

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İNME Lİ HASTA YAKINLARINA VERİLEN EĞİTİMİN
BAKIM VERMEYE HAZIR OLUŞLUĞA ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

Merve USLU

**Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Özlem YAZICI**

İSTANBUL, 2019

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**İNME Lİ HASTA YAKINLARINA VERİLEN EĞİTİMİN
BAKIM VERMEYE HAZIR OLUŞLUĞA ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**

Merve USLU

164003047

Tez Danışmanı

Dr. Öğretim Üyesi Özlem YAZICI

İSTANBUL, 2019

T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

YÜKSEK LİSANS
TEZONAYI

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : MERVE USLU Öğrenci No : 164003047
Anabilim/Bilim Dalı : Hemşirelik Tez Savunma Tarihi : 18.06.2019
Danışman : Dr. Öğretim Üyesi Özlem YAZICI Tez Savunma Saati : 10:00

Tez Konusu : "İnneli Hasta Yakınlarına Verilen Eğitimin Bakım Vermeye Hazır Oluşuğa Etkisinin İncelenmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 28.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULU 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğretim Üyesi Pelin KARAÇAY	Kabul	
Dr. Öğretim Üyesi İlknur ÇALIŞKAN	Kabul	
Dr. Öğretim Üyesi Özlem YAZICI	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğretim Üyesi Deniz ACUNER		

ÖZET

Bu çalışma inme tanılı hasta yakınlarına verilen eğitimin bakım vermeye hazır oluşluğa etkisini belirlemek amacıyla yapıldı. Araştırma bir devlet hastanesi'nde Ocak - Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışmaya katılacak kişi sayısı power analizi ile belirlendi, 33 deney, 33 kontrol grubu olmak üzere toplam 66 hasta yakını çalışmaya gönüllü olarak katıldı. Veriler hasta yakınlarından onam alındıktan sonra “Tanıtıcı Özellikler Formu”, “Rush Medicus Hasta Sınıflama Sistemi”, “İnmede Bakım Vericiler için Bilgi Testi” ve “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” kullanılarak, örneklem seçme kriterlerine uygun olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hasta yakınları ile yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Deney grubuna eğitim verildi ve bu sırada “İnme Geçiren Hastanın Günlük Gereksinimleri ve Bakımı Rehberi” verildi. Kontrol grubu servisin standart akışına bırakıldı ve her zamanki rutin uygulamalar devam etti. Eğitim tamamlandıktan sonra her iki gruba da taburcu olmadan önce “İnmede Bakım Vericiler için Bilgi Testi” soruları ve “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” tekrar doldurtuldu.

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21,0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanıldı. Kolmogorov-Smirnov test ile değişkenlerin normal dağılım göstermediği tespit edildi. Normal dağılmayan değişkenler için Mann-Whitney U testi ve Wilcoxon testi, kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise Ki Kare testi uygulandı. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında independent samples t testi kullanıldı.

Bu çalışmada inme tanılı, orta ve üst düzey bağımlı olan hasta yakınlarından deney grubunun bilgi sontest puanları kontrol grubuna kıyasla istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu. Kontrol grubunun bakım vermeye hazır oluş öntest puanı deney grubundan yüksek bulundu, sontest puanında deney grubuna göre daha az yükselme görüldü. Hem deney hem de kontrol grubunda bakım vermeye hazır oluşluk öntest puanına göre bakım vermeye hazır oluşluk sontest puanındaki artış istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Anahtar Kelimeler: İnme, Hemşire, Hasta yakını, Bakım vermeye hazır oluş.

ABSTRACT

EVALUATION OF THE EDUCATION EFFICIENCY GIVEN TO RELATIVES OF PATIENT WITH STROKE ON THE PREPAREDNESS FOR CAREGIVING

The aim of this study was to determine the effect of education given to relatives of patients with stroke diagnosis about readiness for care. Study was done in a government hospital between January 2019 - May 2019. The number of participants was determined by power analysis and a total of 66 relatives, 33 of whom were experimental and 33 of the control group, participated in the study voluntarily. After getting acquainted with the patient's relatives and obtaining their consent, the “Descriptive Characteristics Form”, “Rush Medicus Patient Classification System”, “Knowledge Test for Stroke Caregivers” and “Preparedness for Caregiving Scale” were used to stroke patient caregivers. The patient relatives who agreed to participate in the study were collected by face-to-face interview method. Education was given to the experimental group and “Guide to the Daily Needs and Care of a Stroke Patient” was given. The control group was left to the standard flow of service and the usual routine continued. After the education was completed, both groups were re-filled the “Knowledge Test for Caregivers in Stroke” and “Preparedness for Caregiving Scale” again.

The study were analyzed by using SPSS for Windows version 21.0. Descriptive statistical methods (number, percentage, mean, standard deviation) were used to the evaluation of the data. Kolmogorov-Smirnov test revealed that the variables were not normally distributed. Mann-Whitney U test and Wilcoxon test were used for non-normally distributed variables, and Chi Square test was used for comparison of categorical data. Independent samples t test was used to compare the quantitative continuous data between two independent groups.

In this study, the knowledge posttest scores of the relatives of patients with stroke who had moderate and high level dependence were found to be significantly higher than the control group. The pre-test score of the control group was found to be higher than the experimental group, and the posttest score was lower than the experimental group. In both experimental and control groups, the increase in the

readiness for care; posttest scores was significantly higher than the pretreatment pretest score.

Keywords: Stroke, Nurse, Patient relative, Preparedness for caregiving.



ÖNSÖZ

Yüksek Lisans eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım bu araştırmanın planlanmasında, yazım aşamasında her anında fikir ve görüşleriyle beni destekleyen ve her zaman yanımda olan değerli danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Özlem YAZICI'ya ve çalışmama katılmayı kabul eden ve bana destek olan tüm hasta yakınlarına ve tüm stresimi paylaşan sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.

Saygılarımla.

A large, light gray, stylized signature watermark is centered on the page. It consists of several overlapping, slanted lines that form a complex, abstract shape, resembling a signature or a series of connected 'X' and 'K' characters.

Merve USLU

BEYAN

Bu alışmanım, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Merve USLU



İÇİNDEKİLER

	<u>SAYFA NO</u>
ÖZET	ii
ABSTRACT	iii
ÖNSÖZ	v
TABLolar LİSTESİ	ix
KISALTMALAR LİSTESİ	x
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. İNME	5
2.1.1. İnme Tanımı	5
2.1.2. İnme Epidemiyolojisi	5
2.1.3. İnme Etyolojisi ve Sınıflandırılması	6
2.1.3.1. Subaraknoid Hemoraji	7
2.1.3.2. İntraserebral Hemoraji	7
2.1.3.3. Serebral İskemi	7
2.1.4. İnme Patofizyolojisi	7
2.1.5. İnme Risk Faktörleri	8
2.1.5.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	8
2.1.5.2. Değiştirilebilen Risk Faktörleri	9
2.1.6. İnmenin Semptomları	14
2.1.7. İnmenin Tanı ve Tedavisi	15
2.1.8. İnmede Prognoz ve İyileşme	16
2.1.9. İnme Geçiren Bireyde Oluşabilecek Komplikasyonlar	17
2.2. HASTANIN TABURCU EDİLMESİ	23
2.3. EVDE BAKIM SÜRECİ	23
2.4. İNMELİ HASTAYA BAKIM VERME VE HEMŞİRENİN ROLÜ .	24

3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
3.1. Araştırmanın Tipi	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	29
3.4. Verilerin Toplanması	30
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	33
3.6. Verilerin Analizi.....	33
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	34
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	34
4. BULGULAR	35
5. TARTIŞMA	43
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	47
KAYNAKLAR	51
EKLER	61
ÖZGEÇMİŞ	76

TABLÖLAR LİSTESİ

	<u>SAYFA NO</u>
Tablo 1. Hasta Yakınlarına İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler	36
Tablo 2. Hastalara İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler	38
Tablo 3. Yaşların ve Tanı Sürelerinin Deney ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması	40
Tablo 4. Rush Medicus Hasta Bağımlılık Düzeyi Puan Ortalamalarının Deney ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması	40
Tablo 5. Rush Medicus Hasta Bağımlılık Düzeylerinin Deney ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması	41
Tablo 6. Bakım Vermeye İlişkin Bilgi Düzeylerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması	41
Tablo 7. Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Düzeylerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması	42

