlarını yorumlama ve hasta bireyin yerine iletişim kurmaya çalışmaktadır (Rombough, 2006). Hasta yakınlarının iletişime verdikleri değer azaldığı ve hayal kırıklığına uğradıkları görülmüştür (Wallace, 2017). Hasta

yakınlarının afazili hastalarla daha kaygılı, sinirli, olumsuz şekilde iletişim kurduğu görülmüş ve bu iletişimin de zaman geçtikçe bakıcı yükünü arttırdığı ve yaşam kalitesinin düşmesine sebep olduğu görülmüştür (Worrall, 2011). Afazili hastaların yakınlarına verilen eğitimin, hasta yakınlarının psikososyal yönden olumlu değişimler yaşamalarına ve afazili hastayla daha sağlıklı iletişim kurmalarına etki ettiği belirtilmiştir (Simmons-Mackie ve ark., 2010).

Afazisi olan inmeli hastaların yakınları bakımın getirdiği yükten kaynaklı kendilerine çok fazla vakit ayıramamakta, sosyal etkinliklere eskisi gibi katılmamakta, boş zamanlarını kendisi için değerlendirememektedir (Cruice, 2003). Arkadaş çevresi ve akrabalarıyla daha az görüşmektedir (Haley ve ark., 2020). Yapılan bir çalışmada afazili hastaların akrabalarının, afazisi olmayan hastaların akrabalarına göre daha olumsuz etkilendikleri görülmüştür (Bakas ve ark., 2006).

İnmeli hastanın fiziki durumu ve biliş düzeyinin yetersizliğinin yanında iletişim sorunu olarak görülen afazinin varlığı hasta yakınının stres, kaygı düzeyini arttırmaktadır (Ostwald ve ark., 2009). Yapılan bir çalışmada inme geçirip afazi görülen hasta yakınlarında, inme geçirip afazi görülmeyen hasta yakınlarına göre iletişim problemlerine bağlı olarak stres, kaygı düzeylerinde anlamlı bir artış olduğu görülmüştür (Bakas ve ark., 2006). Ayrıca afazili hastaların eşlerinin afazili hastaya korumacı yaklaşmakta oldukları ve hastayı stresten uzak tutmaya çalıştıkları da görülmüştür (Cruice ve Worrall, 2006).

Hasta yakınlarında kilo değişimi, mide rahatsızlıkları, baş ağrıları, uykusuzluk, dinlenememe gibi sağlık sorunları açığa çıkabilmekte (Grawburg ve ark., 2014; Sumathipala ve ark., 2012) ve bazı aile yakınlarının kendi sağlık sorunlarını görmezden geldikleri belirtilmiştir (Grant, 2004).

Nadir olarak da afazili hasta yakınları kendilerini daha olgun hissetme, özgüven artışı, kendini daha faydalı hissetme gibi olumlu değişimler de yaşayabilmektedirler (Le Dorze ve ark., 2009; Natterlund, 2010; Nyström, 2011).

1.8. KAYGI

Kaygı, bireyin herhangi bir durumla karşılaştığında yaşadığı fiziksel, psikolojik, zihinsel değişimlerle ortaya çıkan aşırı uyarılmışlık halidir (Karakaş, 2013, s. 139).

Psikolojik olarak bakıldığında endişe veya korku duyma; fiziksel olarak baktığımızdaysa stresli olma, bedendeki rahatsızlık hissidir (Rafsten ve ark., 2018). Kişiler kendilerine acı veren olayları yok sayarak inkâr ederler bu da kişileri endişeli ve kaygılı yapar (Kring ve Johnson, 2015).

Kronik rahatsızlığı bulunan hasta yakınlarında stres, kaygı, çaresizlik, suçluluk, utanç gibi duygular görülmektedir (Ghane ve ark., 2016). İnme de bir kronik hastalık olup; inmeli hastada bakım çoğunlukla yük olarak görülmekte ve bakımı üstlenen hasta yakınında kaygıya sebep olmaktadır (Pont ve ark., 2020). Özellikle akut dönemde bakımı üstlenen hasta yakınlarında daha fazla endişe ve kaygı görülmüş (Byun ve Evans, 2015) ve bunun da bakım yükünü yüksek düzeyde etkilediği (Dankner ve ark., 2016) ve hastalara psikolojik ve fiziksel destek vermede olumsuz etken olduğu bildirilmiştir (Lutz ve Young, 2010). İnmeli hasta yakınlarında yaklaşık %30-68 oranında depresif ve kaygı bulguları ortaya çıkmaktadır (Cheng ve ark., 2013). İnme sonucunda gelişen afazinin de hastada ve hasta yakınında ilk günlerde şok, korku ve şaşkınlık yarattığı (Lock, 2001) ve hasta yakınlarında stres, kaygı hatta depresyona sebep olduğu görülmüştür (McGurk ve Kneebone, 2011).

İNme sonrası yaşanan belirsizlik ve ne yapılması gerektiği konusunda yaşanan kararsızlık hasta yakınlarında korku, öfke, sinirlilik, kaygıya sebep olmaktadır (Öz 2004). Hastalık süresinin uzaması hasta yakınlarında endişeye sebep olup depresyon riskini arttırmaktadır (Terakye, 2011). Hastaların bakıcıya olan bağımlılık düzeylerinin fazla olması hasta yakınının stres ve kaygısını arttırmaktadır (Kruithof ve ark., 2016). Afazili hastaların eşleri afazili hastayı yeteri kadar koruyup kollayamadığını düşünmekte ve ihtiyaçlarını karşılayamadığı için endişelenmektedir (Hilari, 2010). Cinsiyet bakımından baktığımızda kadın eşlerin erkek eşlere göre hastalık durumundan daha çok rahatsız oldukları ve olumsuz yönde etkilendikleri görülmüştür (Bakas 2012; Zraick ve Boone, 1991). Ayrıca bakımı veren hasta yakınının yaşının ilerlemiş olması da kaygı için bir sebep olarak görülmektedir (Yıldırım ve ark., 2013). Afazili hastaların çocukları da hastalığın getirdiği sorunlarla yüzleşmek zorunda kaldıkları için kaygı duymakta (Murphy, 2006) ve kendilerine bağımlı bir ebeveyne sahip olmanın zorluğunu benimseyip psikolojik sorunlar yaşayabilmektedirler (Knapp ve ark., 2000). Hastalığın yinelenmesi konusunda da bakımı üstlenen hasta yakınları çok fazla kaygılanmaktadır

(Pritchard ve ark., 2001). Ailelerin gelir seviyesi de kaygı için önemli bir faktördür. Bakım sürecinde maddi olarak yaşanan sorunlar hasta yakınlarında stres düzeyini arttırmaktadır (Dökmen, 2012). Sosyal güvencesi olmayan ve bir işte çalışmayan hasta yakınları çalışan hasta yakınlarına göre hasta ile geçirdiği zamanın daha fazla olması, bakımın getirdiği zorluklarla daha fazla mücadele etmesi sebebiyle bakım yükünün arttığı ve bunun daha fazla kaygıya sebep olduğu görülmüştür (Çetinkaya ve Dönmez 2023). Hasta yakınlarının sağlık durumu da kaygı düzeyini etkilemektedir. Kronik rahatsızlığı olup ilaç kullanan hasta yakınlarının kronik rahatsızlığı olmayıp ilaç kullanmayan hasta yakınlarına göre yüksek düzeyde kaygı yaşadıkları görülmüştür (Uslu ve Polat, 2022). Yapılan bir çalışmada bakım sürecinin hasta yakınının sağlığını olumsuz yönde etkilediği ve yaşadıkları kaygıyı arttırdığı belirtilmiştir (Brinda ve ark., 2012). Hasta ve hasta yakınının hastanede kalması da kaygıyı artırıcı faktörlerdendir (Taşocak, 2007).

Hasta yakınları için diğer bir kaygı faktörü eğitim düzeyidir. Eğitim düzeylerinin düşük olmasının stresi arttırdığı ve bakım yükünü de olumsuz etkilediği görülmüştür (Yıldırım ve ark., 2013). Eğitim kavramı, psikiyatride “psikoeğitim” adıyla benimsenmiş ve hasta yakınına verilen psikoeğitimin bakım yükünü azaltarak yaşanan stres faktörünü en aza indirip yaşam kalitesini arttırdığı belirtilmiştir (Yurtsever, 2005). Kaygıya sebep olan en önemli faktörlerden biri de bilgi eksikliğidir ve kişilerde anlam karmaşasına, endişe ve kaygıya sebep olur (Hafsteinsdo'tti ve ark., 2011). Hasta yakınlarının genellikle taraflarına sözel bilginin verilmesini tercih ettikleri ve eğitimlerin de materyallerle desteklenmesini istedikleri belirtilmiştir (Wachter- Kaufmann ve ark., 2005).

Hasta yakınının bilgilendirilmesi gereken konular:

- hastanın genel sağlık durumu ve tedavisiyle ilgili bilgilendirilmesi
- hastanın ilaç kullanımı
- alanında uzman hangi sağlık personeliyle iletişime geçmesi gerektiği
- bilinçleneceği materyallere nereden ulaşması gerektiği gibi (Shahripour ve Donan, 2014).

1.9. BAKIM VE BAKICI YÜKÜ

Bakım, hasta yakınları tarafından verilen, bireyin medikal bakımına yardımcı olma, evdeki yeme-içme, banyo, giyinme, tuvalet gibi kişisel bakımlarına yardımcı olma, ev işlerine yardımcı olma, maddi konuda yardımcı olma gibi birçok ihtiyacın desteklenme durumudur (Aşiret ve Kapucu, 2012)

Bakım yükü bir kavram olarak ilk defa Hoenig ve Hamilton (1966) tarafından tanımlanmıştır. Hoenig ve Hamilton bakım yükünü nesnel yük ve öznel yük olarak iki gruba ayırmıştır. Nesnel yükü “bakım verenlerin olumsuz bakım deneyimleri”, öznel yükü ise “bakım verenlerin bakımı üstlenirken hissettikleri ‘‘duygular ve algılar’’ şeklinde tanımlamışlardır (Hoenig ve Hamilton 1966). Zarit (1980) bakım yükü kavramını, yaşlı bir aile üyesinin birincil bakıcısının sağlığı, sosyal hayatı, maddi durumu gibi yaşadığı her türlü zorluklar şeklinde tanımlamıştır (Zarit ve ark., 1980).

Bakım yükü genel olarak, bakım verme sırasında bakım verende oluşan psikolojik, fiziksel, sosyal, ekonomik gibi sorunların ortaya çıkmasıdır (Collins ve ark., 1994). Psikolojik sorunlara baktığımızda kişilerin kendi hayatlarındaki kontrolü kaybettiği, uykusuz, endişeli, kaygılı ruh hali görülürken; fiziksel sorunlarda baş ağrısı, vücut ağrısı, kas ağrısı gibi somatik şikayetler olur. Sosyal hayatta yaşadıkları sorunlar; arkadaş çevresiyle yeterli iletişime girememesi ve kendilerini yalnız hissetmeleri, ekonomik sorunlarda da hasta olan kişiye bakım verebilmek için işten ayrılma, hasta kişinin tedavi masrafları gibi sorunlar karşımıza çıkar (İnci, 2006).

Bakım yükünü etkileyen faktörler:

- Bakım verenin yaşı
- Cinsiyeti
- Eğitim düzeyi
- Etnik kökeni
- Hastanın ve bakıcının kişilik özellikleri
- Bakım verme süresi

- Bakıma ilişkin görüşleri
- Bakımla ilgili farkındalık ve bilgi düzeyi
- Hastanın birden fazla hastalığa sahip olması
- Bakıcının varsa kendi hastalıkları
- Hasta ile bakıcı arasındaki iletişim
- Bakıcının bakımı tek başına veya yardımcı üstlenmesi
- Hastanın ve bakıcının maddi durumu (Aşiret ve Kapucu, 2012; Kasuya ve ark., 2000).

Bakım yükü özellikle inmeli hastaları çok fazla sınırlandırdığı için bakıcılarda daha fazla yüke neden olmaktadır (Spaccavento ve ark., 2014). İnmeli hastaların bakım yükü, hastane süreci ve taburculuktan sonraki süreyi kapsayarak sıklıkla aile bireyleri tarafından üstlenilir (Han Y ve ark., 2017). İnmeli hastalar akut dönemden itibaren bakıma ihtiyaç duyarlar ve bu durum bakıcıların yaşamında sorunlara yol açar (Caro ve ark., 2017). İnme sonrası akut dönemde bakım yükünden kaynaklı yüksek seviyede duygusal gerginlik yaşadıkları ve bu durumun zaman geçtikçe arttığı (Chow ve ark., 2007) ve yaşam kalitelerinin de düştüğü görülmüştür (Code C ve Herrmann M, 2003).

İnmeli hastalarda iletişimin kaybı veya sekteye uğraması afazinin bir sonucu olup, inme geçiren hasta kadar bakıcıyı da olumsuz yönde etkilemektedir (Draper ve ark., 2007). Bakım yükü, bakıcılar için daha çok psikolojik ve fiziksel sağlık sorunlarına sebep olabilmektedir (Camak, 2015). İnme sonucunda afazi görülen hastaların bakıcılarında afazi görülmeyen hastaların bakıcılarına göre daha çok psikolojik sorunlar yaşadıkları, daha çok kaygı ve depresyona meyilli oldukları görülmüştür (Draper ve ark., 2007) ve daha çok bakım yüküne sahip oldukları bildirilmiştir (Bakas T ve ark., 2006). Hasta yakınının yaşının fazla olması, cinsiyetin kadın olması, etnik yapısı, kişilik özellikleri, hastayla aynı evde yaşaması bakım yükünü arttıran unsurlardandır (Dunkin ve ark., 1998; Nabors ve ark., 2002). Hasta yakınının kendisini bakım vermeye hazır hissetmemesi ve hastayla aralarının iyi olmaması da bakım yükünü arttırmaktadır (Mauk, 2019). Kronik hastalığa sahip hasta yakınlarında bakım yükünün fazla olduğu görülmüştür (Ödemiş, 2018). Sağlıklı olmayan hasta yakınlarının sağlıklı olan hasta yakınlarına göre daha fazla

bakım yükü yaşadıkları görülmüştür (Chou, 2000). Afazili hastaların fiziki ve iletişim sınırlılıklarından dolayı bakımı veren hasta yakınlarında, eskiden yaptıkları etkinliklerin azaldığı ve daha az insanla iletişime girdikleri görülmüş, iş, eğitim gibi alanlarda da aksilikler yaşadıkları belirtilmiştir (Haley, 2020). Yapılan bir araştırmada inme geçirip afazi görülen ya da afazi görülmeyen her iki gruptaki hastada da iş yerinde çalışma saatlerini kısaltmak zorunda kaldıkları veya işlerini bırakmak zorunda kaldıkları görülmüştür (McGurk ve Kneebone, 2013).

Bakımın verildiği tüm süreçte; hasta ve hasta bakıcılarının hastalıkla ilgili bilgilendirilmesi, oluşan stres ve kaygıyı azaltarak bakımın kalitesini olumlu yönde etkilemektedir (Bijnsdorp ve ark., 2022). Ayrıca bakıcılara fiziksel, psikososyal destek sağlanması bakımının yükünü azaltmaktadır (Camak, 2015).

İKİNCİ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın bu kısmında araştırmanın modeli, katılımcıların özellikleri, veri toplama araçları-toplama süreci ve verilerin analiziyle ilgili bilgiler yer almaktadır. Araştırma, Kapadokya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Etik Kurulu tarafından E-64577500-050.99-70859 sayılı karar ile 29.03.2024 tarihinde onay alınarak yüksek lisans tezi yapılmıştır.

2.1. ARAŞTIRMA MODELİ

Araştırma; akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının kaygı düzeylerini belirlemek, afazinin aile yaşamları üzerine ve bakıcı yüküne etkisini belirlemek, bunun sonucunda da akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının kaygı düzeylerinin aile yaşamları üzerine etkisini ve bakıcı yüküne olan etkisini belirlemek amacıyla nicel araştırma yöntemlerinden olan tanımlayıcı araştırma türünde yapılmıştır.

Tanımlayıcı araştırmaların amacı araştırılan konunun durumunu kendi koşulları içinde araştırmaktır ve ölçülmek istenen değişken durumlar arasındaki ilişki incelenmektedir (Büyüköztürk, 2013). Bu çalışmanın bağımlı değişkenlerini hasta yakınlarının aile yaşam kaliteleri ve bakıcı yükleri oluştururken, bağımsız değişkenini; hasta yakınlarında görülen kaygı düzeyi oluşturmaktadır.

2.2. KATILIMCILAR

Araştırmanın katılımcılarını İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kalmakta olan akut dönemdeki afazili hasta yakınları oluşturmaktadır.

Çalışmaya 14'ü erkek ve 29'u kadın olmak üzere toplamda 43 hasta yakını katılmıştır. Katılımcıların 4 tanesi 21-29 yaş arasında, 11 katılımcı 30-39 yaş arasında, 7 katılımcı 40-49 yaş arasında, 21 katılımcı da 50 yaş ve üzerindedir.

Çalışmaya katılan katılımcıların 34'ü afazili hastayla aynı evde yaşamakta, 9'u ise aynı evde yaşamamaktadır.

Çalışmada yer alan katılımcıların 20'si afazili hastanın çocuğu, 16'sı eşi, 4'ü anne/babası, 3'ü ise afazili hastanın kardeşidir.

Çalışmaya katılan katılımcıların 18'inin eğitim düzeyi üniversite, 12'sinin eğitim düzeyi lise, 11'inin eğitim düzeyi ilkokul, 2'si ise okur-yazar değildir.

Çalışmaya katılan katılımcılardan 22'si herhangi bir işte çalışmamakta, 21'i aktif olarak çalışmaktadır.

Çalışmanın öncesinde, katılımcılara bilgilendirilmiş gönüllü onam formu imzalatılmıştır. Katılımcılar çalışmaya dahil edilirken bazı dahil etme ve dışlama kriterleri belirlenmiştir.

Dahil etme kriterleri:

1. 18 yaş ve üzerinde olmak
2. Anadili Türkçe olmak
3. Afazili hastanın akut dönem içerisinde olması
4. Afazili hastaya ücret almadan aile yakınlarından birinin bakım veren olması
5. Yakınının afazi tanısının ve değerlendirmesinin bir dil ve konuşma terapisti tarafından yapılmış olması

Dışlama kriterleri:

1. Afazili hastaya ücret karşılığında bakım veren olmak
2. Yakını olduğu afazili hastanın kronik dönemde olması
3. Afazili hastaya demans tanısının eşlik etmesi

2.3. VERİ TOPLAMA ARACI

Çalışmanın verilerini toplamak amacıyla katılımcıların demografik özelliklerini belirlemek için Aile Yakını Demografik Bilgi Formu, aile yakınlarının kaygı düzeylerini belirlemek için Beck Anksiyete Ölçeği, afazinin aile yaşamına etkisini belirlemek için Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği (FAMLI-TR) ve katılımcıların bakım yüklerini

belirlemek için Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBVYÖ) ve Aile Bakım Verenleri İçin Bakım Yüğü Ölçeği (BSFC) kullanılmıştır.

2.3.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Çalışmaya katılmayı kabul eden akut dönemdeki afazili hasta yakınlarına araştırmanın içeriği, amacı ve uygulama süreciyle ilgili bilgi vermek için araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Formu imzalayan katılımcılar araştırmaya dahil edilmiştir.

2.3.2. Aile Yakını Demografik Bilgi Formu

Aile Yakını Demografik Bilgi Formu araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. İçerisinde afazili hasta yakınına yönelik sorular yer almaktadır. Afazili hasta yakınına yönelik sorular; cinsiyet, yaş, konuşulan dil, eğitim düzeyi, meslek, yaşanılan yer, afazili hastayla yakınlık derecesi ve afazili hastayla aynı evde yaşayıp yaşamadığına yönelik sorulardan oluşmaktadır.

2.3.3. Beck Anksiyete Ölçeği:

Ölçek Beck ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe' ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1993 yılında Ulusoy tarafından yapılmıştır. Kişinin anksiyete seviyesini ölçmek için tasarlanmış, uluslararası geçerliliği olan psikolojik bir testtir. Ölçek 4lü likert tipi bir ölçektir. 21 maddeden oluşmaktadır ve 0 ile 3 arasında değişen puanlaması bulunmaktadır.

2.3.4. Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği (FAMLI-TR)

Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği (The Family Aphasia Measure of Life Impact [FAMLI]), Grawburg ve ark. (2013) tarafından afazili hasta yakınlarının afazi sebebiyle ortaya çıkan yaşam kalitelerini ortaya çıkarmak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçekte sağlık ve günlük yaşam, tutum ve kişisel yaşam, diğerlerine yardım, iletişim ve duygular, dış etkiler ve etkileşimler olmak üzere beş alt alandan oluşan toplam 24 madde bulunmaktadır. Ölçekte yer alan aile üyelerinin yaşadığı olumlu ve olumsuz değişimler ICF kodlarıyla eşleşmektedir. Ölçeğin Türkçe' ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2022 yılında Tetik tarafından yapılmıştır. Ölçek; sağlık ve günlük yaşam 8 madde, tutum ve kişisel yaşam 4 madde, iletişim ve duygular 8 madde olmak üzere

toplam 20 maddeden oluşmaktadır. Rasch analizi bulgularına dayanarak 4 madde ölçekten silinmiş, bazı maddeler de yapılan analizler sonucu diğer alanlara eklenmiştir.

Ölçek -3 ve +3 arasında değerler bulunan 7 dereceli likert tipi bir ölçektir. -3 tamamıyla bir problem, -2 orta-önemli derecede bir problem, -1 hafif derecede bir problem, 0 afaziden dolayı değişim yok, +1 hafif derecede olumlu bir değişim, +2 orta önemli derecede olumlu bir değişim, +3 önemli derecede olumlu bir değişim olarak puanlanmaktadır. Katılımcılar maddeleri hayatlarında olumsuz yönde bir değişime neden olmuşsa eksi işaretli puanlardan; bireyin hayatında olumlu yönde bir değişime neden olmuşsa artı işaretli puanlardan tercih yapabilmektedir. Afaziden kaynaklı ortaya çıkan herhangi bir değişimin olmadığı durumlarda da katılımcıların o ifade için sıfır puan vermeleri beklenmektedir.

2.3.5. Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (ZBVYÖ)

Ölçek Zarit ve ark. (1980) tarafından bakım verenlerin hissettiği yükü anlamak amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2006 yılında İnci ve Erdem tarafından yapılmıştır. Ölçek 5li likert tipi bir ölçektir. 22 maddeden oluşmaktadır. Hiçbir zaman 0'ı, nadiren 1'i, bazen 2'yi, oldukça sık 3'ü, hemen her zaman 5'i temsil etmektedir. Ölçekten alınabilecek puan 18 ve 90 puan arasında değişmekte olup; puanın yüksek olması bakım verenin yaşadığı zorluğun yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

2.3.6. Aile Bakım Verenleri İçin Bakım Yükü Ölçeği (BSCF)

Ölçek Gräbel ve ark. (2003) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2017 yılında Ulusoy ve Graessel tarafından yapılmıştır. Ölçek 1'den 4'e kadar değişen likert tipi bir ölçektir. 28 maddeden oluşmaktadır. Kesinlikle doğru 4, çoğunlukla doğru 3, biraz doğru 2 ve doğru değil 1'i temsil etmektedir.

2.4. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Akut dönemdeki afazili hastaların yakınlarına, çalışmayı yürüten dil ve konuşma terapistinin çalışmakta olduğu hastane aracılığıyla ulaşılmıştır. Veriler toplanırken hasta yakınları çalışmayla ilgili bilgilendirilmiştir. Ölçekler hasta yakınlarının uygun oldukları

gün ve saatte uygulanmıştır. Veri toplamaya ilk olarak hasta yakınlarının demografik bilgileri alınarak başlanmıştır. Sonrasında katılımcılar sırasıyla Beck Anksiyete Ölçeği, Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Aile Bakım Verenleri İçin Bakım Yükü Ölçeği'ni doldurmuştur.

Veriler, hasta yakınlarıyla yüz yüze görüşme aracılığı ile toplanmıştır. Ölçeklerin uygulama süreleri 20-25 dakika arasında değişkenlik göstermiştir.

2.5. VERİLERİN ANALİZİ

Araştırmada elde edilen bulgulara ulaşmak için SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. Araştırmanın analizleri için %95 güven düzeyi kullanılmış ve aşağıdaki analizler yapılmıştır.

- Demografik özelliklerin belirlenmesi için frekans ve yüzde analizi yapılmıştır.
- Ölçeğin güvenilirliğinin belirlenmesi için tutarlılığı ölçen cronbach's alpha analizi yapılmış ve güvenilirliklerin bu araştırma için de yeterli düzeyde olduğu görülmüştür (Tablo 2)
- Ölçüm araçlarına ait katılımcıların düzeylerinin incelenmesi için betimsel analizlerden ortalama-toplam puan ve standart sapma verilmiştir.
- Verilerin dağılımının incelenmesi için merkezi eğilim ölçülerinden ortalama ve medyan değeri incelenirken ölçüm araçların basıklık-çarpıklık değerleri incelenmiştir.
- Bağımsız değişken ve bağımlı değişken arasındaki ilişki olup olmadığını eğer ilişki varsa bu ilişki kuvveti ve yönünün belirlenmesi için pearson korelasyon analizi yapılmıştır.
- Ölçümlerden elde edilen düzeylerin demografik değişkenlere göre farkının incelenmesi için iki gruplu demografik değişkenler için bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır.

Tablo 2. Araştırmada Kullanılan Ölçme Araçlarının Bu Çalışmaya Ait Güvenirlik Düzeyleri

Ölçümler	Cronbach Alpha
Aile Bakım Verenleri için Bakım Yüğü	0,861
Anksiyete	0,886
Zarit Bakım Verme Yüğü	0,891
Sağlık ve günlük yaşam	0,844
Tutum ve kişisel yaşam	0,708
İletişim ve duygular	0,826
Afazide aile yaşamı etki	0,826

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın 3. bölümünde toplanan veriler doğrultusunda elde edilen bulguların sonuçları verilmiştir.

3.1. AKUT DÖNEMDEKİ AFAZİLİ HASTA YAKINLARININ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR

Akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının demografik özelliklerine ait bulgular Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Akut Dönemdeki Afazili Hasta Yakınlarının Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Kadın	29	67,40
	Erkek	14	32,60
Konuşulan dil	Sadece Türkçe	40	93,00
	Türkçe ve bir yabancı dil	3	7,00
Yaş	21-29 yaş	4	9,30
	30-39 yaş	11	25,60
	40-49 yaş	7	16,30
	50 +yaş	21	48,80
Yaşanılan yer	İstanbul	41	95,30
	Diğer	2	4,70
Eğitim durumu	Lise ve altı	25	58,10
	Üniversite	18	41,90
Çalışma durumu	Çalışıyor	21	48,80
	Çalışmıyor	22	51,20
Afazili hastayla yakınlık derecesi	Çocuğu	20	46,50
	Eşi	16	37,20
	Anne/Babası	4	9,30
	Kardeşi	3	7
Afazili yakınla aynı evde yaşama	Evet	34	79,10
	Hayır	9	20,90
	Toplam	43	100,00

Tablo 3 ayrıntılı olarak incelendiğinde; akut dönemdeki 43 afazili hasta yakınının %67,40'ının kadın (n=29), %32,60'ının erkek (n=14) olduğu belirlenmiştir. Konuşulan dillerde %93'nün sadece Türkçe, %7'sinin Türkçe ve bir yabancı dil konuşabildiği görülmüştür. Hasta yakınlarının %9,30'unun 21-29 yaş aralığında olduğu, %25,60'ının 30-39 yaş aralığında olduğu, %16,30'unun 40-49 yaş aralığında ve %48,80'inin ise 50 yaş üzerinde olduğu belirlenmiştir. %58,10'unun lise ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu, %41,90'ının ise üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. %48,80'inin aktif olarak bir işte çalıştığı, %51,20'sinin ise çalışmadığı görülmüştür. %46,50'sinin afazili hastanın çocuğu olduğu, %37,20'sinin eşi, %9,30'unun ebeveyni, %7'sinin ise afazili hastanın kardeşi olduğu belirlenmiştir. %95,30'u İstanbul'da, %4,70'i diğer illerde yaşamaktadır. %79,10'u afazili hastayla aynı evde yaşamakta, %20,90'ı ise aynı evde yaşamamaktadır.

3.2. AFAZİLİ HASTALARIN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİNE AİT BULGULAR

Afazili hastaların demografik özelliklerine ait bulgular Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Afazili Hastaların Demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	Gruplar	n	%
Afazili hastanın cinsiyeti	Kadın	20	46,50
	Erkek	23	53,50
Afazili hastanın yaşı	25-39 yaş	3	7
	40-59 yaş	17	39,50
	60 +yaş	23	53,50
Afazili hastanın konuştuğu dil	Sadece Türkçe	43	100,00
Afazili yakınının eğitim durumu	Ortaokul ve altı	26	60,50
	Lise ve üzeri	17	39,50
Afazili hastanın mesleği	Ev hanımı	19	44,20
	Emekli	18	41,90
	Çalışıyor	6	14,00
Afazili hastanın daha önce dil ve konuşma için terapi alma durumu	Yok	43	100,00
Afazili hastanın beraber yaşadığı kişi/kişiler	Anne-baba	2	4,70
	Eş	30	69,80
	Çocuklar	3	7,00
	Yok	8	18,60

Afazili hastanızın inme öncesinde hastalığı	Var	5	11,60
	Yok	38	88,40
Afazili hastanızın önceden aldığı demans tanısı	Yok	43	100,00
	Toplam	43	100,00

Tablo 4 ayrıntılı olarak incelendiğinde; 43 afazili hastanın %46,50'sinin kadın (n=20), %53,50'sinin erkek (n=23) olduğu belirlenmiştir. Hastaların tamamının sadece Türkçe konuştuğu bildirilmiştir. %7'sinin 25-39 yaş aralığında olduğu, %39,50'sinin 40-59 yaş aralığında ve %53,50'sinin ise 60 yaşın üzerinde olduğu görülmüştür. %60,50'sinin ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olduğu, %39,50'sinin ise lise ve üzeri eğitim düzeyinde olduğu belirlenmiştir. %14'ünün bir işte çalıştığı, %41,90'ının emekli olduğu, %44,50'sinin ise ev hanımı olduğu belirlenmiştir. %4,70'inin ebeveyniyle yaşadığı, %7'sinin çocuklarıyla yaşadığı, %18,60'ının yalnız yaşadığı ve %69,80'inin eşiyle yaşadığı belirlenmiştir. %11,60'ının inme öncesinde başka bir hastalığının olduğu, %88,40'ının ise inme öncesinde başka bir hastalığının olmadığı araştırılmıştır. Afazili hastaların tamamının öncesinde demans tanısının olmadığı belirlenmiştir. Afazili hastaların hiçbiri daha önce dil ve konuşma için terapi almamıştır.