KISALTMALAR LİSTESİ

ANOVA	: Varyans Analizi
aPTT	: Aktif Parsiyel Tromboplastin Zamanı
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DVT	: Derin Ven Trombozu
GİA	: Geçici İskemik Atak
MRG	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
Ort	: Ortalama
PT	: Protrombin zamanı
s.	: Sayfa
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
Ss	: Standart Sapma

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından “Kronik hastalıklar, uzun süren ve yavaş ilerleme gösteren hastalıklar” olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde bulaşıcı olmayan hastalıklar olarak ele alınan kronik hastalıklar, bir enfeksiyon ajanından kaynaklanmayan ve genetik yatkınlık, çevresel maruziyet veya yaşam tarzı nedeniyle ortaya çıkan hastalıklar olarak da tanımlanmaktadır. “Kronik hastalıklar; normal fizyolojik fonksiyonlarda yavaş ve ilerleyici bir sapmaya, geri dönüşümsüz değişikliklere neden olan, yaşamın uzun bir dönemini kapsayan, sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektiren hastalıklardır” (1).

Bulaşıcı olmayan hastalıkların ana tipleri kardiyovasküler hastalıklar (kalp krizi ve inme gibi), kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları (kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astım gibi) ve diyabettir. Bulaşıcı olmayan hastalıklar her yıl 41 milyon insanı öldürmekte olup, dünya genelinde tüm ölümlerin %71'ini oluşturmaktadır. Her yıl, 30 ve 69 yaşları arasındaki 15 milyon insanın hayatı bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle son bulmaktadır; Bu “erken” ölümlerin %85'inden fazlası, düşük ve orta gelirli ülkelerde görülür. Kalp krizi ve inme gibi kardiyovasküler hastalıklar ölümlerin çoğunluğunu oluştururken yılda 17,9 milyon kişi kanser, solunum hastalıkları ve diyabet gibi hastalıkların gelişimi sonrasında yaşamlarını yitirmektedir (1).

İnme kronik bir durum olup, fiziksel, sosyal ve kognitif fonksiyonları ciddi düzeyde etkileyebilmektedir. İnme ayrıca “bir aile hastalığı” olarak da tanımlanmaktadır (2).

Tütün veya alkol kullanımı, fiziksel hareketsizlik, sağlıksız beslenme bulaşıcı olmayan hastalıklar nedeniyle görülen ölüm riskini artırmaktadır. Kalp hastalıkları, inme ve, tip 2 diyabetin %80'i ile kanser vakalarının 1/3'ten fazlası; bu ortak risk faktörlerinin ortadan kaldırılmasıyla önlenbilir (1).

DSÖ verilerine göre her yıl 15 milyon kişi inme geçirmekte, hastalardan üçte biri yaşamını yitirmekte, üçte biri ise engelli olarak yaşamını sürdürmek zorunda kalmaktadır. Ayrıca, İngiltere ulusal istatistiklerine göre inme mağdurları ilk 30 gün içinde tekrar inme geçirme riski ile karşı karşıyadır ve inme sonrası hayatta kalanların dörtte biri ilk beş yıl içinde tekrar inme geçirmektedir (3).

Türkiye’de 2000 yılında yapılan “ulusal hastalık yükü ve maliyet-etkililik çalışması”na göre “inme, ulusal düzeyde ölüme neden olan ilk 20 hastalık içinde ikinci sırada (%15) yer almaktadır” (4). 2012 yılında ise 15 yaş ve üzeri bireylerin %0,9’u hekim tarafından inme tanısı almıştır (5). 2013 yılında Türkiye İstatistik Kurumu’nun bildirdiği ölüm nedenleri arasında sinir sistemi ve duyu organları hastalıkları %4,1 oranla 6. sırada yer almaktadır (6). ABD’de de her yıl 795.000’in üzerinde inme vakası olmakla birlikte her 19 ölümden birinin nedeni inmedir (7). Ortalama yaşam süresi uzadıkça inme insidansında da artış görülmektedir (8).

İnme; vasküler olaylara bağlı olarak gelişen ani başlangıçlı fokal nörolojik sendrom bulgularını tanımlamakta ve kronik hastalıklar arasında en sık hastaneye başvurma nedenlerinden biridir (8-10). “Görme sorunları, duyu-motor bozukluklar, bilişsel bozukluk, tonüs bozuklukları, konuşma güçlüğü, koordinasyon bozukluğu ve yutma sorunu gibi fiziksel düzeyde yetersizliklerle seyreden nörolojik problemler” nedeniyle yatağa bağımlılığa yol açan inme, toplumda sık görülmesi ve ölüme yol açması nedeniyle tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz için de maliyet ve hastanede kalış süresinin artmasına yol açan önemli bir sağlık sorunudur (9,11).

İnmeli hastalarda bakımın sürekliliği; herhangi bir sağlık kurumunda hizmet alırken sağlanan taburculuk planlaması ve evde bakım hizmetleri ile sağlanabilmektedir. Gelişmiş ülkelerde, sağlık hizmeti organizasyonlarının tedavi ve bakımın sürekliliğinin sağlanmasına yönelik hizmetler geliştirilerek sürdürülmesine karşın ülkemizde kurum bakımı sonrası evde bakımın sürekliliğini sağlayacak uygun ve yeterli destek alabilmek oldukça zordur (11,12).

İnmeden sonra hayatta kalan bireylerin yaşamlarını başkalarına bağımlı olarak sürdürebildikleri ve evde bakıma gereksinimleri olduğu için hasta yakınları önemli görevler üstlenmişlerdir. “Genellikle bakım verenler; duygusal açıdan güçlü, becerikli veya istenilen bakımı vermeye en uygun bireyler olmaları nedeniyle değil; duygusal ve ekonomik nedenlerden dolayı bakımın sorumluluğunu üstlenmek durumunda kalmaktadırlar” (13). Bakımın niteliğini etkileyen nedenler arasında hastanın ve bakım verenin kişisel özellikleri, bakım verme süresi, hastanın günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile tedavi ve bakımla ilgili bilgi alma durumu yer almaktadır. Bu bağlamda bakım vericilerin “hastanın durumuyla ilgili tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri, girişimlerin seçeneklerini, her girişimin olası risk ve yararlarını, tanı ve

tedavinin gidişı, bakım için gerekli el becerileri, hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken kolaylaştırıcı yöntemleri ve basit hemşirelik uygulamaları konularını içerecek şekilde tam olarak bilgilendirilmesi, bakıma katılmalarının sağlanması ve başa çıkma yöntemlerinin öğretilmesi bakım vermeye hazır olmalarında katkı sağlayacaktır” (8,10,14).

Uğraş ve arkadaşlarının (2011) evde bakım konusunda yaptıkları çalışmada; hastaların %47’sine kullanılacak ilaçların miktarı, veriliş zamanı, etkileri ve yan etkileri hakkında bilgi verildiği bulunmuştur (15). Çavuş’un (2008) yapmış olduğu çalışmada kanser hastalarının %96,4’ü hastalıkları ile ilgili olarak evde karşılaşılabilecekleri sorunlar hakkında hemşirelerin bilgi vermediğini belirtmişlerdir (16). Türkoğlu’nun (2010) yaptığı çalışmada bakım verici bireylerin hastasına vereceği bakımın boyutlarına ilişkin bilgi gereksinimleri olduğu belirtilmiştir (14).

King ve arkadaşlarının inmeli hasta yakınlarıyla 2010 ve 2012 yıllarında yaptıkları çalışmalarda hasta yakınlarının kendilerini bakım vermeye hazır hissetmediklerini ve bakım vermeye az hazır oluşluğun depresyon ve olumsuz duygu durum ve stresle ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir (17,18).