3.3. ÖRNEKLEM DAĞILIMI VE TANIMLAYICI BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın ulaşılan örneklemin dağılımı ve ölçüm araçlarına ait tanımlayıcı bulguları verilmiştir.

Tablo 5. Verilerin Dağılımı

Ölçekler ve Alt Boyutları	Merkezi Eğilim		Basıklık-Çarpıklık	
	Ort.	Medyan	Basıklık	Çarpıklık
Beck Anksiyete Ölçeği	17,67	17,00	1,771	1,197
Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği	-0,52	-0,60	0,248	-0,401
Sağlık ve Günlük Yaşam Alt Boyutu	-0,99	-1,00	0,248	0,071
Tutum ve Kişisel Yaşam Alt Boyutu	1,21	1,50	1,446	-0,663
İletişim ve Duygular Alt Boyutu	-0,90	-1,00	0,373	0,726
Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği	1,54	1,59	-0,525	-0,067
Aile Bakım Verenleri için Bakım Yüğü Ölçeği	2,23	2,25	-0,659	0,062

Araştırma sonucu ulaşılan verilerin dağılıma karar vermek için öncelikle merkezi eğilim ölçülerinden ortalama ve medyan değerleri incelenmiş olup ortalama ile medyan

değerinin birbirine yakınsadıkları belirlenmiş ve daha sonra basıklık ile çarpıklık düzeylerinin alt sınır olan -2 ile üst sınır olan + 2 aralığında olup olmadığına bakılmış olup araştırmada kullanılan ölçüm araçların tamamının basıklık değerlerinin alt sınırı olan -2 ve üst sınırı olan +2 aralığında olduğu gözlemlenmiştir (George ve Mallery 2010). Ayrıca dağılımın normalliğine karar vermek için kullanılan yöntemlerden bir ötekisi ise merkezi limit teoremidir ve bu teoreme göre örneklem sayısının 30 veya daha fazla olması ($n \geq 30$) gerektiğinden bu teoremden yola çıkarak farklı bir istatistiksel bakış açısı kapsamında verilerin dağılımın normal olduğu ve bu nedenle non parametrik ölçümlere göre daha güçlü olan parametrik yöntemleri içeren istatistik analizi tekniklerinin bu araştırmada kullanılmasına karar verilmiştir (Ghasemi ve Zahediasl, 2012).

Tablo 6. Verilere Ait Betimsel Bulgular

Ölçekler ve Alt Boyutları	Madde Sayısı	Ort.	s.s
Beck Anksiyete Ölçeği	21	17,67	11,65
Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği	20	-0,52	0,69
Sağlık ve Günlük Yaşam Alt Boyutu	8	-0,99	0,78
Tutum ve Kişisel Yaşam Alt Boyutu	4	1,21	0,87
İletişim ve Duygular Alt Boyutu	8	-0,90	0,98
Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği	22	1,54	0,58
Aile Bakım Verenleri için Bakım Yüğü Ölçeği	28	2,23	0,25

Anksiyete düzeylerinin yorumlanması için 4'lü likert için 0,75 puan aralığı ($3/4=0,75$) kullanılmakta olup, bu puanlama ölçeğinin başlangıç puanı olan 0 puanın üzerine 0,75 puan aralığı kadar puan eklenmekte ve her oluşan ölçüm düzeyi için puan alt ve üst sınırı hesaplanmaktadır. Bu durumda "0-0,75 aralığı çok düşük", "0,76-1,5 aralığı düşük", "1,51-2,25 aralığı yüksek" ve 2,26-3,0 aralığı çok yüksek" düzeyi gösterir ve ölçek toplam puan ile hesaplandığından yukardaki aralıkların madde sayısı ile çarpılması gerekmektedir. Katılımcıların anksiyete düzeylerinin 17.67 ± 11.65 ile düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Afazide aile yaşamı etki ölçeğinin hesaplanması için 7'li likert için 0,86 puan aralığı ($6/7=0,86$) kullanılmakta olup, bu puanlama ölçeğinin başlangıç puanı olan -3 puanın üzerine 0,86 puan aralığı kadar puan eklenmekte ve her oluşan ölçüm düzeyi için puan alt ve üst sınırı hesaplanmaktadır. Bu durumda "-3-2,14 aralığı çok düşük", "-2,14-1,28 aralığı düşük", "-1,28-0,42" hafif derece düşük", "-0,42-0,44 aralığı orta",

“0,44-1,30 aralığı hafif derece yüksek”, “1,30-2,16 aralığı yüksek” ve “2,16-3 aralığı çok yüksek düzeyi temsil etmektedir. Bu durumda afazide aile yaşamı etki düzeyinin $0,52\pm 0,69$ ile hafif derece düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Alt boyutları incelendiğinde sağlık ve günlük yaşam $-0,99\pm 0,78$ ve iletişim ve duygular $-0,90\pm 0,98$ ile hafif derece düşük düzeyde, tutum ve kişisel yaşam $1,21\pm 0,87$ ile hafif derece yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Zarit bakım verme yükü ölçeği için katılımcıların genel olarak düzeylerinin yorumlanması için 5’li likert için 0,80 puan aralığı ($4/5=0,80$) kullanılmakta olup, bu puanlama ölçeğin başlangıç puanı olan 0 puanın üzerine 0,80 puan aralığı kadar puan eklenmekte ve her oluşan ölçüm düzeyi için puan alt ve üst sınırı hesaplanmaktadır. Bu durumda “0-0,80 aralığı çok düşük”, “0,81-1,6 aralığı düşük”, “1,61-2,4 aralığı orta”, “2,41-3,2 aralığı yüksek” ve “3,21-4,0 aralığı çok yüksek” düzeyi göstermektedir. Bu durumda katılımcıların zarit bakım verme yüklerinin $1,54\pm 0,58$ ile düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Aile bakım verenleri için bakım yükü ölçeği için katılımcıların genel olarak düzeylerinin yorumlanması için 4’lü likert için 0,75 puan aralığı ($3/4=0,75$) kullanılmakta olup, bu puanlama ölçeğin başlangıç puanı olan 1 puanın üzerine 0,75 puan aralığı kadar puan eklenmekte ve her oluşan ölçüm düzeyi için puan alt ve üst sınırı hesaplanmaktadır. Bu durumda “1-1,75 aralığı çok düşük”, “1,76-2,5 aralığı düşük”, “2,51-3,25 aralığı yüksek” ve “3,26-4,0 aralığı çok yüksek” düzeyi göstermektedir (Durmaz, 2020). Katılımcıların aile bakım verenleri için bakım yükü düzeylerinin $2,23\pm 0,25$ ile düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 7. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Sonuçları

No	Ölçümler		1	2	3	4	5	6	7
1	Aile Bakım Verenleri için Bakım Yükü Ölçeği	r	1						
		p							
2	Beck Anksiyete Ölçeği	r	0,217	1					
		p	0,010*						
3	Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği	r	0,565	0,486	1				
		p	0,001*	0,001*					
4	Sağlık ve Günlük Yaşam Alt Boyutu	r	-0,510	-0,352	-0,650	1			
		p	0,001*	0,021*	0,001*				
5	Tutum ve Kişisel Yaşam Alt Boyutu	r	-0,190	-0,290	-0,371	0,323	1		
		p	0,223	0,059	0,014*	0,034*			
6	İletişim ve Duygular Alt Boyutu	r	-0,148	-0,292	-0,475	0,324	0,450	1	
		p	0,343	0,058	0,001*	0,034*	0,002*		
7	Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği	r	-0,378	-0,400	-0,664	0,728	0,672	0,845	1
		p	0,012*	0,008*	0,001*	0,001*	0,001*	0,001*	

*p<0.05; Pearson korelasyon

Tablo 7 incelendiğinde Beck Anksiyete Ölçeği ile Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği arasında (r: -0,400; p=0.008<0.05) negatif orantılı orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiş olup araştırmanın birinci sorusu doğru kabul edilmiştir. Alt boyutlar ile anksiyete arasındaki en yüksek ilişkinin sağlık ve günlük yaşam arasında (r: -0,352; p=0.021<0.05) olduğu ve bu ilişkinin negatif orantılı düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Testlerden elde edilen sonuçlara göre hasta yakınlarının kaygı düzeylerinin artması durumunda aile yaşamlarının da olumsuz yönde etkileneceği ve yaşam kalitelerinin düşeceği belirlenmiştir.

Beck Anksiyete Ölçeği ile Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği arasında (r:0,486; p=0.001<0.05) pozitif orantılı orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiş olup araştırmanın ikinci sorusu doğru kabul edilmiştir. Beck Anksiyete Ölçeği ile Aile Bakım Verenleri İçin Bakım Yükü Ölçeği arasında (r:0,217; p=0.010<0.05) pozitif orantılı düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiş olup araştırmanın üçüncü sorusu doğru kabul edilmiştir. Her iki bakım yükü ölçeği için de; hasta yakınlarının kaygı düzeylerinin artması durumunda bakıcı yüklerinin de artacağı belirlenmiştir.

Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği ile Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği arasında (r: -0,664;p=0.001<0.05) negatif orantılı yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit

edilmiş olup araştırmanın dördüncü sorusu doğru kabul edilmiştir. Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği ile Aile Bakım Verenleri İçin Bakım Yükü Ölçeği arasında ($r: -0,378$; $p=0.012<0.05$) negatif orantılı düşük düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiş olup araştırmanın beşinci sorusu doğru kabul edilmiştir. Her iki bakım yükü ölçeği için de; hasta yakınlarının bakıcı yüklerinin artması durumunda yaşam kalitelerinin azalacağı ve aile yaşamlarının olumsuz yönde etkileneceği belirlenmiştir.

Araştırmada kullanılan ölçeklerle hasta yakınlarının demografik özellikleri arasındaki ilişkiler incelenmiş ve bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Beck Anksiyete Ölçeği ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler Tablo 8’de, Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği (FAMLI-TR) ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler Tablo 9’da, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (ZBVYÖ) ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler Tablo 10’da, Aile Bakım Verenleri İçin Bakım Yükü Ölçeği (BSCF) ile demografik özellikler arasındaki ilişkiler Tablo 11’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Beck Anksiyete Ölçeği ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Anksiyete	t	p
Cinsiyet			
Kadın	21,62±11,63	3,631	0,001*
Erkek	9,50±6,37		
* $p<0.05$; t: Bağımsız örneklem t-testi			
Yaş			
50'den düşük	17,09±12,81	-0,333	0,741
50 ve üzeri	18,29±10,59		
$p>0.05$; t: Bağımsız örneklem t-testi			
Eğitim Düzeyi			
Lise ve altı	20,52±12,98	2,09	0,043*
Üniversite	13,72±8,31		
* $p<0.05$; t: Bağımsız örneklem t-testi			
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	12,81±8,01	-2,902	0,006*
Çalışmıyor	22,32±12,81		

*p<0.05; t: Bağımsız örneklem t-testi

Afazili Hastayla

Yakınlık Derecesi

Çocuğu	16,45±12,58		
		-0,638	0,527
Diğer	18,74±10,95		

p>0.05; t: Bağımsız örneklem t-testi

Tablo 8’ de belirtilen akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının Beck Anksiyete Ölçeği’nden aldıkları puanlar ile hasta yakınlarının “cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve afazili hastayla yakınlık derecesi” gibi demografik özellikleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde;

-Cinsiyet ile anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş (p=0.01<0.05) ve kadınların anksiyete düzeylerinin (21,62±11,63) erkeklerin anksiyete düzeylerinden (9,50±6,37) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

-Yaş ile anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın olmadığı tespit edilmiştir (p=0.741>0.05). Sonuç olarak anksiyete düzeyleri yaşa göre farklılaşmamaktadır.

-Eğitim düzeyi ile anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş (p=0.043<0.05) ve eğitim düzeyi lise ve altı olan hasta yakınlarının anksiyete düzeylerinin (20,52±12,98), eğitim düzeyi üniversite olan hasta yakınlarından (13,72±8,31) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

-Çalışma durumu ile anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş (p=0.006<0.05) ve çalışmayan hasta yakınlarının (22,32±12,81) anksiyete düzeylerinin, çalışan hasta yakınlarından (12,81±8,01) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

-Afazili hastayla yakınlık derecesi ile anksiyete düzeylerinden aldığı ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir (p=0.527>0.05). Sonuç olarak anksiyete düzeyleri afazili hastayla yakınlık derecesine göre farklılaşmamaktadır.

Tablo 9. Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği (FAMLI-TR) ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Sağlık ve günlük yaşam	Tutum ve kişisel yaşam	İletişim ve duygular	Afazide aile yaşamı etki
Cinsiyet				
Kadın	-1,16±0,7	1,14±0,94	-1,1±0,95	-0,69±0,67
Erkek	-0,63±0,84	1,36±0,69	-0,48±0,93	-0,18±0,63
t	-2,154	-0,773	-2,022	-2,414
p	0,037*	0,444	0,049*	0,020*
*p<0.05; t: Bağımsız örneklem t-testi				
Yaş				
50 altı	-1,03±0,86	1,19±1,04	-0,93±0,96	-0,56±0,81
50 ve üzeri	-0,95±0,71	1,23±0,67	-0,87±1,02	-0,48±0,55
t	-0,34	-0,123	-0,208	-0,377
p	0,735	0,903	0,836	0,708
p>0.05; t: Bağımsız örneklem t-testi				
Eğitim Düzeyi				
Lise ve altı	-1,02±0,81	1,00±0,87	-0,91±1,17	-0,59±0,78
Üniversite	-0,94±0,7	1,50±0,80	-0,89±0,65	-0,43±0,55
t	-0,309	-1,923	-0,069	-0,71
p	0,759	0,061	0,945	0,482
p>0.05; t: Bağımsız örneklem t-testi				
Çalışma durumu				
Çalışıyor	-0,98±0,87	1,36±0,73	-0,9±0,67	-0,48±0,59
Çalışmıyor	-0,99±0,71	1,07±0,98	-0,9±1,22	-0,56±0,79
t	0,050	1,094	0,015	0,377
p	0,960	0,280	0,988	0,708
p>0.05; t: Bağımsız örneklem t-testi				
Afazili hastayla yakınlık derecesi				
Çocuğu	-0,99±0,90	1,16±0,68	-0,83±1,04	-0,51±0,70
Diğer	-0,98±0,68	1,25±1,02	-0,96±0,94	-0,53±0,70
t	-0,042	-0,326	0,433	0,106
p	0,967	0,746	0,668	0,916
p>0.05; t: Bağımsız örneklem t-testi				

Tablo 9’ da belirtilen akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği’nden (FAMLI-TR) aldıkları puanlar ile hasta yakınlarının “cinsiyet,

yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve afazili hastayla yakınlık derecesi” gibi demografik özellikleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde;

-Cinsiyet ile afazinin aile yaşamına etkileri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ($p=0.020<0.05$) ve aile yaşamlarında erkeklerin ($-0,18\pm0,63$) kadınlara ($-0,69\pm0,67$) göre daha çok etkilendiği tespit edilmiştir. Sağlık ve günlük yaşam alt boyutlarından aldıkları puanlarla cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ($p=0.037<0.05$) ve erkeklerin sağlık ve günlük yaşam alanlarında kadınlara göre daha çok etkilendikleri tespit edilmiştir. İletişim ve duygular alt boyutlarından aldıkları puanlarla da cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş ($p=0.049<0.05$) ve yine erkeklerin iletişim ve duygular alanlarında kadınlara göre daha çok etkilendiği tespit edilmiştir.

-Yaş ile afazinin aile yaşamına olan etkileri ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.735>0.05$). Sonuç olarak afazide aile yaşamı etki düzeyi ve alt boyutları yaşa göre farklılaşmamaktadır.

-Eğitim düzeyi ile afazinin aile yaşamına olan etkileri ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.759>0.05$). Sonuç olarak afazide aile yaşamı etki düzeyi ve alt boyutları eğitim düzeyine göre farklılaşmamaktadır.

-Çalışma durumu ile afazinin aile yaşamına olan etkileri ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.960>0.05$). Sonuç olarak afazide aile yaşamı etki düzeyi ve alt boyutları çalışma durumuna göre farklılaşmamaktadır.

-Afazili hastayla yakınlık derecesi ile afazinin aile yaşamına olan etkileri ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.967>0.05$). Sonuç olarak afazide aile yaşamı etki düzeyi ve alt boyutları afazili hastayla yakınlık derecesine göre farklılaşmamaktadır.

Tablo 10. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBVYÖ) ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Zarit Bakım Verme Yüğü	t	p
Cinsiyet			
Kadın	1,66±0,59		
		2,029	0,049*
Erkek	1,30±0,48		
*p<0.05; t: Bağımsız örneklem t-testi			
Yaş			
50'den düşük	1,52±0,61		
		-0,233	0,817
50 ve üzeri	1,56±0,55		
p>0.05; t: Bağımsız örneklem t-testi			
Eğitim düzeyi			
Lise ve altı	1,61±0,68		
		1,027	0,311
Üniversite	1,45±0,40		
p>0.05; t: Bağımsız örneklem t-testi			
Çalışma durumu			
Çalışıyor	1,41±0,61		
		-1,507	0,140
Çalışmıyor	1,67±0,53		
p>0.05; t: Bağımsız örneklem t-testi			
Afazili hastayla yakınlık derecesi			
Çocuğu	1,51±0,68		
		-0,307	0,761
Diğer	1,57±0,48		
p>0.05; t: Bağımsız örneklem t-testi			

Tablo 10’ da belirtilen akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği’nden (ZBVYÖ) aldıkları puanlar ile hasta yakınlarının “cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve afazili hastayla yakınlık derecesi” gibi demografik özellikleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde;

-Cinsiyet ile Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş (p=0.049<0.05) ve kadınların bakım yüğü düzeylerinin (1,66±0,59), erkeklerin bakım yüğü düzeylerinden (1,30±0,48) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

-Yaş ile Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir. ($p=0.817>0.05$). Sonuç olarak bakım yükü düzeyleri yaşa göre farklılaşmamaktadır.

-Eğitim düzeyi ile Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir. ($p=0.311>0.05$). Sonuç olarak bakım yükü düzeyleri eğitim düzeylerine göre farklılaşmamaktadır.

-Çalışma durumu ile Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir. ($p=0.140>0.05$). Sonuç olarak bakım yükü düzeyleri çalışma durumuna göre farklılaşmamaktadır.

-Afazili hastayla yakınlık derecesi ile Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir. ($p=0.140>0.05$). Sonuç olarak bakım yükü düzeyleri afazili hastayla yakınlık derecesine göre farklılaşmamaktadır.

Tablo 11. Aile Bakım Verenleri için Bakım Yüğü Ölçeği (BSCF) ile Demografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Aile Bakım Verenleri için Bakım Yüğü	t	p
Cinsiyet			
Kadın	2,26±0,27	1,348	0,185
Erkek	2,15±0,22		
p>0.05; t: Bağımsız örneklem t-testi			
Yaş			
50'den düşük	2,29±0,26	1,866	0,069
50 ve üzeri	2,15±0,23		
p>0.05; t: Bağımsız örneklem t-testi			
Eğitim düzeyi			
Lise ve altı	2,21±0,27	-0,454	0,652
Üniversite	2,25±0,24		
p>0.05; t: Bağımsız örneklem t-testi			
Çalışma durumu			

Çalışıyor	2,19±0,24	-0,912	0,367
Çalışmıyor	2,26±0,27		
p>0.05; t: Bağımsız örneklem t-testi			
Afazili hastayla yakınlık derecesi			
Çocuğu	2,22±0,31	-0,214	0,832
Diğer	2,23±0,20		
p>0.05; t: Bağımsız örneklem t-testi			

Tablo 11’ de belirtilen akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının Aile Bakım Verenleri için Bakım Yükü Ölçeği’nden (BSCF) aldıkları puanlar ile hasta yakınlarının “cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu ve afazili hastayla yakınlık derecesi” gibi demografik özellikleri arasındaki ilişkiler incelendiğinde;

-Cinsiyet ile Aile Bakım Verenleri için Bakım Yükü Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.185>0.05$). Sonuç olarak bakım yükü düzeyleri cinsiyete göre farklılaşmamaktadır.

-Yaş ile Aile Bakım Verenleri için Bakım Yükü Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.069>0.05$). Sonuç olarak bakım bakım yükü düzeyleri yaşa göre farklılaşmamaktadır.

-Eğitim düzeyi ile Aile Bakım Verenleri için Bakım Yükü Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.652>0.05$). Sonuç olarak bakım yükü düzeyleri eğitim düzeyine göre farklılaşmamaktadır.

-Çalışma durumu ile Aile Bakım Verenleri için Bakım Yükü Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.367>0.05$). Sonuç olarak bakım yükü düzeyleri çalışma durumuna göre farklılaşmamaktadır.

-Afazili hastayla yakınlık derecesi ile Aile Bakım Verenleri için Bakım Yükü Ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.832>0.05$). Sonuç olarak bakım yükü düzeyleri afazili hastayla yakınlık derecesine göre farklılaşmamaktadır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışma, akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının kaygı düzeylerini, afazinin aile yaşamlarına olan etkilerini ve bakıcı yükünü belirlemeyi, bu bulgular doğrultusunda da kaygı düzeylerinin aile yaşamı ve bakıcı yükü ile arasındaki ilişkisini incelemeyi hedeflemektedir. Bu bölümde, akut dönemdeki 43 afazili hasta yakınının Beck Anksiyete Ölçeği, Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Aile Bakım Verenleri İçin Bakım Yükü Ölçeği'ne verdikleri yanıtlar arasındaki ilişkiler ve elde edilen bulgular tartışılmıştır.

Hasta yakınlarının kaygı düzeylerini belirlemek amacıyla Beck Anksiyete Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen veriler incelendiğinde, afazili hasta yakınlarında akut dönemde düşük düzeyde de olsa kaygının arttığı görülmüştür. Literatür incelendiğinde bakım veren hasta yakınlarının akut ve kronik dönemde kaygı yaşadığı görülmüştür. Cameron ve arkadaşları (2006) inmeli hastaya bakım verenlerin %51,1'inin bakımın ilk ayında anksiyete yaşadığını belirtmiştir. Brinda ve arkadaşları (2012) ile Hu ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında hasta yakınlarında kaygı ve depresyon belirtilerinin zamanla arttığı belirtilmiştir. Eryılmaz (2021) afazili hasta yakınlarıyla yaptığı çalışmasında stres, anksiyete, depresyon düzeylerinin yüksek olduğunu belirtmiştir. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarıyla yapılan başka bir çalışmada hasta yakınlarının %44,7'sinde depresyon bulgusu gösterdiği bildirilmiştir (McCullagh E.ve ark., 2005). Guo ve Liu'nun (2015) çalışmasında da inmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının yaklaşık dörtte üçünün depresif belirtiler yaşadığı bildirilmiştir.

Kaygının demografik özellikler ile ilişkisi incelendiğinde; kadınların kaygı düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim durumuna bakıldığında, lise ve altı eğitim seviyesine sahip hasta yakınlarının, üniversite mezunu hasta yakınlarına göre daha yüksek düzeyde kaygı yaşadıkları görülmüştür. Ayrıca, çalışmayan hasta yakınlarının, çalışan hasta yakınlarına kıyasla daha yüksek düzeyde kaygı yaşadıkları tespit edilmiştir. Kaygı düzeyinin afazili hastayla olan yakınlık derecesine ve yaşa bağlı olarak farklılaşmadığı gözlemlenmiştir. Literatür incelendiğinde; Bakas (2012) kadınların erkeklerden daha fazla kaygı yaşadığını ifade etmiştir. Dökmen

(2012) çalışmayan hasta yakınlarının çalışan hasta yakınlarına göre daha yüksek düzeyde kaygı yaşadığını belirtmiştir. Yıldırım ve arkadaşları (2013) eğitim seviyesinin ve yaş faktörünün kaygıyı değiştirdiğini belirtmiştir. Arca ve Ceylan'ın (2020) çalışmasında akut dönemde hasta yakınlarının yaşadığı kaygının; yaş, meslek ve hastayla olan yakınlık derecesi ile değişmediği, eğitim durumu ile değiştiği bildirilmiştir.

Hasta yakınlarının afazinin aile yaşamına etkilerini belirlemek amacıyla FAMLITR Ölçeği kullanılmıştır. Ölçek sonuçları incelendiğinde, afazili hasta yakınlarının akut dönemde aile yaşamlarının düşük düzeyde de olsa olumsuz etkilendiği görülmüştür. Ölçeğin alt boyutlarına bakıldığında, sağlık ve günlük yaşam ile iletişim ve duygular bölümlerinin hafif düzeyde düşük etkilenme gösterdiği, ancak tutum ve kişisel yaşam alt bölümünün hafif düzeyde yüksek etkilenme gösterdiği görülmüştür. Sağlık ve günlük yaşam alanlarında hasta yakınlarının kendi sağlıklarının ve vücutlarındaki fiziksel işleyişin olumsuz etkilendiği, sosyal ve eğlence aktivitelerinin değiştiği, arkadaşlık ilişkilerinin bozulduğu, ekonomik durumlarının etkilendiği görülmüş ve literatürdeki çalışmalarla benzerlik göstermektedir (Aşiret ve Kapucu, 2012; Atagün ve ark., 2011, Camak, 2015; Draper ve ark., 2007; Haley, 2020; Hunting Pompon, 2021; Lutz, 2010). İletişim ve duygular alanında hasta yakınları daha duygusal olma eğiliminde olduklarını, kendilerini daha üzgün, hayal kırıklığına uğramış ve daha endişeli hissettiklerini, afazili hastayla eskiye göre iletişim kurmada zorluk yaşadıklarını belirtmişler ve literatürdeki çalışmalarla uyumludur (Er ve Yıldırım 2019; Iwasaki ve ark., 2023; Kniepmann ve Cupler, 2014; Linebaugh ve ark., 2006; Mcgurk ve Kneebone, 2013; Rombough ve ark., 2006). Tutum ve kişisel yaşam alanlarında ise hasta yakınlarının kendilerini daha minnettar hissettiği, olaylara karşı pozitif yönden baktıkları, zorluklarla baş etmeyi öğrendikleri, bakım verme konusunda daha çok bilgilendikleri belirtilmiş ve yine literatürle paralellik göstermektedir (Grawburg ve ark., 2014; Winkler ve ark., 2014).

Aile yaşamının demografik özellikler ile ilişkisi incelendiğinde; erkeklerin aile yaşamında kadınlara göre daha çok etkilendiği görülmüştür. Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği'nin alt gruplarında ise erkeklerin iletişim ve duygular bölümleri ile sağlık ve günlük yaşam bölümlerindeki etkilerinin kadınlardan daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ve afazili hastayla olan yakınlık derecesi gibi diğer demografik özelliklerin

afazinin aile yaşamı üzerindeki etkisini değiştirmediği gözlemlenmiştir. Bu çalışmaya karşıt olarak literatürdeki çalışmalarda kadınların aile yaşamlarında erkeklerden daha çok etkilendiği görölmüştür (Blake, 2000; Maviş ve ark., 2005; Yeşilkaya, 2013; Zraick ve Boone, 1991). Bu çalışmayla benzer olarak Imarhiagbe ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında; yaş, eğitim düzeyi gibi demografik özelliklerin aile yaşamı üzerindeki etkisini değiştirmediği belirtilmiştir.

Hasta yakınlarının bakım yüklerini belirlemek amacıyla Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBVYÖ) ile Aile Bakım Verenleri için Bakım Yüğü Ölçeği (BSCF) kullanılmıştır. Her iki ölçek sonucuna göre hasta yakınlarının akut dönemde bakıcı yüklerinin düşük düzeyde de olsa arttığı görölmüştür. Bakıcı yüklerinin düşük düzeyde görölme sebebinin hasta yakınlarının henüz ev ortamında bakımı deneyimlemedikleri ve kalmakta oldukları hastaneden bakım için destek almalarından kaynaklandığı düşünölmektedir. Literatürdeki pek çok çalışmada bakım süresinin uzamasıyla bakıcı yükünün arttığı görölmüştür (Aşiret ve Kapucu, 2013; Lutz ve Young, 2010; McCullagh ve ark., 2005; Pinquart ve Sorensen, 2007; Zaybak ve ark., 2011).

Bakıcı yükleriyle demografik özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde; ZBVYÖ'ye göre kadınların bakım verme yükünün erkeklerden daha fazla olduğu görölmüştür. BSCF' ye göre ise cinsiyet ağıısından anlamlı bir farklılık görölmemiştir. Her iki ölçek için yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, afazili hastayla olan yakınlık derecesi gibi demografik özelliklerin bakım yükünü etkilemediği görölmüştür. Literatürdeki çalışmalarda da bakım veren yakınların çoğunlukla kadın olduğu ve kadınların erkeklere göre daha yüksek bakım yüküne sahip olduğu görölmüştür (Eryılmaz, 2021; İnan, 2019; İnci ve Temel, 2016; Maviş, 2005; Menon ve ark., 2017; Özgötürücü 2021; Yılmaz ve Ata, 2017). Bu çalışmayla benzer bakım yükü ile yaş, eğitim düzeyi, bakım verme süresi gibi demografik özelliklerin ilişkilerinin incelendiği bir çalışmada bakım yükleri ile bu demografik özellikleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Imarhiagbe ve ark., 2017). Fakat Zaybak ve arkadaşlarının (2011) yürüttüğü çalışmada, bakım yükünün bakım veren bireyin çalışma durumu ve mesleğinden etkilendiği, hastanın bağımlılık düzeyi arttığı bakım yükünün de arttığı belirtilmiştir.

Kaygı düzeyi ile afazinin aile yaşamına etkileri arasındaki ilişki incelendiğinde; Beck Anksiyete Ölçeği ile Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği arasında negatif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuş ve birinci araştırma sorusu doğru kabul edilmiştir. Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği'nin alt boyutları incelendiğinde, aile yaşamına etkileri ile anksiyete arasındaki en güçlü ilişkinin sağlık ve günlük yaşam arasında olduğu ve bu ilişkinin negatif yönde düşük düzeyde anlamlı olduğu gözlemlenmiştir. Bu durum, kaygı düzeyinin artması durumunda aile yaşamlarının olumsuz etkileneceğini göstermektedir. Literatür incelendiğinde; Karahan ve arkadaşlarının (2014) rehabilitasyon gören inmeli hastalar ve bakıcılarıyla yaptıkları çalışmada, hasta yakınlarının öfke, hayal kırıklığı, kaygı gibi olumsuz durumlar yaşadıklarını, bunun sonucunda aile yaşamlarının olumsuz etkilenecek kaygı seviyelerinin arttığı görülmüştür. Soy (2019) inmeli hastalara bakım verenlerle yaptığı çalışmada stres ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi karşılaştırmış, hasta yakınlarında görülen stres düzeyi artışının günlük yaşam aktivitelerini negatif yönde etkilediğini bildirmiştir. Kniepmann (2014) inmeli hastalara bakım verenlerle yaptığı çalışmada stres seviyesi yüksek olan bakım verenlerin stres seviyesi düşük olan bakım verenlere göre yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmüştür.