Yapılan araştırmalar, hastaneden ayrılma sürecindeki hastalar ve yakınlarının, hastalık ile ilgili bilgi ve destek almalarının anksiyete düzeylerini hafifleteceğini, hastalığa ve bakıma uyum sağlamalarında yardımcı olacağını göstermektedir (11,19). Nurit ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada da, “hemşirelerin yaptığı hasta eğitimlerinin, hastaların tıbbi tedavi ve bakımlarına uyumlarını sağlamada diğer sağlık ekip üyelerine oranla daha etkin oldukları”nı belirtmişlerdir (20).

İnmeli hasta yakınlarının evde bakım vermeye hazır olma durumları bakımın sürekliliği ve uygun biçimde yürütülmesi açısından önemlidir. Hastaya bakım verenlerin hazır oluşluk durumlarının belirlenerek, taburcu olmadan önce gereksinim duydukları konularda eğitim ve destek verilmesi hemşirenin sorumluluklarındandır.

İnmeli hasta yakınlarının evde bakım vermeye hazır olma durumları bakımın sürekliliği ve uygun biçimde yürütülmesi açısından önemlidir. Hastaya bakım verenlerin bakım vermeye hazır oluşluk durumlarının belirlenerek, taburcu olmadan önce ve gereksinim duydukları konularda eğitim, bakım, danışmanlık verilmesi

hemşirenin sorumluluklarındandır. Evde hasta bakımında hemşire ulaşılabilir en iyi yol gösterici olmalıdır.

Bu çalışmada inneli hasta yakınlarının evde bakım vermeye hazır oluşluk durumlarının belirlenmesinde hasta yakınlarına verilecek eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İNME

2.1.1. İnme Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre “İnme; vasküler nedenler dışında görünür bir neden olmaksızın, fokal serebral fonksiyon kaybına ait belirti ve bulguların hızla yerleşmesi ile karakterize klinik bir sendrom” olarak tanımlanır. Vücut fonksiyonlarında kalıcı hasarlara neden olabildiği gibi, ölümle de sonuçlanabilir. Dünyada kalp hastalığı ve kanserden sonra en sık görülen ölüm nedeni olup, erişkin nüfusta görülen en önemli sakatlık nedenidir (21). Bu tanımın; beyin kanaması, subaraknoid kanama, arteriyel ve venöz tıkanmalar sonucu gelişen klinik durumların tümünü kapsamakta olduğu belirtilmelidir. Semptom aralığı, bir-iki günde tam düzelme ya da kısmi düzelme, ağır özürlülük ve ölüm olasılıklarını gösterir.

İnme; dünyada ölüm nedeni olarak üçüncü sırada yer alırken özürlülük nedeni olarak birinci sıradadır. Endüstrileşmiş toplumlarda hastane başvurularında ve sağlık harcamalarında ekonomik bir yük olarak önemli bir yer tutmaktadır (22-25).

2.1.2. İnme Epidemiyolojisi

Epidemiyoloji; insan topluluklarında görülen hastalıkların dağılımının (prevalans, insidans, zaman içindeki değişiklikler, mortalite) ve belirleyicilerinin (hazırlayıcı etkenler, risk faktörleri) incelendiği bir bilimdir (26).

İnme etkisinin büyüklüğü inmeye özgü prevelans, insidans ve mortalite gibi halk sağlığı terimleriyle ölçülür. İnme prevelansı belli bir popülasyonda özel bir zaman dilimindeki yeni ve eski olguların toplam sayısıdır ve binde altı civarındadır (26). Ayrıca 2005 yılında 20 yaş ve üstü yetişkinlerde inme prevelansının 6.500.000 olduğu belirtilmektedir (27). İnme insidansı, belli bir popülasyonda belirli zaman aralığı içinde görülmüş yeni inme olgularının sayısıdır (28). Her yıl, yaklaşık 795.000 kişinin inme geçirdiği ve bunların 610.000'inin ilk defa inme deneyimlediği belirtilmektedir (27). Mortalite verileri kolaylıkla erişilebilirdir ancak inmeli hastaların tümü yaşamını kaybetmediği için, uzun süre yatağa bağımlı ya da bağımsız hayatını sürdürdüğü için

inmenin büyüklüğü göz ardı edilebilir (28). ABD’de 2005 yılı verilerine göre yaklaşık her 17 ölümden birinin inmeden kaynaklandığını göstermektedir (27).

İnme insidansı, ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. DSÖ verilerine göre her yıl dünyada on beş milyon kişide inme görülmektedir. Bu bireylerin beş milyonunun fonksiyonel kayıplar yaşadığı ve beş milyonunun hayatını kaybettiği bildirilmiştir. Bu sonuçların uzun dönemde aile, toplum ve ülke ekonomilerine fazla yük oluşturduğu belirtilmektedir (29).

Türkiye’de, 2004 yılında tamamlanan “Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkinliğı Çalışması” sonuçlarına göre serebrovasküler hastalık insidansının erkeklerde yüz binde 67,1 ve kadınlarda yüz binde 72,1 olmak üzere toplamda yüz binde 69,6 olduğu ifade edilmiştir. Prevelansların ise her iki cinsiyette ve toplamda binde 3,19 olduğu bildirilmiştir. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2010 yılında “Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı” kapsamında eylem planı uygulamaya konmuştur. Programda, inmenin altmış yaş ve üzerinde her iki cinsiyette ve toplamda hastalık yüküne neden olan ikinci hastalık olduğu, serebrovasküler hastalıkların kentsel alanda 15-59 yaş grubunda %3,4 ile altıncı sırada yer alırken, kırsal alanda %5,5 ile üçüncü sırada bulunduğu açıklanmıştır. Bölgesel dağılımda ise, toplamda batı bölgesinde ikinci sırada yer alırken, doğu bölgesinde dördüncü sırada olduğu ifade edilmiştir (29).

2.1.3. İnme Etiyolojisi ve Sınıflandırması

İnme sınıflandırması klinik uygulamalar, epidemiyolojik çalışmalar, genetik çalışmalar, randomize akut klinik çalışmalar gibi çalışmalar ile farklı alt tiplerin önlenmesinde yol gösterici olmalıdır (30).

İnme etiyolojisine yönelik ilk sınıflandırmalar, genellikle lezyon patolojisine göre yapılmış, tüm inmeler iskemik inme ve hemorojik inme olarak iki ana grubu ayrılmıştır. Daha sonraki çalışmalarda, lezyonun patolojisiyle birlikte, lezyon lokalizasyonu ve oluş mekanizması göz önüne alınarak sınıflandırılma üç gruba ayrılmıştır (31).

2.1.3.1. Subaraknoid Hemoraji (%3-10)

Subaraknoid hemoraji, beyni sarmalayan zar ve beyin-omurilik sıvısı içine olan kanamadır. Subaraknoid hemorajinin başlıca nedeni, anevrizmalar olup diğer nedenleri ise, arteriovenöz mal formasyonlar, travma, antikoagülasyon ve hemoraji diatezleridir (32-34).

Aniden başlayan, şiddeti daha önce hiç olmadığı kadar fazla ve dayanılması zor baş ağrısı, bilinç bozukluğu, bulantı, kusma olup, genellikle fokal nörolojik defisit bulunmaz. Hastalığa bağlı görülen ölüm oranı %30-70 olup, hayatta kalan hastalarda ciddi sekeller (işlev bozuklukları) gözlenmektedir (33).

2.1.3.2. İntraserebral Hemoraji (%10-15)

İntraserebral hemorajide kanama beyin parenkiminde olup, çoğunlukla küçük penetran arterlerin kanamasıyla, bazal ganglion, talamus, pons gibi beynin derin bölgelerinde kanama oluşturur. Başlıca neden hipertansiyon olmak üzere, diğer nadir nedenler arterio-venöz malformasyonlar, amiloidanjiopati, hemoraji diatezleri, tümör hemorajileri, travma, Moyamoya hastalığı, antikoagülasyon ve semptomatik ilaç kullanımıdır. Ani gelişen çok şiddetli baş ağrısı, bilinç bozukluğu, bulantı, kusma ve fokal nörolojik defisitlerle karakterizedir. Ağır klinik bulgulara yol açmayan küçük kanamalar dışında, mortalite oranı oldukça yüksek olup, %70'lere kadar çıkmaktadır (33).

2.1.3.3. Serebral İskemi (%60-80)

Etiyolojisine bakıldığında tromboz ve emboli olmak üzere iki nedene bağlı olarak gelişmekte olduğu görülmektedir. Büyük arter trombozlarının neden olduğu inmelere arterioskleroz plaklarının karotid arter ya da dallarından birinde meydana getirdiği tıkanmaya bağlı olarak bu bölgede iskemi ya da infarktüs gelişmektedir (32,35). Genellikle pons, bazal ganglionlar ve talamus yakınındaki küçük damarlarda meydana gelen tıkanıklığa bağlı olarak gelişir (35).

2.1.4. İnme Patofizyolojisi

İskemik inmeli kişide bir arterin obstrüksiyonu durumunda, obstrüksiyonun distalinde perfüzyon basıncı düşerek bölgede kan akımı azalır. Serebral kan akımındaki

düşme ilk 10-30 saniye nöronal membranda sodyum pompasını bozarak nöronal işlev bozukluğuna neden olur ve bir dakika içinde oksijen ve glikozdan yoksunluk sonucu hipoksi ve laktik asit birikimi gerçekleşir. İskemi durumunun dört dakika devam etmesi ile infarktüs ortaya çıkar. Beyin dokusunda oluşan iskemi hücrelerin ölümüne, infarktüsüne ve nekrotik dokuların oluşmasına neden olur (35,36). Hemorajik inmede kapiller, arterioller ve küçük damarların yırtılması gibi bir sebeple kanın beyin parankimi içine sızmasına yol açar. Oluşan hematoma lokal basınçta artışa neden olur ve basıncın etkisiyle kapiller de doku içine yırtılarak hematomun artmasına ve yayılmasına yol açar. Artmış sistemik kan basıncı ve azalmış kan pıhtılaşma hızı yayılma hızını artırır ve kanamanın büyümesine yardım eder. Hematomlar çoğunlukla bu bölgeden ilerleyen traktusları kesintiye uğratır ve bu nörolojik tabloyu oluşturur. Hematomlar ilerleyen dönemlerde ventrikül ya da beyin yüzeyindeki spinal sıvıya bası yapacak derecede çok genişleyebilmektedir (37).

2.1.5. İnme Risk Faktörleri

İnmenin önlenmesinde en önemli adım, risk faktörleri yüksek olan kişileri belirlemek ve bu risk faktörlerini en aza indirmeye çalışmaktır. Ayrıca ne kadar çok sayıda risk faktörü varsa inme riski de o derecede yüksek olacaktır (38). Her ne kadar risk faktörleri azaltılabilse de yaş, cinsiyet, ırk, aile öyküsü ve etnik köken gibi değiştirilmesi mümkün olmayan diğer bir ifade ile değiştirilemeyen risk faktörleri de vardır. Bu durumda değiştirilemeyen risk faktörlerinden ziyade değiştirilebilen risk faktörlerinin sıkı takibi ve gerekli tedavisinin sağlanması da inme riskinin azaltılmasında yardımcı olacaktır (31,39-42).

2.1.5.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

Değiştirilemeyen risk faktörlerine sahip olan kişiler en yüksek riske sahip olmaktadır, ancak değiştirilebilen risk faktörlerinden korunmadan ve bu faktörlerin tedavisinden fayda görebilirler.

Yaş: Yaş inme için tek başına en önemli risk faktörüdür, yaş ilerledikçe inme riski de artmaktadır. Bu risk 55 yaşından sonra her on yılda bir iki katına çıkmaktadır (31,33,34,42-43).

Cinsiyet: İnme, erkeklerde kadınlara oranla daha fazla görülmektedir, fakat kadınlarda da ölüm oranı daha yüksektir. 35-44 yaş arası ve ≥ 85 yaşındaki kadınlarda inme insidansı erkeklere göre daha yüksek oranlardadır. Gebelik durumu ve oral kontraseptif kullanımı genç kadınlarda inme riskini attırırken, ileri yaşta ise erkeklerin kardiyovasküler hastalıkları nedeni ile daha erken yaşta ölümü kadın insidansının yüksekliğine neden olarak gösterilmektedir (33,36,43,44).

İrk: Afrika ve Hispanik kökenli Amerikalılarda, Avrupa kökenli Amerikalılara göre inme insidansı ve ölüm oranı daha yüksektir. Zencilerde hipertansiyon, obezite ve diyabet daha yaygın oranda bulunmaktadır. Bazı Asya gruplarında da inme insidansı yüksek oranlardadır. Sonuç olarak da siyah ve sarı ırkta, beyaz ırka göre inme insidansı daha yüksektir denebilir (7,43).

Aile öyküsü/genetik: Aile bireylerinin benzer kültürel, çevresel ve yaşam stili faktörlerini paylaşması, bazı genetik özelliklerin bireyler arasında taşınması kişide inme riskinin artması ile ilişkili saptanmıştır. Monozigot ikizlerde inme riski dizigot ikizlere göre daha yüksektir (33). Hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi gibi risk faktörleri de hem genetik faktörleri hem de çevresel faktörleri içermektedir (43). İnmede de genetik faktörler göz ardı edilemez öneme sahiptir.

Ailede inme ya da geçici iskemik atak öyküsü: Daha önce inme geçirmiş olan bir kişide tekrardan inme geçirme riski, kendisi ya da ailesinde hiç inme geçirmemiş kişiye göre daha fazladır (9). Geçici iskemik atak (GİA) yaşanması inme habercisi olup, bir veya daha fazla sayıda GİA geçiren kişi, aynı yaş ve cinsiyetteki başka bir kişiye oranla yaklaşık 10 kat daha fazla inme geçirme riski taşır. GİA'ların tanınması ve tedavisi ve kişinin tedaviye uyumu major inme riskini azaltır (25).

2.1.5.2. Değiştirilebilen Risk faktörleri

2.1.5.2.1. Kesinleşmiş Faktörler

İnmedeki risk faktörleri kardiyovasküler hastalıklardaki risk faktörleri ile benzerdir. Bu ortak risk faktörlerinin kontrol altına alınması vasküler hastalıkların genel olarak azalmasını sağlayacaktır (45).

Hipertansiyon: Hipertansiyon hem iskemik, hem de hemorajik inme için oldukça önemli bir risk faktörüdür. Büyük arter tıkanmasını ve embolizmi kolaylaştırır;

doğrudan obstruktif ateroskleroza neden olarak laküner infarkta yol açar. Hipertansiyon idiyopatik atriyal fibrilasyon içinde bir risk faktörüdür (36). Kan basıncı ne kadar yüksekse, inme riski de o kadar artar (46). Hipertansiyon tedavisine ilişkin çalışmalar sonucunda farklı antihipertansifler kullanılmış olmasına rağmen, hepsinin inme riskinde azalma sağladığı görülmüştür (46,47,48). Birçok hastada iki ve üzeri antihipertansif ilaçlarla bu kontrol sağlanabilmektedir (49). Tüm antihipertansif tedaviler inme insidansını %35-44 oranında azaltır (50). Diyastolik kan basıncı 6 mm Hg düşürüldüğünde inme insidansında %42 azalma görülmüştür (51). Hipertansiyonun kontrol altında tutulabilmesi kalp hastalıkları ve inme riskinin azaltılmasında anahtar role sahiptir (52).

Sigara: Sigara içilmesi iskemik inme için önemli bir risk faktörüdür. Hemorajik inme riskini de 2 ile 4 kat arttırmaktadır (32,53-54). Sigara, diğer inme risk faktörlerinin de etkisini arttırabilir. Sigara ve oral kontraseptif kullanımı birlikte bulunduklarında iskemik inme riski 7,2'ye, hemorajik inme riski 3,7'ye çıkmaktadır (45). Sigaradaralmış damarda trombus oluşumu üzerine akut, ateroskleroz yükünü arttırıcı olarak da kronik etki sebebiyle önemli bir risk faktörüdür (46).