Kaygı düzeyiyle bakıcı yükü arasındaki ilişki incelendiğinde; Beck Anksiyete Ölçeği ile Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Beck Anksiyete Ölçeği ile Aile Bakım Verenleri İçin Bakım Yükü Ölçeği arasında ise pozitif yönde düşük düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Araştırmanın ikinci ve üçüncü sorusu doğru kabul edilmiştir. Bu durum hasta yakınlarının kaygı düzeylerinin artması durumunda bakıcı yüklerinin de artacağını göstermektedir. Literatürde de benzer şekilde bakım verenlerde görülen kaygı seviyelerinin bakım yükü ile anlamlı ilişki gösterdiği görülmüştür. Dakner ve arkadaşlarının (2016) araştırmasında, inmeden kurtulan hasta yakınlarının ruhsal sağlığının, inme olayından sonraki erken dönemde bakım yükünü etkilediği bulunmuştur. İnmeli hastaların yakınları üzerinde yapılan niteliksel bir çalışmada, yakınının sıkıntısının akut dönemde başladığı ve felç sonrası bir yıldan fazla sürdüğü, ayrıca bakım verenlerin bakım vermeyenlere göre 2,5 kat daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadığı belirtilmiştir (Ain ve ark., 2014). Yapılan bir çalışmada, bilişsel/duygusal eksikliklerin bakım veren bireyin genel iyilik halini, motor/işlevsel eksikliklerden daha fazla etkilediği belirtilmiştir (Freytes ve ark., 2021). Oni ve arkadaşlarının (2019) gerçekleştirdiği çalışmada da bakım yükü ile kaygı

arasındaki ilişki incelenmiş ve bakım yükü arttıkça kaygı seviyesinin de yükseldiği bulunmuştur. Öznel bakım yükü ile depresif belirtiler arasındaki ilişkiyi ele alan sistematik derlemede, bakım veren kişilerin aile üyesi olduğu durumlarda bakım yükünün depresyon için bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (del-Pino-Casado ve ark., 2021). Denno ve arkadaşlarının (2013) araştırmasında, bakım veren bireylerin yükü arttıkça kaygı ve depresyon belirtileri yaşama olasılığının yükseldiği bulunmuştur. Guo ve Liu'nun (2015) çalışmasında, inmeli hastalara bakım veren birincil bakım verenlerde bakım yükü doğrudan incelenmemiş, ancak bakım veren bireylerin yaklaşık dörtte üçünün yüksek bakım yükü gösteren depresif semptomlar yaşadığı bildirilmiştir. Hu ve arkadaşlarının (2018), 117 bireyle yaptıkları çalışmada, bakım veren bireylerin bakım yükü ile depresyon puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunduğu ve bakım süresi arttıkça depresyon puanının da yükseldiği belirtilmiştir. Ülkemizde de Soy'un yaptığı çalışmada bakım verme süresi uzadıkça hasta yakınlarında stres ve depresyon düzeylerinin de arttığı belirtilmiştir (Soy, 2019).

Afazinin aile yaşamına etkileri ile bakıcı yükü arasındaki ilişki incelendiğinde; hasta yakınlarının Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği ile Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği arasında negatif yönde yüksek düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği ile Aile Bakım Verenleri İçin Bakım Yükü Ölçeği arasında ise negatif yönde düşük düzeyde anlamlı ilişki bulunmuştur. Araştırmanın dördüncü ve beşinci sorusu doğru kabul edilmiştir. Bu durum, hasta yakınlarının bakıcı yüklerinin artması durumunda aile yaşamlarının olumsuz etkilenecek yaşam kalitelerinin düşeceğini göstermektedir. Literatürle benzer şekilde; Blake ve Lincoln (2000) yaptığı çalışmada hasta yakınlarının hissettiği yaşam kalitesi ile bakım verme yükü arasında negatif bir ilişki bulunmuş ve bakım yükünün artması durumunda aile yaşamlarının olumsuz etkilendiği belirtilmiştir. Benzer şekilde Morimoto ve arkadaşlarının (2015) 100 bakım verenle yaptığı çalışmada, bakım yükü arttıkça yaşam kalitelerinin anlamlı derecede azaldığı görülmüştür. Mollaoğlu ve arkadaşları (2011) da 130 bakım veren ile gerçekleştirdiği çalışmada, bakım yükünün hafif-orta düzeyde etkilendiği ve aile yaşamına olumsuz etki ettiği bildirilmiştir. Ülkemizde ise Şirzai ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında bakım yüklerinin ailelerin yaşam kalitesini negatif etkilediği bildirilmiştir.

Literatürdeki pek çok çalışmada hasta yakınlarına verilen bilgi ve eğitim desteğinin, hasta yakınlarının kaygı, bakım yükü ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkilediğinden bahsedilmiştir (Bakas ve ark., 2009; Draper ve ark., 2007; Eryılmaz, 2021; Hinckley ve ark., 2001; Howe, 2012; İnan, 2019; Maviş, 2005; Rice ve ark., 1987; Rouch, 2021; Shafer ve ark., 2022). Bakas (2009), 8 haftalık telefonla yürüttüğü aile eğitim programından sonra ailelerin depresyon bulgularında anlamlı düzeyde azalmalar olduğunu bildirmiştir. Draper ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında kaygı seviyeleri incelenmiş, afazili hastalar ve onlara bakım verenler üzerinde uygulanan psikoeğitimin bakım verenlerin yaşadığı kaygıyı düşürdüğü ve yaşam kalitelerini arttığı gözlemlenmiştir. Hinckley ve arkadaşları (2001), iki gün süren afazi eğitimi sonrası, aile bireyleri ile afazili bireylerin sosyal ilişkilerinin arttığını, afazi hakkındaki bilgilerin derinleştiğini ve iletişimsel olarak kaygı düzeylerinin azaldığını belirtmiştir. Howe (2012), uyguladığı afazi aile programlarından sonra hasta yakınlarının depresyon bulgularının azaldığını bildirmiştir. İnan (2019) yaptığı çalışmasında psikoeğitimin stres puanlarını etkilediğini ve bakım verenlerin stres puanlarında düşüş olduğunu belirtmiştir. Maviş'in çalışmasında (2005), afazi ile ilgili bilgiye erişim ve bilgi artışının eşler üzerindeki olumsuz etkileri azalttığı ve rehabilitasyon sürecinde afazili hastalarla etkileşimi desteklediği belirtilmiştir. Rice ve arkadaşları (1987), afazili bireylerin yakınlarına yönelik bir destek programı düzenlemiş ve eğitim sonrası katılımcıların anksiyete düzeylerinin ve fiziksel sağlık şikayetlerinin azaldığını ifade etmişlerdir. Rouch (2021) yaptığı çalışmasında, düzenlenen eğitim programının yaşam kalitesi skorlarını artırdığını belirtmiştir. Shafer ve arkadaşları (2022) tarafından gerçekleştirilen araştırmada da afazili bireyler için bilgi desteğinin, bakım sürecinin olumsuz etkilerini azalttığı belirtilmiştir.

Bu araştırmanın sınırlılıkları ise; araştırma sadece İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kalmakta olan akut dönemdeki hasta yakınlarına uygulandığı için hasta yakınlarının benzer demografik özelliklere sahip olduğu görülmüştür. Elde edilen sonuçları tüm akut dönemdeki afazili hasta yakınlarına genellemek mümkün değildir. Ayrıca örneklem grubunun az olması sebebiyle de hasta yakınları hastaların afazi tiplerine göre sınıflandırılmamıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada hasta yakınlarının kaygı düzeyleri, afazinin aile yaşamına olan etkileri ve bakıcı yüklerinin akut dönemde düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu durumun nedeninin hasta yakınlarının akut dönemde oluşu sebebiyle, durumun ciddiyetini henüz tam kavrayamadıkları için kaygılarının düşük çıktığı, henüz hastane ortamında yardım alabildikleri için çok fazla bakım yüküne maruz kalmamış olmaları ve afazinin aile yaşamlarını henüz çok fazla olumsuz etkilememesi sebebiyle olduğu düşünülmektedir.

Demografik özelliklerin kaygı düzeyi üzerindeki etkileri incelendiğinde kadınların erkeklerden daha fazla kaygı duyduğu, lise ve altı eğitim seviyesine sahip hasta yakınlarının üniversite mezunu hasta yakınlarına göre daha fazla kaygı yaşadıkları, çalışmayan hasta yakınlarının da çalışan hasta yakınlarına göre daha çok kaygı duydukları tespit edilmiştir. Kaygı düzeyi ile hastayla olan yakınlık derecesi ve yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Demografik özellikler açısından afazinin aile yaşamı etkilerine bakıldığında hasta yakınlarının yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ve afazili hastayla olan yakınlık derecesinin anlamlı etkisinin olmadığı fakat cinsiyet açısından erkeklerin kadınlara göre daha çok etkiledikleri bulunmuştur. Bakım yükünün demografik özelliklerle ilişkisine bakıldığında ise yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, afazili hastayla olan yakınlık derecesinin bakım yükünü etkilemediği fakat cinsiyet açısından kadınların erkeklere göre daha çok bakım yükü hissettikleri bulunmuştur.

Ölçekler arasındaki ilişkiye bakıldığında; hasta yakınlarının kaygı düzeyleri ile aile yaşamları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı ilişki, kaygı düzeyi ile bakıcı yükü arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Hasta yakınlarında görülen kaygının artması durumunda aile yaşamını olumsuz etkileyerek yaşam kalitesini düşüreceği ve bakıcı yükünü de arttıracığı belirlenmiştir. Afazinin aile yaşamına etkileri ve bakıcı yükü arasında da negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuş; afazinin aile yaşamına olan olumsuz etkileri arttıkça bakıcı yükünün artacağı yani yaşam kaliteleri düştükçe bakıcı yüklerinin artacağı belirlenmiştir.

Kaygı düzeyinin doğru yönetilebilmesi adına dil ve konuşma terapistlerinin hasta yakınlarına afaziyle ilgili bilgi ve eğitim desteği sağlaması önerilmektedir. Akut dönem

içerisinde olan hasta yakınlarının farklı şehir ve hastanelerin de yer aldığı kaygı düzeyi verilerinin toplanarak daha geniş örneklem gruplarıyla çalışılması önerilmektedir. Çalışmanın sadece akut dönemdeki hasta yakınlarıyla değil kronik dönemdeki hasta yakınlarıyla da yapılarak karşılaştırılması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

- Acharya, A.B., & Wroten, M. (2019). Wernicke Aphasia. In: StatPearls Treasure Island (FL): StatPearls Publishing
- Ain, QU., Dar, NZ., Ahmad, A., Munzar, S., & Yousafzai, A.W. (2014). Caregiver stress in stroke survivor: data from a tertiary care hospital -a cross sectional survey. *BMC Psychology*, 2(49), 1-7.
- Akdemir, N., & Birol, L. (2005). İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. (Genişletilmiş 2. Baskı). *Ankara: Sistem Ofset; 18-20*, 811-819.
- Albert, M.L., Goodglass, H., Helm, N.A., Rubers, A.B., & Alexander, M.P. (1981). Clinical aspects of dysphasia. New York: Springer-Verlag.
- Albert, M.L. (2003). Aphasia therapy works. *Stroke*, 34(4), 987-995.
- Aljenaie, K., Simmons-Mackie, N. (2022). Public awareness of aphasia in Kuwait. *Aphasiology*, 36(10), 1149-1158.
- American Speech-Language Hearing Association. (2002). Augmentative and alternative communication: Knowledge and skills for service delivery. *ASHA Supplement*, 22, 97-106.
- Arca, M. & Ceylan, A. (2020). İnme Tanısı ile Hastaneye Yatırılan Hastalara Bakım Verenlerin Depresyon Durumu ve Yaşam Kalitesi Algıları. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 13(1), 45-54.
- Ardila, A. (2010). A proposed reinterpretation and reclassification of aphasic syndromes. *Aphasiology*, 24 (3), 363-394.
- Ardila A. (2014). APHASIA HANDBOOK. Florida: Florida International University
- Aşiret, D., & Kapucu, S. (2012). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yüğü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 3(1), 46-51.
- Atagün, M.İ., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Özpolat, A.Y. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yüğü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552.

- Avent, J., Glista, S., Wallace, S., Jackson, J., Nishioka, J., Yip, W. (2005). Family information needs about aphasia. *Aphasiology*, *19*(3-5), 365-375. <https://doi.org/10.1080/02687030444000813>.
- Azizi, A., Khatiban, M., Mollai, Z., Mohammadi, Y. (2020). Effect of Informational Support on Anxiety in Family Caregivers of Patients with Hemiplegic Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, *29*(9), 1-5.
- Bakas, T., Kroenke, K., Plue, L.D., Perkins, S.M., Williams, L.S. (2006). Outcomes Among Family Caregivers of Aphasic Versus Nonaphasic Stroke Survivors. *Rehabilitation Nursing*, *31*(1), 33-42.
- Bakas, T., Farran, C. J., Austin, J. K., Given, B. A., Johnson, E. A. & Williams, L. S. (2009). Content validity and satisfaction with a stroke caregiver intervention program. *Journal of Nursing Scholarship*, *41*(4), 368-375.
- Bakas, T., McLennon, S. M., Carpenter, J. S., Buelow, J. M., Otte, J. L., Hanna, K. M., & Welch, J. L. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health Qual Life Outcomes*, *10*(1), 134.
- Basso, A. (2003). *APHASIA and ITS THERAPY*. Oxford University Press. s.: 23-35.
- Basso, A. (2005). How intensive/prolonged should an intensive/prolonged treatment be. *Aphasiology*, *19*(10-11), 975-984.
- Beeson, P. M., Rising, K., & Volk, J. (2003). Writing treatment for severe aphasia: Who benefits? *Journal of Speech, Language & Hearing Research*, *46*(5), 1038-1060.
- Benson, D.F., Sheremata, W.A., Bouchard, R., Segarra, J.M., Price, D., & Geschwind, N. (1973). Conduction aphasia: A clinicopathological study. *Archives of Neurology*, *28* (5), 339-346.
- Benson, D.F. (1979). *Aphasia, alexia and agraphia*. New York: Churchill Livingstone Inc.
- Benton, A. L., Anderson, S. (1998). Aphasia: historical perspectives. M. T. Sarno (Ed.), *Acquired Aphasia*. (3. Baskı) içinde (s. 1-24). New York: Academic Press.

- Beukelman, D. R., & Mirenda, P. (2013). *Augmentative & alternative communication: Supporting children and adults with complex communication needs*. Paul H. Brookes Pub.
- Binbay ve ark. (2014). Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular ve Gelecek İçin Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(4), 264-81.
- Binder, J.R. (2015). The Wernicke area: Modern evidence and reinterpretation. *Neurology*, Dec 15,85(24), 2170-5.
- Blake, H. & Lincoln, N. B. (2000). Factors associated with strain in co-resident spouses of patients following stroke. *Clinical Rehabilitation*, 14, 307–314.
- Blom Johansson, M., Carlsson, M., Östberg, P., & Sonnander, K. (2022). Self-reported changes in everyday life and health of significant others of people with aphasia: A quantitative approach. *Aphasiology*, 36(1), 76-94.
- Blumstein, S.E. (2022). *WHEN WORDS BETRAY US: LANGUAGE, THE BRAIN, AND APHASIA*. Springer Nature. s.:7-9.
- Boehme, A. K., Martin-Schild, S., Marshall, R. S. & Lazar, R. M. (2016). Effect of aphasia on acute stroke outcomes. *Neurology*, 87(22), 2348-2354.
- Bowen, A., Hesketh, A., Patchick, E., Young, A., Davies, L., Vail, A., Long, A. F., Watkins, C., Wilkinson, M., Pearl, G., Ralph, M. A. L. & Tyrrell, P. (2012). Effectiveness of enhanced communication therapy in the first four months after stroke for aphasia and dysarthria: A randomised controlled trial. *BMJ (Online)*, 345-4407.
- Boyle, M. (2004). Semantic feature analysis treatment for anomia in two fluent aphasia syndromes. *American journal of speech-language pathology*, 13(3), 236–249.
- Brady, M.C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.