Diyabetes Mellitus (DM), Hiperinsülinemi, Glikoz İntoleransı: Diyabet, inme için bağımsız bir risk faktörüdür ve diyabetli hastalarda insülin direncinden dolayı plazma insülin düzeyi artarak ateroskleroza neden olabilir (36,40,46,55). İskemik inmeli olguların %37-42'si tek başına diyabete veya diyabet ile hipertansiyonun birlikte olduğu hastalardır (56). DM ile ilişkili inme, Ege İnme Veri Tabanında %35 ve ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda %13-28 arasında saptanmıştır (31,46,51).

Kardiyo-Vasküler Hastalıklar: Dilate kardiyomiyopati, valvüler kalp hastalıkları ve intrakardiyak konjenital defektler kardiyovasküler hastalıklar arasında yer almaktadır (45). Serebral infarktların yaklaşık olarak %30'unun kardiyak nedenli olduğu düşünülmektedir. İskemik nedenli inme ile koroner kalp hastalığı, benzer risk faktörlerine ve benzer patogenetik özelliklere sahiptir. Koroner kalp hastalığı olan hastalarda inme gelişme riski çok daha fazladır (57,58). Ülkemizde aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar %27,1 oranıyla en sık görülen ikinci risk faktörü olarak bulunmuştur (43).

Asemtomatik Karotis Arter Stenoza: 65 yaş üzerindeki kişilerin %50'sinden fazlasında %4-5 oranında asemtomatik karotis arter stenoza görüldüğü, bu hastalarda inme riskinin %1-2 olduğu ve stenozun artmasıyla inme riskinin de yükseldiği ileri sürülmektedir (36).

Orak Hücreli Anemi: Otozomal resesif olarak kalıtsal bir hastalıktır, anormal gen ürünü değişmiş bir hemoglobin zinciridir. Homozigot olan hastalarda inme riski yüksektir ve 20'li yaşlarda inme prevalansı en az %11 oranındadır (36).

Dislipidemi: Yüksek kolesterol düzeyi ateroskleroz gelişimini hızlandırdığından dolayı inme riskini de arttırır (9). "The Euro Stroke Project"te ise düşük LDL'li erkek hastalarda daha az iskemik inmeye rastlanırken, kadınlarda ise bu oran daha yüksek bulunmuştur (59).

Obezite ve Vücut Yağ Dağılımı: Son dönemlerde abdominal obezite kavramı için bel ve kalça oranı ya da bel çevresinin ölçümü yaygın olarak bilinmekte ve kullanılmaktadır. Erkeklerde bel çevresi 102 cm'den büyük, kadınlarda 88 cm.'den büyük ise abdominal obezite olarak kabul edilmektedir. Artmış kilo ve abdominal yağ dokusu inme riskini arttırıyor (43). Kilo vermenin inme riskini azaltmadaki etkisi kanıtlanmamış olsa da kilo vermenin kan basıncını düşürdüğü ve yağ oranını azalttığı ve indirekt olarak inme riskini azalttığı gösterilmektedir (45).

Diyet ve Beslenme: Meyve ve sebze, düşük yağ tüketiminin artması inme riskinde azalma sağlamakta etkilidir (60). Sodyum ve potasyum alımı ise kan basıncında değişime yol atığından inme riskini etkilemektedir. Yüksek sodyum alımı inme riskini arttırmakta ve yüksek potasyum alımı ise riski azaltmaktadır (45,61).

Fiziksel İnaktivite: Düzenli fiziksel aktivite kan basıncı düşmekte bu da kardiyovasküler hastalıklar için diğer risk faktörlerinin kontrolünü etkilemektedir. Aynı zamanda fiziksel inaktivite plazma fibrinojen ve platelet aktivitesini azaltmakta, plazma doku plazminojen aktivatörlerinin ve HDL kolesterolünün artmasını sağlamaktır (43).

Post-Menopozal Hormon Tedavisi: Post-menopozal hormon tedavisinin yapılan laboratuvar ve gzlemsek çalışmalarda kardiyovasküler hastalıklardan korunduğu ve inme riskini azaltmada yararlı etkilerinin olduğunu göstermesine rağmen bu konuda yapılan randomize çalışmalarda bu tedavilerin zararlı olduğu sonucuna ulaşmıştır (62).

İkincil korumada ise estradiol ile hormon tedavisinin inmenin tekrarlaması ve ölüm riskini azaltmadığı, ilk 6 ayda riskin daha yüksek olduğu belirtilmiştir (43). Önceden histerektomi olup ve aktif östrojen tedavisi gören kadınlarda inme riskinin daha da arttığı saptanmıştır (63).

2.1.5.2.2. Kesinleşmemiş Faktörler veya Potansiyel Olarak Değiştirilebilen Risk Faktörleri

Metabolik Sendrom: “The National Cholesterol Education Program” metabolik sendromu; abdominal obezite, trigliserid seviyesinin 150 mg/dl’den yüksek, HDL kolesterol erkekler için 40mg/dl’den düşük, kadınlar için 50 mg/dl’den düşük, kan basıncı 130/85 mmHg’dan yüksek, açlık kan glukozunun 110 mg/dl’den yüksek olması durumlarından üç veya daha fazlasının birlikte olması olarak tanımlamıştır (64). DSÖ epidemiyolojik çalışmalar sonucunda bu tanımlamaya hiperinsülinemi de eklemiştir. Obezite veya sedanter yaşam tarzı, diyet ya da diğer faktörlerle birleşince metabolik sendromu oluşturabilir (65).

Alkol Kullanımı: Hafif ve orta düzeyde alkol tüketen kişilerde (kadınlar için ≤ 1 kadeh, erkekler için ≤ 2 kadeh) alkolün plazma fibrinojen konsantrasyonu ile platelet agregasyonunu azaltıcı, HDL kolestrolü arttırıcı etkisinin olduğu söylenebilir. Ağır alkol tüketimi ise hipertansiyona, hiperkoagülabileteye neden olup dolayısıyla da serebral kan akımını azaltabilir. Günde beş kadehten fazla alkol tüketenlerde inme riskinin %69 oranlarındadır. Tüketilen alkol miktarının yanı sıra alkolün cinside inme riskini etkini belirleyici etkiler. Copenhagen City Heart çalışmasında, günde 3-5 kadeh şarap tüketmenin, inme ile ilişkili olarak mortalite riskini azalttığını göstermiştir (43).

Hiperhomosisteinemi: Homosistein yüksekliği iskemik kalp hastalığı ve ekstrakraniyal karotisstenozu ve inme ile ilişkilidir. Diyetle alınan B6, B12 ve folik asit orta derecede yükselmiş plazma homosistein düzeyini düzeltebilir (36,66).

İlaç Kullanımı ve Bağımlılığı: Kokain, amfetamin, eroin gibi ilaç bağımlılığının inme riskini arttırdığı bilinmektedir. Amfetamin ve psikostimülan ilaçlar vaskülit yeyol açıp inmeye neden olurken, kokain ise hemorajik inme ve iskemik inmeye yol açıp kognitif bozulma ve beyin atrofisine neden olabilmektedir (36,66).

Hiperkoagülabilité: Hiperkoagülabilitéye neden olan durumlar venöz trombozlara yol açmakla birlikte, iskemik inmelere de neden olabilirler. Antifosfolipid antikor sendromu, yüksek fibrin D-dimer, von Willebrand faktör, t-pA ve faktör VIIIc inme riskini artıran faktörlerdir (67).

Oral kontraseptif (OK) kullanımı: Oral kontraseptifler, içerdikleri östrojen miktarı ile trombosit ve koagülasyon faktörlerini etkileyerek tromboz riskini artırmaktadırlar. Düşük estradiollü kombine preparatlara göre, 50 mikrogramdan fazla estradiol içeren ilaçların inme riskini daha fazla artırdığı ve bu ilacın bırakılması ile birlikte riskin azalacağı belirtilmektedir (9,67).