- Brinda, E.M., Rajkumar, A.P., Enemark, U., Prince, M., & Jacob, K.S. (2012). Nature and determinants of out-of-pocket health expenditure among older people in a rural Indian community. *International Psychogeriatrics*, 24(10), 1664-1673.
- Brookshiren, R.H. (1997). Introduction to Neurogenic Disorders (fifth edition), *Mosby, USA*, 127-204, 411-435.
- Bucur, M. & Papagno, C. (2019). Are transcranial brain stimulation effects long-lasting in post-stroke aphasia? A comparative systematic review and meta-analysis on naming performance. *Neuroscience ve Biobehavioral Reviews*, 102, 264-289.
- Burns, M. I., Baylor, C., Dudgeon, B. J., Starks, H. & Yorkston, K. (2017). Health care provider accommodations for patients with communication disorders. *Topics in Language Disorders*, 37(4), 311-333.
- Byun, E., & Evans, L.K. (2015). Concept analysis of burden in caregivers of stroke survivors during the early poststroke period. *Clin Nurs Res*, 24(5), 468-486.
- Camak, D.J. (2015). Addressing the burden of stroke caregivers: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 24(17-18).
- Cameron, J.I., Cheung, A.M., Streiner, D.L., Coyte, P.C., & Stewart, D.E. (2006). Stroke Survivors' Behavioral and Psychologic Symptoms Are Associated With Informal Caregivers' Experiences of Depression. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, (87)2, 177-183.
- Cheng, H. Y., Chair, S.Y., & Pak. J., (2013). The Effectiveness of psychosocial interventions for stroke family caregivers and stroke survivors: A systematic review and meta-analysis.
- Chou, K.R. (2000). Caregiver burden: A concept analysis. *J Pediatr Nurs*, 15, 398-407.
- Chow, S.K., Wong, F.K., Poon, C.Y. (2007). Coping and caring: support for family caregivers of stroke survivors. *J Clin Nurs*, 16(7B), 133-43.
- Code, C., Herrmann. M. (2003). The relevance of emotional and psychosocial factors in aphasia to rehabilitation. *Neuropsychological Rehabilitation*, 13(1-2), 109-32.

- Code, C., Papathanasiou, I., Rubio-Bruno, S., de la Paz Cabana, M., Villanueva, M.M., Haaland-Johansen, L., Prizl-Jakovac, T., Leko, A., Zemva, N., Patterson, R., Berry, R., Rochon, E., Leonard, C., & Robert, A. (2016). International patterns of the public awareness of aphasia: International patterns of the public awareness of aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders, 51*(3), 276-284.
- Collins, CE., Given, BA., & Given, C.W. (1994). Interventions with family caregivers of persons with Alzheimer's disease. *Nursing Clinics of North America, 29*(1), 195-207.
- Cruice, M., Worrall, L., & Hickson, L. (2006). Perspectives of quality of life by people with aphasia and their family: Suggestions for successful living. *Topics in Stroke Rehabilitation, 13*(1), 14-24.
- Damasio, A.R., & Damasio, H. (2000). APHASIA and THE NEURAL BASIS of LANGUAGE. in: *Principles of Behavioral and Cognitive Neurology*. 2nd. Ed. Ed.: Mesulam, M. M. Oxford University Press. s.: 294-315.
- Dankner, R., Bachnerf, Y.G., Ginsbergh, G., Ziva, A., David, H., Litmanovitch-Goldstein, D., Chodick, G., Balicer, R., Tanne, D., & Greenberg, D. (2016). Correlates of well-being among caregivers of long-term community-dwelling stroke survivors. *International Journal of Rehabilitation Research, 39*(4), 326-330.
- Darringard, B., Dutheil, S., Michelet, V., Rereau, S., Rousseaux, M. & Mazaux, J. M. (2011). Communication impairment and activity limitation in stroke patients with severe aphasia. *Disability and rehabilitation, 33*(13-14), 1169-1178.
- Davidson, B., Howe, T., Worrall, L., Hickson, L., Togher, L. (2008). Social participation for older people with aphasia: the impact of communication disability on friendships. *Top Stroke Rehabil, 15*(4), 325-340.
- Davis, G. A., & Wilcox, M. J. (1985). Adult aphasia rehabilitation: Applied pragmatics. College-Hill Press

- Davis, G.A. (2013). *Aphasia and related cognitive-communicative disorders*. London: Pearson Higher Edition.
- del-Pino-Casado, R., Priego-Cubero, E., López-Martínez, C., Orgeta, V. (2021). Subjective caregiver burden and anxiety in informal caregivers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, *16*(3), 1-20.
- Denno, M.S., Gillard, P.J., Graham, G.D., DiBonaventura, M.D., Goren, A., Varon, S., & Zorowitz, R. (2013). Anxiety and Depression Associated With Caregiver Burden in Caregivers of Stroke Survivors With Spasticity. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *94*, 1731-1736.
- Devinsky, O., & D'Esposito, M. (2004). *Neurology of cognitive and behavioral disorders (21st ed.)*. 68, 194-196, U.K.: Oxford University Press.
- Doğramacı, Ö. (2004). Birincil bakıcıların felçli-afazili bireyin sözel olmayan davranışlarına ilişkin görüşleri. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2021).
- Dorze, G. L., & Brassard, C. (1995). A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, based on the WHO model of chronic diseases. *Aphasiology*, *9*(3), 239-255.
- Dökmen, Z. Y. (2012). Yakınlarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıkları ile Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *3*(1), 3-38
- Draper, B., Bowring, G., Thompson, C., Van Heyst, J., Conroy, P., & Thompson, J. (2007). Stress in caregivers of aphasic stroke patients: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, *21*(2), 122-130.
- Dunkin, JJ., Anderson-Hanley, C. (1998). Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*, *51*, 53-60.
- Ellis, C., & Urban, S. (2016). Age and aphasia: a review of presence, type, recovery and clinical outcomes. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *23* (6), 430-439.

- Er, F., & Yıldırım, Ş. (2019). İnme Sonrası Hasta ve Bakım Verenlerin Aile İçi İlişkilerinin Değerlendirilmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 182-189.
- Eryılmaz, Canlı. Ç. (2021). SPPARC Afazi Aile Desteği Programı'nın Afazili Bireylerin Yakınlarına Etkisi. (Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2021, Eskişehir).
- Fertelli, T.K., & Tuncay, F.Ö. (2019). İnmeli Bireye Bakım Verenlerde Bakım Yükü, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(2), 107-115.
- Fotiadou, D., Northcott, S., Chatzidaki, A., & Hilari, K. (2014). Aphasia blog talk: How does stroke and aphasia affect a person's social relationships? *Aphasiology*, 28(11), 1281-1300. <https://doi.org/10.1080/02687038.2014.928664>.
- Freytes, M., Sullivan, M., Schmitzberger, M., LeLaurin, J., Orozco, T., Eliazar-Macke, N., & Uphold, C. (2021). Types Of Stroke-Related Deficits And Their Impact On Family Caregiver's Depressive Symptoms, Burden, And Quality Of Life. *Disability and Health Journal*, 14(2), 1-7.
- Fucetola, R., Tabor, Connor. L. (2015). Family ratings of communication largely reflect expressive language and conversation-level ability in people with aphasia. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 24(4), 790-797.
- Gerstenecker, A., Lazar, R.M. (2019). Language recovery following stroke. *The Clinical Neuropsychologist*, 33(5), 928-47.
- Ghane, G., Farahani, M., Seyedfatemi, N., Haghani, H. (2016). Effectiveness of Problem-Focused Coping Strategies on The Burden on Caregivers of Hemodialysis Patients, *Nursing and Midwifery*.
- Gillespie, A., Murphy, J., Place, M. (2010). Divergences of perspective between people with aphasia and their family caregivers. *Aphasiology*, 24(12), 1559-1575.

- Godwin, K. M., Swank, P.R., Vaeth, P., Ostwald, S.K. (2013). The Longitudinal and Dyadic Effects of Mutuality on Perceived Stress for Stroke Survivors and their Spousal Caregivers. *Aging Ment Health*. 17(4), 423-31.
- Goodglass, H., Kaplan, E. (1972). The assessment of aphasia and related disorders. Philadelphia: Lea & Febiger
- Grant, J.S., Clay, O.J., Keltner, N.L. (2013). Does caregiver well-being predict stroke survivor depressive symptoms? A mediation analysis. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 20, 44-51.
- Grawburg, M., Howe, T., Worrall, L., & Scarinci, N. (2013). Third-party disability in family members of people with aphasia: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 35(16), 1324-1341.
- Grawburg, M., Howe, T., Worrall, L., Scarinci, N. (2014). Describing the impact of aphasia on close family members using the ICF framework. *Disability and Rehabilitation*, 36(14), 1184-1195.
- Group, W. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-9.
- Guo, Y., & Liu, Y. (2015). Family Functioning And Depression In Primary Caregivers Of Stroke Patients In China. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(2), 184-189.
- Hafsteinsdóttir, T.B., Vergunst, M., Lindeman, E., Schuurmans, M. (2011). Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 85(1), 14-25. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.07.046>.
- Haley, K. L., Jacks, A., Morrison, B., & Richardson, J, D. (2020). Balance and preference in activity participation for informal caregivers of people with aphasia: A questionnaire study. *Aphasiology*, 34(9), 1182-200.

- Han, Y., Liu, Y., Zhang, X., Tam, W., Mao, J., & Lopez, V. (2017). Chinese family caregivers of stroke survivors: determinants of caregiving burden within the first six months. *Journal of Clinical Nursing, 26*(23-24), 4558-66.
- Harmon, T. G. (2020). Everyday communication challenges in aphasia: Descriptions of experiences and coping strategies. *Aphasiology, 34*(10), 1270-1290.
- HelmEstabrooks, N., & Nicholas, M. (2000). Sentence production program for aphasia. Pro-Ed.
- Helm-Estabrooks, N., Albert, M. L., & Nicholas, M. (2014). Manual of aphasia and aphasia therapy. Pro Ed. third edition
- Henriksson, I., Hjertén, A., Zackariasson, J., Davidsson, L., Damberg, A.A., Saldert, C., Ball, M. J., & Müller, N. (2019). Public awareness of aphasia – results of a Swedish sample. *Aphasiology, 33*(1), 94-104.
- Hilari, K. & Northcott, S. (2010). Psychological distress after stroke and aphasia: *the first six months Clinic Rehabilitation Feb, 24* (2), 181-90.
- Hilari, K. (2011). The impact of stroke: are people with aphasia different to those without?. *Disability and Rehabilitation, 33*(3), 211-218.
- Hillis, A. E. (2007). Aphasia: Progress in the last quarter of a century. *Neurology, 69*(2), 200-213.
- Hinckley, J. J., & Packard, M. E. (2001). Family education seminars and social functioning of adults with chronic aphasia. *Journal of Communication Disorders, 34*(3), 241-254.
- Howe, T., Davidson, B., Worrall, L., Hersh, D., Ferguson, A., Sherratt, S., & Gilbert, J. (2012). 'You needed to rehab... families as well': family members' own goals for aphasia rehabilitation. *International Journal of Language & Communication Disorders, 47*(5), 511-521.

- Hu, P., Yang, Q., Kong, L., Hu, L., & Zeng, L. (2018). Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medicine, 97*(40), 1-6.
- Hunting Pompon, R. (2021). Basic Counseling Skills: Working With People With Aphasia and Their Families. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, 6*(5), 1003-1014.
- Imarhiagbe, F. A., Asemota, A. U., Oripelaye, B. A., Akpekpe, J.E., Owolabi, A.A., Abidakun, A.O., Akemokwe, F.M., Ogundare, O., Azeez, A.L., Osakue, J.O. (2017). "Burden of informal caregivers of stroke survivors: validation of the Zarit burden interview in an African population." *Annals of African Medicine, 16*(2), 46-51.
- İnan, Z. (2019). Afazik Hastalar ile Yakın Bakıcı Arasındaki İletişim, Sorumluluk ve Stres Üzerinde Psikoeğitimin Etkisini İncelemek (Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2019, İstanbul).
- Iwasaki, N., Ryan, B., Worrall, L., Rose, M., & Baker, C. (2023). Experiences of mood changes and preferences for management within stepped psychological care from the perspective of spouses of people with aphasia. *Aphasiology, 37*(2), 330-361.
- İnci, F.H., & Temel, A.B. (2016). İnmeli Hastaya Bakım Veren Aile Bireylerinin Gereksinimleri: Sistemik İnceleme; Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 3(3), 28-43.
- Karahan, A.Y., Küçükşen, S., Yılmaz, H., Sallı, A., Güngör, T., & Şahin, M. (2014). Effects Of Rehabilitation Services On Anxiety, Depression, Care-Giving Burden And Perceived Social Support Of Stroke Caregivers. *Acta Medica (Hradec Králové), 57*(2), 68– 72.
- Kasuya, R.T., Poglár, B., Takeuchi, R. (2000). Caregiver burden and burnout. *Postgraduate medicine, 108*(7), 119-123.
- Kelly, H., Brady, M.C., & Enderby, P. (2010). Speech and language therapy for aphasia following stroke. Ireland: Cochrane Database of Systematic Reviews.

- Knapp, P., Young, J., House, A., & Forster, A. (2000). "Non-drug Strategies to Resolve Psycho-social Difficulties After Stroke", *Age and Ageing*, 29, 23-30.
- Kniepmann, K., & Cupler, M.H. (2014). Occupational Changes in Caregivers for Spouses with Stroke and Aphasia. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(1), 10-18. <https://doi.org/10.4276/030802214X13887685335463>.
- Kring, A. M. Johnson., S, L. (2015). Anormal Psikoloji, Muzaffer Şahin (Çev. Ed.), Ankara: Nobel.
- Kruithof, W.J., Post, M.W., van Mierlo, M.L., van den Bos, G.A., Janneke, M., & Visser-Meily, J.M. (2016). Caregiver burden and emotional problems in partners of stroke patients at two months and one year post-stroke: *Determinants and prediction. Patient education and counseling*, 99(10), 1632-1640. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2016.04.007>.
- Kunst, L.R., Oliveira, L.D., Costa, V.P., Wiethan, F.M., Mota, H.B. (2013). Speech therapy effectiveness in a case of expressive aphasia resulting from stroke. *Revista CEFAC*, 15 (6), 1712-1717.
- Le Dorze, G. & Signori, F. H. (2010). Needs, barriers and facilitators experienced by spouses of people with aphasia. *Disability and rehabilitation*, 32(13), 1073-1087.
- Linebaugh, C.W., Kryzer, K.M., Oden, S., Myers, P. S. (2006). Reapportionment of communicative burden in aphasia: A study of narrative interaction. *Aphasiology*, 20(1), 84-96.
- Lock, S., Wilkinson, R., Bryan, K., Maxim, J., Edmundson, A., Bruce, C. & Moir, D. (2001). Supporting partners of people with aphasia in relationships and conversation (SPPARC). *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36, 25-30.
- Love, T., & Brumm. (2012). Language Processing Disorders, 208. In: Peach RK., Shapiro LP. Cognition and Acquired Language Disorders.
- Lutz, B. J., Young, M. E. (2010). Rethinking intervention strategies in stroke family caregiving. *Rehabil Nurs*. 35(4), 152-160.