Yüksek Hematokrit ve Fibrinojen Düzeyi: Hematokrit ve fibrinojen düzeyinin artması kanda hiperviskoziteye neden olmaktadır. Bu da ileri derecede stenozu olan büyük serebral arterlerde tıkanmayı kolaylaştırır. Fibrinojen, aterogenez ve arteriyel trombus oluşumundan sorumludur ve literatürde inme ve kardiyovasküler hastalık insidansında fibrinojenin bağımsız bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Ayrıca fibrinojen; yaş, hipertansiyon ve diyabetes mellitus, obezite, yüksek hematokrit düzeyi gibi risk faktörleri ile de pozitif bir ilişki göstermektedir (68,69).

C-Reaktif Protein (CRP): CRP düzeyi ile inme arasındaki ilişkiye bakılan çalışmalarda iskemik dokuda CRP'nin belirgin olarak yüksek seviyede olduğu gözlenmiştir (70).

Migren: İnme ve migren ilişkisi konusunda çok net bir şey söylenemese de inme hastalarının %10'unda migren öyküsü olduğu saptanmıştır (68).

Hipotiroidi: Hipotiroidi kolesterol düzeyini yükselttiğinden ve kalpte aritmi oluşturduğundan iskemik inmeye yol açabilmektedir (71,72).

İnflamasyon: Serebral kan damarlarının endotel yüzeyindeki hasar intralüminal tromboz ile inme için bir risk faktörüdür (43). Aterosklerotik bölgelerde, endotelinin transsellüler adezyon molekülleri eksprese etmesi, endarterektomi preparatlarında aktif T lenfositleri ve makrofajların bulunması, inme gelişiminde inflamasyonun rolünü düşündürür. Bu nedenle de iskemik inme geçirenlerde akut faz reaktanı olan C-reaktif protein ve serum amiloid A yüksek düzeyde bulunmaktadır (66).

Uykuda solunum bozuklukları: Horlama hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, obezite ve yaştan bağımsız olan iskemik inme için bir risk faktörüdür. İnme ya da inme sebepleri olan risk faktörlerine doğrudan etki gösterir. Uykuda horlama solunum bozukluklarının habercisidir ve bu da inme riskini arttırabilir. Uyku sırasında ortaya çıkan apnedurumu hipertansiyonu arttırır aynı zamanda noktürnal oksijen saturasyonunu düşürür. İleri derecede uykuda solunum bozukluğu olan hastalarda, oksijen saturasyonu <%65 olduğunda; kardiyak aritmiler, atriyal fibrilasyon atakları ve atriyoventriküler bloklar görülebilir, bu durumlar da inme için çok ciddi risk faktörüdür (43).

2.1.6. İnmenin Semptomları

İnmede nörolojik semptomlar aniden ortaya çıkmaktadır. Nörolojik semptomlar inmenin büyüklüğünü yansıtabilirler ancak inmenin türünü ayırt etmede sıklıkla belirleyici değildir (73). İnmenin semptomları; motor semptomlar, duyuşsal semptomlar ve davranışsal semptomlar olarak ele alınabilir (73-76).

Motor Semptomlar

- “Vücudun bir yarısının tümü veya bir bölümünde kuvvet kaybı (hemiparezi, monoparezi)
 - Bilateral kuvvet kaybı (paraparezi, kuadriparezi)
 - Yutma güçlüğü (disfaji)
 - Dengesizlik (ataksi) Konuşma/lisan bozuklukları
 - Konuşulan dili anlamakta veya ifade etmekte güçlük (disfazi)
 - Okumada (disleksi) gülük veya yazmada (disgrafi) güçlük
 - Hesap yapmada güçlük (diskalkuli)
 - Peltek konuşma (dizartri)”

Duyuşsal Semptomlar

- “Vücudun bir yarısının tümünü ya da bir bölümünü farklı hissetme (hemisensoriyel bozukluk)
 - Görmeye ilişkin semptomlar
 - Bir gözde görme kaybı
 - Görme alanının yarısı veya çeyreğinde görme kaybı (hemianopsi, kuadrantanopsi)

- Bilateral körlük
- Çift görme (diplopi)”

Vestibüler Semptomlar

- “Baş dönmesi (vertigo)”

Davranışsal/Kognitif Semptomlar

- “Giyinme, diş fırçalama ve saç tarama gibi aktivitelerde güçlük yaşama; mekan dezoryantasyonu
- Unutkanlık (amnezi)”

2.1.7. İnmenin Tanı ve Tedavisi

İnmeli hastalarda acil tedavi uygulamaları hastaneye ilk girdikleri andan itibaren başlanmaktadır. İnme ilk 3-6 saat içerisinde acile başvurulduğu anda tedavi edilebilir bir hastalık olabilmektedir. İnmeli hastanın hastaneye yatırılmasındaki amaçlar aşağıdaki gibi özetlenebilir (74):

- “Yaşam bulgularını stabilize etmek
- Nörolojik hasarı durdurmak veya geriye dönüşümlü ise düzeltmek
- İnmenin beraberinde veya seyrinde ortaya çıkacak nörolojik komplikasyonlarla mücadele etmek
- Erken dönemden başlamak üzere rehabilitasyon girişimlerini başlatmak
- Erken dönemde hasta ailesinin yeni duruma adaptasyonunu sağlamak için bilgilendirme ve destek sağlamaktır.”

İnme hastasının izleminde tam kan sayımı, protrombin zamanı ve aktif parsiyeltromboplastin zamanı (PT ve aPTT), eritrosit sedimentasyon hızı, elektrolitler, kan şekeri, kan üre nitrojeni, serum kolesterolü, elektrokardiyografi ve bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme yapılır (MRG). GİA’lı hastalarda karotis endarterektomisi adayları olabilir ve karotis arterlerinin doppler ve anjiyografi tetkikleri yapılmalıdır. Kalp içinde bir emboli odağı görebilmek için ekokardiyografi gerekebilir (75).

Tedavi yaklaşımları inmenin tipine göre değişiklik göstermektedir. İskemik inmede; antitrombotik (antikoagülasyon ve antiplatelet), trombolitik, cerrahi girişim ve kafa içi basıncının yükselmesini önlemenin hedeflendiği tedavi uygulanır. Hemorajik

inmede ise; prognozu belirleyen hemorajinin bulunduğu lokalizasyonudur ve lezyonun büyüklüğü/genişliği önemlidir. Gerek intraserebral, gerekse subaraknoid hemorajilerde tıbbi tedavinin yanı sıra, kan basıncı ve kafa içi basıncının yükselmesini önlemeye yönelik olarak düzenlemeler yapılır. Gerekirse etiyolojiye ve kanamanın büyüklüğüne göre cerrahi girişim tercih edilebilir (77,78).

2.1.8. İnmede Prognoz ve İyileşme

İnmeli bireylerde iyileşme birden fazla faktöre bağlıdır. Neglect yaptığı çalışmalar sonucunda, 39 yaş üzerinde olma, erkek cinsiyet, sistemik hipertansiyon, inme sonrasında koma görülmesi ile eşlik eden diğer hastalıkların fonksiyonel iyileşme üzerinde negatif bir ilişkisi olduğu bildirilmiştir (79,80).

İnme sonrası normal kognitif düzeye sahip bireylerin toplum içindeki ambulasyonlarının kognitif etkilenimi olan bireylere göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (81).

Bilgi eksikliği, yalnız yaşama veya dul olma, üriner inkontinans ile bir yıl içindeki ölümler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaşın da prognoz için önemli bir faktör olduğu bildirilmiştir (82).

İnme sonrası yalnız yaşamak zorunda kalmak, bakım verenlerin yeterli zaman ayıramaması ya da ayırmaması ile sağlık hizmetlerinin yetersiz olması da prognoz açısından negatif faktörler olarak belirtilmiştir (83).

Herhangi bir nedenle ortaya çıkan inme durumunda hastanın ileri yaşta olması, fiziksel bağımlılığının olması, yaşadığı çevredeki olanakların yetersizliği ve bakım verenin stres düzeyinin yüksek olması negatif prognoz belirtileri olarak tanımlanmaktadır (44).

Sonuç olarak, inme tanılı bağımlı bireylerde görülen iyileşme seviyeleri farklılık göstermektedir. Hastalarda tekrar kazanılan pek çok fonksiyonun yanında, hastanın yaşı, motivasyonu, lezyon yeri ve şiddeti, tedaviye başlama zamanı ve diğer ilave bozukluklara bağlı olarak bazı yetenekler geri dönmeyebilir (84). Buna göre bir planlama yapmak gereklidir.

2.1.9. İnme Geçiren Bireyde Gelişebilecek Komplikasyonlar

İnmenin; nörolojik ve fonksiyonel kayıplar sebebiyle hastaların hastanede yatış sürelerinin uzamasına yol açan, özellikle de ekonomik durum ve yaşam kalitesini olumsuz etkileyen önemli bir sağlık problemi olduğu bilinmektedir (25,85-87). İnme geçiren hastaların yaklaşık %30'u bir yıl içinde ölmekte olup bu grubun %20'si ise erken dönemde ölmektedir. Yaşayanların ise 1/3'ü günlük işlerinde yardıma muhtaç durumda ve birilerine bağımlı olarak hayatlarını sürdürebilmektedir (88). İnme etiyolojisinde etkili olan hipertansiyon, diyabetes mellitus, kalp hastalığı ve hiperlipidemi gibi değiştirilebilen risk faktörleri, inme sonrasındaki prognozda da etkilidir. Medikal ve destek tedaviyle serebral hasarın en aza indirilmesi, enfeksiyonun etkili ve hızlı kontrol altına alınıp tedavi edilmesi, yaşam fonksiyonlarının regülasyonunun sağlanması mortalitenin azaltılmasına katkı sağlayacaktır (89). İnme sonrası komplikasyon gelişme riski %40-96 oranları arasında değişiklik göstermektedir. Komplikasyon gelişimi, mortalite ve rehabilitasyon sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. İlk günlerde görülen ölümler genellikle beyin ödemi ve transtenterioyal herniasyona bağlı gerçekleşmektedir. Subakut dönemdeki ölümler ise, genellikle inmeye bağlı komplikasyonlar nedeniyle meydana gelir. Bu nedenle inme sonrası gelişebilecek komplikasyonların bilinmesi ve erken dönemde tanınması kontrol altına alınması ve tedavi edilmesi mortaliteyi düşürmek açısından oldukça önemlidir (23,33).

Aspirasyon ve Pnömoni

Bakteriyal pnömoni inme hastalarının en önemli komplikasyonlarından biridir (90). Genellikle disfajisi olan ve koopere olmayan hastalarda aspirasyona bağlı pnömoni gelişmektedir. Hastaların istendiğinde öksürebildiği veya az miktarda su yutabildiği ve öksürmediği ana kadar oral beslenme durdurulmalıdır. Sıvı gıdaların reflüsü, öksürük refleksinde azalma, hipostaz ve immobilizasyon gibi durumlar aspirasyon riskini arttırmaktadır. Buna karşılık, nazogastrik veya perkütan enteral gastrostomi ile beslenmenin sağlanması, hastanın yeterli beslenmesine ve aspirasyon pnömonisinin önlenmesine yardımcı olabilmektedir. Yatakta hasta pozisyonunun doğru şekilde ve sık değiştirilmesi ve pulmoner fizyoterapinin uygulanması aspirasyon pnömonisini önleyebilmektedir (91).

Malnütrisyon

Oral alımın durdurulması veya kısıtlanması katabolik durumu daha da kötüleştirebilmektedir (91). Malnütrisyon kötü fonksiyonel prognoza ve mortalitede artışa sebep olabilir (92). Bilinç bozukluğu, çiğneme güçlüğü, disfaji, kol ve yüz kaslarında güçsüzlük, azalmış mobilite, duysal algılama bozukluğu, yeme isteğinde azalma, depresyon gibi nedenler malnütrisyonu yol açabilir. Bu hastalara uygun beslenme seçenekleri değerlendirilip uygulanmalıdır. Hastaların günlük bakımında önlemler açısından kilo takibi; aldığı ve çıkardığı sıvının tespiti; erken dönemde beslemeye başlama; protein, kalori, kan ve elektrolit takibi önemli olup, yetersizlik durumu söz konusu ise belirlenip en erken dönemde uygun şekilde destek tedavisi yapılmalıdır (90,93).

Disfaji

Disfaji inme sonrası çok sık karşılaşılan, yaşam kalitesini ve mortaliteyi etkileyen önemli bir komplikasyondur (94,95). Serebral ve beyin sapı lezyonlarının yutma fizyolojisini bozması sonucu oluşur. Aspirasyon pnömonisi gibi ciddi bir enfeksiyona ve malnütrisyonu yol açma riski olduğu için kötü prognoz üzerinde etkilidir (46,55). İnme geçirmiş hastalarda disfajinin erken tanı ve erken tedavisi sadece komplikasyonları azaltmak da değil, aynı zamanda fonksiyonel durumu iyileştirmekte ve hastanede kalış süresini kısaltmaktadır (96).

Kaslarda Katılık (Spastisite)

Spastisite; üst motor nöron lezyonları nedeniyle hıza bağlı olarak tonik germe reflekslerinde artma, germe reflekslerinde hipereksitabilite nedeniyle artmış tendon refleksi ile karakterize bir durumdur. İnmeli hastalarda alt ve üst ekstremitelerde kaslarında sık görülür. Spastisite, inmeli hastaların günlük yaşam aktivitelerinde zorlanmasına neden olur ve fonksiyonel iyileşmeyi geciktirir, sekonder komplikasyonlara ve ağrıya neden olur aynı zamanda da bakım sorunlarını arttırır. Spastisite; inmeli hastalarda omuzda addüksiyon; dirsek, el bileği ve el parmaklarda fleksiyon; kalça ve dizde ekstansiyon; ayak bileğinde plantar fleksiyon ile görülür (97). Sommerfeld ve arkadaşları (2004) inmeden sonraki üçüncü ayda %19 hastada spastisite saptamışlardır (98). İyi bir bakımla nosiseptif uyarılar önlenerek spastisite azaltılabilir. Enfeksiyondan koruma, ağrı kontrolü, bası yarası ve kontraktürlerin önlenmesi, tırnak batmasının

önlenmesi, bacakları sıkın veya vuran giysi veya atel kullanılmaması, vücut bakımı, iyi bir bağırsak ve mesane bakımı spastisitenin azaltılmasına yardımcı olabilir (99).

Afazi ve Dizartri

Afazi, dil fonksiyonlarını kontrol eden beyin alanlarında hasar gelişimine bağılı olarak gelişen; konuşamama ifade edememeye yönelik dil fonksiyonlarında sonradan oluşan fokal nörolojik bozukluktur (100). İnme geçiren hastaların yaklaşık üçte birinde afazi gelişmekte ve bunların %32 ile %50'sinde, inmeden 6 ay sonra da afazinin devam ettiğı gözlenmektedir. Afazinin derecesi, klinik özellikleri, seyri ve iyileşmesi hastadan hastaya değışiklik göstermektedir (85). Afazi bireyin kişiliğini, sosyal yaşantısını engellediğı gibi ailesi ve diğeri bireylerle olan iletişimini ve yaşam kalitesini etkileyebilmekte ve buna bağılı hastalarda kendini ifade edememeye bağılı depresyon görülebilmektedir. Dizartri de inmede görülebilen bir konuşma bozukluğudur ve konuşmanın içeriğinden ziyade kas zayıflığı veya koordinasyonda güçlük sebebiyle konuşma şekli bozulmuştur ve anlaşılması zor bir konuşma şekli vardır (101).