- Mancinelli, J. M., Klein, E.R. (2014). ACQUIRED LANGUAGE DISORDERS: A CASE-BASED APPROACH. Plural Publishing. s.: 81-133.
- Mauk, K. I. (2009). Gerontological Nursing Competencies For Care, Second Edition.
- Maviş, İ., Doğramacı, Ö., & Diken İ. H. (2005). Birincil bakıcıların ‘felçli ve afazili bireylerin’ sözel olmayan davranışlarına ilişkin görüşleri. *Turk Serebrovaskuler Hast. Derg.*, 11(3), 97-106
- Maviş, İ., Colay, K., & Tanrıdağ, O. (2007). Gülhane Afazi Testi-2 (GAT-2)'nin standardizasyon ve geçerlik-güvenirlik çalışması.
- Maviş, İ. (2009). Perspectives on public awareness of stroke and aphasia among Turkish patients in a neurology unit. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 21(1), 5570. <https://doi.org/10.1080/02699200600903254>.
- Maviş, İ., Toğram, B. (2009). Afazi Dil Değerlendirme Testi (ADD). Detay Yayıncılık, 2009.
- McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N., Kalra, L. (2005). Determinants of Caregiving Burden and Quality of Life in Caregivers of Stroke Patients. *Stroke*. 36, 2181–2186.
- McGurk, R., & Kneebone. (2013). The problems faced by informal carers to people with aphasia after stroke: a literature review. *Aphasiology*, 27(7), 765-783.
- Menon, B., Salini, P., Habeeba, K., Conjeevaram, J., Munisusmitha, K. (2017). Female Caregivers and Stroke Severity Determines Caregiver Stress in Stroke Patients. *Ann Indian Acad Neurol*, 20(4), 418–424.
- Mollaoğlu, M., Tuncay, F.Ö., & Fertelli, T.K. (2011). İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler. *DEUHYO ED*, 4(3), 125-130.
- Morimoto, S. S., Kanellopoulos, D., Manning, K. J. ve Alexopoulos, G. S. (2015). Diagnosis and treatment of depression and cognitive impairment in late-life. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1345(1), 36.

- Murdoch, B. (2010). *Acquired speech and language disorder*. (2. Baskı), West Sussex: Wiley- Blackwell.
- Murphy, J. (2006). Perceptions of communication between people with communication disability and general practices staff. *Health Expectations*, 9(1), 49-59.
- Nabors, N., Seacat, J. (2002). Rosenthal Predictors of caregiver burden following traumatic brain injury. *Brain Inj*, 16, 1039-1050.
- Natterlund, B. S. (2010). Being a close relative of a person with aphasia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17, 18-28.
- Nenert, R., Allendorfer, J.B., Martin, A.M., Banks, C., Ball, A., Vannest, J., & Szaflarski, J.P. (2017). Neuroimaging correlates of post-stroke aphasia rehabilitation in a pilot randomized trial of constraint-induced aphasia therapy. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 23, 34893507.
- Nyström, M. (2011). A bridge between a lonely soul and the surrounding world: A study on existential consequences of being closely related to a person with aphasia. *International journal of qualitative studies on health and well being*, 6(4), 7911.
- Oğuz, Ö., Akgün, P., & Didin, N. (2023). Afazili Bireylerin Yakınlarının Afazi Hakkındaki Bilgisi, Afazi Sonrası Tecrübe Ettikleri Değişiklikler ve Dil ve Konuşma Terapilerinden Beklentileri: Nitel Bir Araştırma, 11. Ulusal Dil ve Konuşma Bozuklukları Kongresi, 19-21 Mayıs 2023, İstanbul.
- Oni, O.D., Olagunju, A.T., Okpataku, C.I., Erinfolami, A.R., & Adeyemi, J.D. (2019). Predictors of caregiver burden after stroke in Nigeria: Effect on psychosocial well-being. *Indian J Psychiatry*, 61(5), 457-464.
- Ostwald, S.K., Bernal, M.P., Cron, S.G., & Godwin, K. M. (2009). Stress Experienced by Stroke Survivors and Spousal Caregivers During the First Year After Discharge from Inpatient Rehabilitation. *Top Stroke Rehabil*. 16(2), 93-104.

- Ödemiş, H., (2018). İnmeli Hastaların Primer Bakım Vericilerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi (Yüksek Lisan Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi). YÖK Ulusal tez Merkezi.
- Özdemir, Ş. (2020). Kapsamlı afazi testi (CAT-TR) dil bataryasının geçerlik ve güvenilirlik çalışması (Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi). YÖK Ulusal tez Merkezi.
- Özgötürücü, S. (2021). Afazi olan ve olmayan inmeli bireylerin primer bakım verenlerinin bakıcı yükü, yaşam kalitesi ve aktivite performanslarının incelenmesi. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi).
- Papathanasiou, İ., Coppens, P., & Potagas, C. (2013). *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Jones & Bartlett Learning, Burlington.
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21(1), 98-123.
- Polat, B.K. (2023). Hızlı afazi bataryasının geçerlik ve güvenilirlik çalışması (Yüksek Lisans Tezi, Medipol Üniversitesi).
- Pritchard, C., Foulkes, L., Lang, D. (2001). Psychosocial outcomes for patients and carers after aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *BrJ Neurosurg*, 15(6), 456–63.
- Purdy, M. (2016). Aphasia, alexia, and agraphia. *Encyclopedia of Mental Health*, 1, 819
- Rafsten, L., Danielsson, A., Sunnerhagen, K. S. (2018). Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis. *J Rehabil Med*. 50(9), 769-78.
- Raymer, A., Gonzalez, Rothi. L. (2017). *The Oxford Handbook of Aphasia and Language Disorders* (Oxford Library of Psychology) 1st Edition, Oxford University Press.
- Reichstein, T., & Salter, A. (2006). Investigating the sources of process innovation among UK manufacturing firms. *Industrial and Corporate change*, 15(4), 653-682.
- Rice, B., Paull, A. & Muller, D. J. (1987). An evaluation of a social support group for spouses of aphasic partners. *Aphasiology*, 1(3), 247-256.

- Rombough, R.E., Howse, E.L., Bartfay, W.J. (2006). Caregiver strain and caregiver burden of primary caregivers of stroke survivors with and without aphasia. *Rehabilitation Nursing, 31*(5),199-209.
- Ross, K., & Wertz, R. (2003). Quality of life with and without aphasia. *Aphasiology, 17*(4), 355–364.
- Rouch, S. A., Fields, B. E., Alibrahim, H. A., Rodakowski, J. & Leland, N. E. (2021). Evidence for the effectiveness of interventions for caregivers of people with chronic conditions: A systematic review. *The American Journal of Occupational Therapy, 75*(4).
- Saxena, S. & Hillis, A.E. (2017). An update on medications and noninvasive brain stimulation to augment language rehabilitation in post-stroke aphasia. *Expert Review of Neurotherapeutics, 17* (11), 1091-1107.
- Servaes, P., Draper, B., Conroy, P., Bowring, G. (1999). Informal carers of aphasic stroke patients: Stresses and interventions. *Aphasiology, 13*(12), 889-900.
- Shafer, J.S., Shafer, P.R., Haley, K.L. (2019). Caregivers navigating rehabilitative care for people with aphasia after stroke: A multi- lens perspective. *International Journal of Language & Communication Disorders, 1460-6984*.12467. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12467>.
- Shafer, J.S., Haley, K.L., Jacks, A. (2022). Accessing information and adapting to the role of care partner for stroke survivors with aphasia during the early Covid-19 pandemic, *Aphasiology, 1-22*. <https://doi.org/10.1080/02687038.2022.2059055>.
- Shahripour, R.B., & Donan, G.A. (2014). The Long-Term Management of Stroke. In: Norrving B, editor, *Stroke and Cerebrovascular Disorders*, 1rd Ed, United Kingdom, Oxford University Press. 243- 251.
- Shultz, J. R. (2009). Aphasia classification and assessment. Powerpoint sunumu: <http://neurology.mcgill.ca/neurodocs/AHD%20Robillard%20Shultz%20SLP%20lecture%20Apr%202015.pdf>

- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A. & Cherney, L. R. (2010). Communication partner training in aphasia: a systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91, 1814–1837.
- Sjöqvist Nätterlund, B. (2010). Being a close relative of a person with aphasia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17(1), 18-28.
- Soy, Z. (2019). İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Stres, Uyku, Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi) YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Spaccavento, S., Craca, A., Del Prete, M., Falcone, R., Colucci, A., Di Palma, A., & Loverre, A. (2013). Quality of life measurement and outcome in aphasia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 27. <https://doi.org/10.2147/NDT.S52357>.
- Sparks, R. W. (2008). Melodic intonation therapy. R. Chapey içinde, Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders (5th edition) (s. 837– 851). Williams & Wilkins.
- Stark, J. (2015). Transcortical Motor Aphasia in Recovery: A Case Report. Front. Psychol. Conference Abstract: *Academy of Aphasia 53rd Annual Meeting*.
- Sumathipala, K., Radcliffe, E., Sadler, E., Wolfe, C.D., McKeivitt, C. (2012). Identifying the long term needs of stroke survivors using the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Chronic Illness*, 8(1), 31-44.
- Şirzai, H., Delialioğlu, S. Ü., Sarı, İ. F. & Özel, S. (2015). İnme ve bakım verme yükü. *Journal of Physical Medicine & Rehabilitation Sciences/Fiziksel Tup ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 18(3).
- Taşocak, G. (2007). Hasta Eğitimi. (2.Basım). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları: 4377, Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Yayın No: 9.
- Terakye, G. (2011). Kanserli hasta yakınlarıyla etkileşim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(2), 78–82.

- Tippett, D.C. & Hillis, A.E. (2016). Vascular aphasia syndromes. *Neurobiology of Language*, 913-922.
- Toğram, B. & Maviş, İ. (2012). Afazi dil değerlendirme testi'nin geçerlik, güvenirlik ve standardizasyon çalışması. *Turkish Journal of Neurology/Türk Noroloji Dergisi*, 18(3).
- Topbaş, S., & Maviş, İ. (2007). Afazi - Apraksi – Dizatri : Dil ve Konuşma Terapisi Ağıştırma Kitabı. Detay Yayıncılık.
- Uğur, Ö., (2006). Onkoloji Hastasına Evde Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi) YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Uslu, A., & Polat, Ü. (2022). Self-Efficacy, Quality of Life and Care Burden in Caregivers of Patients with Dementia. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 106-117. <https://doi.org/10.51123/jgehes.2022.48>.
- Viganò, M., Gilardone, G., Cassinelli, D., Fumagalli, F.M., Scialla, M., Gilardone, M., Dameno, R., Corbo, M., Monti, A. (2021). The Italian Aphasia Awareness Survey (IAAS): An online questionnaire about the public knowledge of aphasia in Italy, informative findings. *Aphasiology*, 36(5), 599-617.
- Wachters-Kaufmann, C., Schuling, J.H. (2005). The actual and desired information provision after a stroke. *Patient Education and Counselling*, 56(2), 211-217.
- Wallace, G. L. (2010). Profile of life participation after stroke and aphasia. *Topics in stroke rehabilitation*, 17(6), 432-450.
- Wallace, S.J., Worrall, L., Rose, T., Le Dorze, G., Cruice, M., Isaksen, J., Hin Kong, A.P., Simmons-Mackie, N., Scarinci, N., Gauvreau, C.A. (2017). Which outcomes are most important to people with aphasia and their families? An international nominal group technique study framed within the ICF. *Disability and rehabilitation*, 39(14), 1364-1379. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1194899>.

- White, C.L., Poisant, L., Coté-LeBlanc, G. ve Wood-Dauphinee, S. (2006). Long-term caregiving after stroke: the impact on caregivers quality of life. *Journal of Neuroscience Nursing*, 38(5), 354-360.
- Winkler, M., Bedford, V., Northcott, S., Hilari, K. (2014). Aphasia blog talk: How does stroke and aphasia affect the carer and their relationship with the person with aphasia? *Aphasiology*, 28(11), 1301-1319.
- Worrall, L., Brown, K., Cruice, M., Davidson, B., Hersh, D., Howe, T., Sherratt, S. (2011). The evidence for a life coaching approach to aphasia. *Aphasiology*, 24(4), 497-514. <https://doi.org/10.1080/02687030802698152>.
- Yeşilkaya, A. (2013). İnmeli ve afazili bireylerin yaşam kalitelerinin incelenmesi. (Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi) YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Zaybak, A., Güneş, Ü., İsmailoğlu, E.G., Ülker, E. (2011). Yatağa Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüklerinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(1), 8-54.
- Zraick, R. I., & Boone, D. R. (1991). Spouse attitudes toward the person with aphasia. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34(1), 123.

Ek 3. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

“Akut dönemdeki afazili hasta yakınlarının kaygı düzeylerinin aile yaşamına ve bakıcı yüküne etkisinin incelenmesi” başlıklı yüksek lisans tezi Kapadokya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü Dil ve konuşma terapisi bölümü Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül Zencir Şen danışmanlığında, yüksek lisans öğrencisi Elif Beyza Bekar tarafından yürütülmektedir.

Bu araştırmaya tamamen kendi iradenizle, herhangi bir zorlama veya mecburiyet olmadan katılım göstermeniz beklenmektedir. Bu çalışmaya gönüllü katılmak istemeniz halinde araştırmacı ile sırasıyla Demografik Bilgi Formu, Beck Anksiyete Ölçeği, Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği, Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Aile Bakım Verenleri için Bakım Yükü Ölçeği doldurulacaktır. Formların doldurulması yaklaşık 20-25 dakikanızı alacaktır. Vereceğiniz bilgiler sadece bilimsel veri oluşturmak amacıyla kullanılacaktır. Araştırmada sizden herhangi bir kişisel veri istenmeyecek ve sadece vereceğiniz yanıtlar kullanılacaktır. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminize yer verilmeyecektir. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Yine de katılımınız sırasında herhangi bir sebepten rahatsızlık hissederseniz çalışmadan istediğiniz zamanda ayrılabilirsiniz. Çalışmadan ayrılma durumunuzda sizden toplanan veriler çalışmadan çıkarılarak imha edilecektir.

Yukarıda yapılan açıklamaları anladım, çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

İsim Soyisim/ İmza:

Ek 4. Aile Yakını Demografik Bilgi Formu

AİLE YAKINI DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Değerlendirme Tarihi:

Adı Soyadı:	Cinsiyet:	Yaş:
Anadiliniz/ diğer konuştuğunuz diller:	Yaşadığınız yer:	Eğitim Durumu: a. Okur-yazar değil b. İlkokul mezunu c. Ortaokul mezunu d. Lise mezunu e. Üniversite mezunu f. Lisansüstü eğitim
Meslek:	Afazili bireyle yakınlık derecesi: a. Eşi b. Kızı/Oğlu c. Kardeşi d. Annesi/Babası e. Diğer.....	Afazili yakınınız ile aynı evde mi yaşıyorsunuz? a. Evet b. Hayır c. Diğer.....

Ek 5. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:..... **Tarih:**.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir.

Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde beni etkilemedi	Orta düzeyde hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veyasersemlik				

7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11.Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Ek 6. Afazide Aile Yaşamı Etki Ölçeği (FAMLI-TR)

AFAZİDE AİLE YAŞAMI ETKİ ÖLÇEĞİ (FAMLI-TR)

Değerlendirme formu

Ailenizde afazili bir bireyin olmasının nasıl bir şey olduğunu öğrenmek istiyoruz. Özellikle yakınınızın geçirdiği inmeden (felç) çok afazinin (iletişim sorununun) etkileriyle ilgileniyoruz.

Talimatlar: Aşağıda okuduğunuz ifadeleri düşünün ve ailenizdeki bireyin afazisinin geçen ay sizi nasıl etkilediğini en iyi açıklayan yanıtı işaretleyin. Soru hakkında düşünmenize yardımcı olacak bazı örnekler ekledik. Durumunuz verilen örnekten farklı olsa bile soru yine de sizin için geçerli olabilir. Lütfen boş bırakmadan yanıtlamaya çalışın.

1. Genel olarak, ailemde afazili birinin olmasının benim hayatım üzerindeki etkisi:

-3	-2	-1	0	1	2	3
Tama mıyla bir proble m	Orta önemli derecede bir problem	Hafif derecede bir problem	Afaziden kaynaklı oluşan bir değişiklik yok	Hafif derecede olumlu bir değişim	Orta- önemli dereced e olumlu bir değişim	Tamam ıyla olumlu bir değiş im

SAĞLIK VE GÜNLÜK YAŞAM

2. Ailemde afazili birinin olması nedeniyle kendi sağlığım değişti. Örneğin sağlığım daha iyi duruma geldi veya yeni bir sağlık problemi yaşamaya başladım veya var olan sağlık durumum kötüleşti (depresyon, ülser, hipertansiyon gibi). Benim için bu:

-3	-2	-1	0	1	2	3
Tamamıyla bir problem	Orta önemli derecede bir problem	Hafif derecede bir problem	Afaziden kaynaklı oluşan bir değişiklik yok	Hafif derecede olumlu bir değişim	Orta-önemli derecede olumlu bir değişim	Tamamıyla olumlu bir değişim

3. Ailemde afazili birinin olması nedeniyle vücudumun fiziksel işleyişi değişti. (Örneğin uyku düzenimde ve/veya enerjimde değişiklikler, kilo kaybı/alımı). Benim için bu:

-3	-2	-1	0	1	2	3
Tamamıyla bir problem	Orta önemli derecede bir problem	Hafif derecede bir problem	Afaziden kaynaklı oluşan bir değişiklik yok	Hafif derecede olumlu bir değişim	Orta-önemli derecede olumlu bir değişim	Tamamıyla olumlu bir değişim

4. Ailemde afazili birinin olması nedeniyle daha çok/daha az stresli hissediyorum.

Benim için bu:

-3	-2	-1	0	1	2	3
Tamamıyla bir problem	Orta önemli derecede bir problem	Hafif derecede bir problem	Afaziden kaynaklı oluşan bir değişiklik yok	Hafif derecede olumlu bir değişim	Orta-önemli derecede olumlu bir değişim	Tamamıyla olumlu bir değişim

5. Ailemde afazili birinin olması nedeniyle eğlence aktivitelerim değişti (Örneğin kendime ayırdığım zaman, spor, hobiler, arkadaşlar, dinlenme, tatil vb.). Benim için bu:

-3	-2	-1	0	1	2	3
Tamamıyla bir problem	Orta önemli derecede bir problem	Hafif derecede bir problem	Afaziden kaynaklı oluşan bir değişiklik yok	Hafif derecede olumlu bir değişim	Orta-önemli derecede olumlu bir değişim	Tamamıyla olumlu bir değişim

6. Ailemde afazili birinin olması nedeniyle sosyal aktivitelerim değişti (Örneğin; daha çok/daha az sosyalleşiyorum, daha çok/daha az sosyalleşme isteği duyuyorum, afazili aile bireyim ile sosyalleşiyorum veya afazili aile bireyim olmadan sosyalleşiyorum vb.). Benim için bu:

-3	-2	-1	0	1	2	3
Tama mıyla bir proble m	Orta önemli derecede bir problem	Hafif derecede bir problem	Afaziden kaynaklı oluşan bir değişiklik yok	Hafif derecede olumlu bir değişim	Orta- önemli dereced e olumlu bir değişim	Tamam ıyla olumlu bir değişi m

7. Ailemde afazili birinin olması nedeniyle ekonomik durumumda bazı değişiklikler yaşadım (Örneğin; gelir artışı/azalması, harcamaların artması, biriktirilen paranın artması vb.). Benim için bu:

-3	-2	-1	0	1	2	3
Tama mıyla bir proble m	Orta önemli derecede bir problem	Hafif derecede bir problem	Afaziden kaynaklı oluşan bir değişiklik yok	Hafif derecede olumlu bir değişim	Orta- önemli dereced e olumlu bir değişim	Tamam ıyla olumlu bir değişi m

8. Ailemde afazili birinin olması nedeniyle ücret karşılığı veya gönüllü yaptığım işlerde afazili bireylere yardım ediyorum. Benim için bu durum:

-3	-2	-1	0	1	2	3
Tamamıyla bir problem	Orta önemli derecede bir problem	Hafif derecede bir problem	Afaziden kaynaklı oluşan bir değişiklik yok	Hafif derecede olumlu bir değişim	Orta önemli derecede olumlu bir değişim	Tamamıyla olumlu bir

9. Ailemde afazili birinin olması nedeniyle, arkadaşlık ilişkilerim değişti. (Örneğin yeni arkadaşlar edindim/eski arkadaşlarımla iletişimimi kaybettim. Arkadaşlarım afaziye anlamıyor, arkadaşlarıma daha çok/daha az ihtiyaç duyuyorum, arkadaşlarımı daha çok/daha az görüyorum vb.). Benim için bu:

-3	-2	-1	0	1	2	3
Tamamıyla bir problem	Orta önemli derecede bir problem	Hafif derecede bir problem	Afaziden kaynaklı oluşan bir değişiklik yok	Hafif derecede olumlu bir değişim	Orta-önemli derecede olumlu bir değişim	Tamamıyla olumlu bir değişim

TUTUM VE KİŞİSEL YAŞAM

10. Ailemde afazili birinin olması nedeniyle kendimi daha çok/daha az minnettar hissediyorum. (Örneğin; aile bireyim inme geçirdikten sonra hayatta kaldığı için minnettar hissediyorum, kendi sağlığım için minnettar hissediyorum ve hayata karşı minnettarım vb.). Benim için bu:

-3	-2	-1	0	1	2	3
Tama mıyla bir proble m	Orta önemli derecede bir problem	Hafif derecede bir problem	Afaziden kaynaklı oluşan bir değişiklik yok	Hafif derecede olumlu bir değişim	Orta- önemli dereced e olumlu bir değişim	Tamam ıyla olumlu bir değişim

11. Ailemde afazili birinin olması nedeniyle olaylara karşı tutumum değişti (Örneğin olaylara daha geniş açıdan bakıyorum ve olayların pozitif yönlerine odaklanıyorum. Başkalarını daha az yargılıyorum, sağlık sistemini daha çok eleştiriyorum vb.) Benim için bu:

-3	-2	-1	0	1	2	3
Tama mıyla bir proble m	Orta önemli derecede bir problem	Hafif derecede bir problem	Afaziden kaynaklı oluşan bir değişiklik yok	Hafif derecede olumlu bir değişim	Orta- önemli dereced e olumlu bir değişim	Tamam ıyla olumlu bir değişim

12. Ailemde afazili birinin olması nedeniyle kişisel değişiklikler yaşadım. (Örneğin kendimi daha iyi tanıdım, daha güçlü hale geldim. Zor bir durumla başa çıkmayı öğrendim. Bu süreç beni olgunlaştırdı.) Benim için bu:

-3	-2	-1	0	1	2	3
Tamamıyla bir problem	Orta önemli derecede bir problem	Hafif derecede bir problem	Afaziden kaynaklı oluşan bir değişiklik yok	Hafif derecede olumlu bir değişim	Orta-önemli derecede olumlu bir değişim	Tamamıyla olumlu bir değişim

13. Ailemde afazili birinin olması nedeniyle, eğitimimde ve/veya öğrenimimde değişiklikler oldu. (Örneğin eğitim türünün değişmesi; afazi, inme ve bakım verme vb. konular hakkında daha fazla şey öğrenme). Benim için bu:

-3	-2	-1	0	1	2	3
Tamamıyla bir problem	Orta önemli derecede bir problem	Hafif derecede bir problem	Afaziden kaynaklı oluşan bir değişiklik yok	Hafif derecede olumlu bir değişim	Orta-önemli derecede olumlu bir değişim	Tamamıyla olumlu bir değişim

İLETİŞİM VE DUYGULAR

14. Ailemde afazili birinin olması nedeniyle daha çok/daha az duygusal olma eğilimindeyim. Benim için bu:

-3	-2	-1	0	1	2	3
Tama mıyla bir proble m	Orta önemli derecede bir problem	Hafif derecede bir problem	Afaziden kaynaklı oluşan bir değişiklik yok	Hafif derecede olumlu bir değişim	Orta- önemli dereced e olumlu bir değişim	Tamam ıyla olumlu bir değiş im

15. Ailemde afazili birinin olması nedeniyle gelir elde ettiğim işlerde veya gönüllü olarak yer aldığım işlerde değişiklik yaşadım. (Örneğin; daha az/daha fazla saat çalışmak, işten izin almak, işi bırakmak veya değiştirmek veya gönüllü olarak bir işe başlamak veya gönüllü yapılan bir işi bırakmak vb.). Benim için bu:

-3	-2	-1	0	1	2	3
Tama mıyla bir proble m	Orta önemli derecede bir problem	Hafif derecede bir problem	Afaziden kaynaklı oluşan bir değişiklik yok	Hafif derecede olumlu bir değişim	Orta- önemli dereced e olumlu bir değişim	Tamam ıyla olumlu bir değiş im

16. Ailemde afazili birinin olması nedeniyle kendimi daha çok/daha az üzgün hissediyorum. Benim için bu:

-3	-2	-1	0	1	2	3
Tamamıyla bir problem	Orta önemli derecede bir problem	Hafif derecede bir problem	Afaziden kaynaklı oluşan bir değişiklik yok	Hafif derecede olumlu bir değişim	Orta-önemli derecede olumlu bir değişim	Tamamıyla olumlu bir değişim

17. Ailemde afazili birinin olması nedeniyle kendimi daha çok/daha az endişeli hissediyorum. Benim için bu:

-3	-2	-1	0	1	2	3
Tamamıyla bir problem	Orta önemli derecede bir problem	Hafif derecede bir problem	Afaziden kaynaklı oluşan bir değişiklik yok	Hafif derecede olumlu bir değişim	Orta-önemli derecede olumlu bir değişim	Tamamıyla olumlu bir değişim

18. Ailemde afazili birinin olması nedeniyle afaziden önceki zamanla karşılaştırdığımda onunla kolay iletişim kurabilme durumum değişti. Benim için bu:

-3	-2	-1	0	1	2	3
Tamamıyla bir problem	Orta önemli derecede bir problem	Hafif derecede bir problem	Afaziden kaynaklı oluşan bir değişiklik yok	Hafif derecede olumlu bir değişim	Orta-önemli derecede olumlu bir değişim	Tamamıyla olumlu bir değişim

19. Ailemde afazili birinin olması nedeniyle onunla yeni ve farklı bir şekilde iletişim kurmam gerekiyor (Örneğin; yavaş konuşuyorum, daha kısa cümleler kullanıyorum, sözcüklerini bulması için ona zaman tanıyorum). Benim için bu:

-3	-2	-1	0	1	2	3
Tamamıyla bir problem	Orta önemli derecede bir problem	Hafif derecede bir problem	Afaziden kaynaklı oluşan bir değişiklik yok	Hafif derecede olumlu bir değişim	Orta-önemli derecede olumlu bir değişim	Tamamıyla olumlu bir değişim

20. Ailemde afazili birinin olması nedeniyle, kendimi daha çok/daha az hayal kırıklığına uğramış, sınırlı ve kızgın hissediyorum. Benim için bu:

-3	-2	-1	0	1	2	3
Tamamıyla bir problem	Orta önemli derecede bir problem	Hafif derecede bir problem	Afaziden kaynaklı oluşan bir değişiklik yok	Hafif derecede olumlu bir değişim	Orta-önemli derecede olumlu bir değişim	Tamamıyla olumlu bir değişim

Ek 7. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBVYÖ)

ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

2. Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

3. Yakınına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

7. Geleceğin yakınına getirebileceklerinden korkuyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

10. Yakınınzla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

12. Yakınınzın bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

16. Yakınınzın bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

22. Yakınına bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

Ek 8. Aile Bakım Verenleri için Bakım Yüğü Ölçeği (BSCF)

Aile Bakım Verenleri için Bakım Yüğü Ölçeği (BSCF)

1.Kendimi sabahları uykumu tam olarak almış hissediyorum.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

2.Bakım nedeniyle hayattan aldığım mutluluğum azaldı.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

3.Kendimi çoğu zaman bedensel bitkin hissediyorum.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

4.Bazen içinde bulunduğum durumdan kurtulmayı/kaçmayı arzuluyorum.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

5.Başkalarıyla bakım hakkında konuşmayı arzuluyorum/ özlüyorum.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

6.Kendi ilgi alanlarıma ve ihtiyaçlarıma yeterince zamanım kalıyor.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

7.Bazen bakıma muhtaç kişi tarafından kendimi kullanılmış gibi hissediyorum.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

8.Bakım durumu dışında kafamı dinlendirebiliyorum.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

9.Bakıma muhtaç olan kişinin zorunlu ihtiyaçlarında (örnek: banyo ve yemek) yardımcı olmak bana kolay geliyor.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

10.Bazen kendimi ‘ben olarak ‘hissetmiyorum.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

11.Benim yaptığım bakım başkaları tarafından gereğince tasdik/takdir ediliyor.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

12.Bakım dolayısıyla hayat/yaşam standartım eksildi.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

13.Bakımı üstlenmenin kendi kararım olduğunu düşünüyorum.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

14.Bakıma muhtaç kişinin istekleri bence makul/uygun.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

15.Bakımın üstesinden hakkıyla geldiğimi hissediyorum/ düşünüyorum.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

16.Bakım yüzünden sağlığım etkileniyor.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

17.Hala içten sevinebiliyorum.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

18.Bakım yüzünden ileriye yönelik planlarımdan vazgeçmek zorunda kaldım.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

19.Başkalarının bakıma muhtaç olan kişinin durumunu görmeleri beni rahatsız etmiyor.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

20.Bakım benim gücümü çok tüketiyor.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

21.Çevremin istekleri (misal ailemin) ve bakımın gerektirdiği durum yüzünden “iki arada bir derede“ kaldığımı hissediyorum.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

22.Bakıma muhtaç olan kişi ile aramızın iyi olduğunu düşünüyorum/hissediyorum.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

23.Bakım yüzünden diğer aile mensuplarıyla problemler oluyor.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

24.Gece dinlenmemin gerektiğini hissediyorum.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

25.Bakım yüzünden geleceğimden endişeleniyorum.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

26.Bakımdan dolayı ailemle, akrabalarım, arkadaşlarımla ve tanıdıklarımla olan ilişkim olumsuz etkileniyor.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

27.Bakıma muhtaç olan kişinin kaderi beni üzüyor.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil

28.Bakımın yanında diğer günlük görevlerimi kendi beklentilerime göre yerine getirebiliyorum.

4 Kesinlikle doğru 3 çoğunlukla doğru 2 biraz doğru 1 doğru değil