Basınç Yaralanması

Hastanede yatış sürecindeki inme hastalarının %9'unda, bakım evlerindekiilerin de %23'ünde basınç yaralanması gelişmektedir. Basınç yaralanması, ağırlı, tedavisi oldukça maliyetli ve uzun süreli yatış gerektiren bir komplikasyondur. Bu komplikasyon ağrıya, spastisitede artışa, enfeksiyona, ateşe ve hatta ileri derecede kontrol altına alınamadığında ölüme neden olabilir. İmmobiliti, periferik vasküler hastalık, diyabetes mellitus, düşük beden kitle indeksi, inkontinans, terminal dönem hastası olması basınç yaralanması açısından değıştirilemeyen riskli durumlardır (33,46,93). Basınç yaralanması uzun süreli yatış gereksinimine yol aarak prognozu ve rehabilitasyon sürecini olumsuz yönde etkiler (46). Basınç yaralanması gelişme riski yüksek hastalarda; pozisyonun sık değıştirilmesi, destek yüzeylerin kullanımı, beslenme durumunun hastaya uygun olarak yeterli miktarda kalori alacak şekilde düzenlenmesi, cildin nemlendirilmesi, basıncın azaltılması yapılabilecek uygun önlemler arasındadır (102). İdrarını tutamayan ya da bezlenen hastaların cildinin kuru tutulması gerekmektedir. İnkontinansı olan hastalarda basınç yaralanması görölme oranı çok daha yüksektir. Basınç yaralanması riski yüksek olan hastalarda havalı yatak veya su yatakları kullanılması önerilmektedir (91).

Derin Ven Trombozu (DVT) ve Pulmoner Emboli

Venöz tromboembolizm akut iskemik inme sonrası yaygın görülen bir komplikasyondur. Hastanın uzun süreli immobilizasyonu tromboembolizm gelişme riskini arttırmaktadır. DVT hastaların %30'unda gelişir, çoğunlukla tutulan taraftadır ve alt ekstremitede daha fazla görülür (46). Asemptomatik DVT, ölümcül pulmoner emboliye yol açması nedeni ile önemlidir ve venöz tromboemboliye bağlı gelişen pulmoner emboli insidansı %10-13 bulunmuştur (103).

Mesane ve Bağırsak Problemleri

İnmeli hastaların yaklaşık olarak %50'sinde idrar inkontinansı görülmekte ve bu oran 6 ay sonrasında %20'lere kadar düşmektedir (94). Pettersen ve arkadaşları (2007) mesane fonksiyon bozukluğunun ilk bir yıl içerisinde mortalite ve prognoz ile ilgili önemli bir belirteç olduğunu ileri sürmüştür (104). Kuptniratsaikul ve arkadaşları (2009) çalışmalarında, mesane fonksiyon bozukluklarının inme geçirmiş hastalarda, hastanede kalma süresini uzattığını ve anksiyete düzeyini arttırdığını ileri sürmüşlerdir (105). Akçalı ve arkadaşları (2010) çalışmalarında, üriner ve fekal inkontinans, ihmal sendromu sıklığı ve depresyon düzeylerini sol hemiparezisi olan hastalarda, sağ hemiparezisi olan hastalara göre daha fazla olduğunu belirtmişlerdir (106). Üriner inkontinans; inme sonrasında özellikle daha ileri yaşlarda olan, bilişsel bozukluğu fazla olan hastalarda daha yaygın olarak görülmektedir (91). İnmeli hastalarda fekal inkontinans da zaman zaman görülebilmekte ve ortalama 2 haftada henüz düzelmemişse kötü prognoz ile ilişkili olabilirliği düşünülmektedir (94,106). Bağırsak fonksiyon bozuklukları fonksiyonel iyileşme üzerine negatif etkisi olan önemli bir komplikasyondur (107). Yine bu hastalarda konstipasyon da sıklıkla görülen bir problemdir ve yetersiz beslenme, nörojenik durum, inaktivite, immobilité, depresyon, kognitif bozukluklar gibi nedenlerle ilişkili olabileceği belirtilmiştir (93).

Ağrı

İnme sonrası ortaya çıkan ağrı, santral veya periferik kökenli olabilir. Periferik kökenli nosiseptif ağrıya oranla daha az görülen santral ağrının sebebi inmeye bağlı oluşan lezyon nedeniyle sinir sisteminin hasara uğramasıdır. İnmeli hastaların %38-84'ünde nosiseptif ağrı bildirilmektedir (93).

Genellikle nosiseptif ağrılar etkilenen omuzda gelişmektedir. Hemiplejik omuz ağrısının yaş ve cinsiyetle ilişkili olmadığı ve inme sonrasında ikinci haftadan itibaren görüldüğü bildirilmektedir. Hemiplejik omuz ağrısı iskelet-kas, santral veya sempatik sinir sistemi disfonksiyonu sonucu oluşabilir (93). Nosiseptif omuz ağrısının nedeni, etkilenen taraftaki güçsüzlük ve pareziye bağlı dinamiklerin değişmesidir. Omuz kuşağı kaslarının uygun olmayan fiziksel egzersizler ve spastisite sonucu gelişen rotator kılıf yırtıkları, glenohumeral eklem subluksasyonu ve yumuşak doku yaralanmaları sonucu ortaya çıkar.

İnme sonrasında ortaya çıkan diğer ağrı tipi de santral ağrıdır. Ağrı tipleri içinde tedavisi en zor olandır ve rehabilitasyonu güçleştiren bir komplikasyondur. İnme sonrası görülen santral ağrı, inme gelişiminden sonraki bir ay içinde hastaların %40-80'inde gelişebilmektedir. İnme sonrası santral ağrının bir yıllık izlem süresince görülme sıklığı yaklaşık %8 olup, özellikle ısı duyusunu kaybeden hastaların %18'inde inme sonrası santral ağrı gelişmektedir (93).

Üst Ekstremitte Komplikasyonları

İnme sonrası omuz subluksasyonu sık yaşanan bir komplikasyon olup görülme sıklığı %17-81 arasındadır. Omuz subluksasyonu inme sonrasında ortaya çıkan tüm yönlerde skapula ve humerus arasındaki ilişkinin total ya da kısmi değişimidir (43). İnme sonrasında oluşan hemiplejik omuz ağrısı genellikle ilk haftalar içinde gelişmekte ve nörolojik hasardan daha ciddi sorun oluşturabilmektedir (108). Hemiplejik omuz ağrısı ile kol güçsüzlüğü, kol fonksiyonlarındaki kötü düzelme, uzamış hastanede yatış süresi ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma arasında ilişki bulunmuştur. Ağrının kendisi aktiviteleri kısıtladığı gibi, kısıtlı hareket ve bağımlılığa bağlı depresyonla da ilişkilidir. Sol hemiplejiklerde omuz ağrısı daha fazladır ve ihmal ile de ilişkili olduğu bulunmuştur (109). Gamble ve arkadaşları (2002) inme sonrası izleme aldıkları hastaların %55'inde ilk iki haftada, %87'sinde ilk iki ayda, %16'sında ise sonraki dört ay içinde hemiplejik omuz ağrısının ortaya çıktığını bildirmişlerdir (110).

Nöbetler

İnme nöbetlere yol açan önemli nedenlerdendir. Erken nöbetler, beyin damar hastalıkları sonrası ilk iki hafta içinde nöronaliskemi, ödem, sitotoksik madde ve metabolitlerin birikimi gibi akut değişiklikler sonucunda ortaya çıkmaktadır. Geç

başlangıçlı nöbetler genellikle inmeden iki hafta sonra yapısal değişiklikler ve skar dokusu oluşumu sonrası ortaya çıkar (111).

Ajitasyon

Ajitasyon ve konfüzyon; akut inme sonucunda gelişebildiği gibi ateş, dehidratasyon veya enfeksiyon gibi komplikasyonlara bağlı da gelişebilmektedir (91).

Enfeksiyon

İnme geçirmiş bireylerde üriner sistem enfeksiyonları, solunum sistemi enfeksiyonları, bası yarası enfeksiyonları, enfekte olmuş kateter ya da intravenöz kanül, infektif endokardit ve sepsis görülebilir. Enfeksiyonlar, mortaliteyi arttırmakla birlikte hastanede kalış sürecini uzatmakta olup subakut ve kronik dönemde morbiditeyi de arttırmırlar. En sık olarak solunum sistemi enfeksiyonları ve üriner sistem enfeksiyonları görülmektedir. Üriner sistem enfeksiyonlarının en önemli nedeni mesaneyi boşaltmada yaşanan güçlük sonrası sık idrar retansiyonun gelişmesi ve üriner kateter gereksiniminin olmasıdır. Solunum sistemi enfeksiyonu oluşmasında ise bilinç bozukluğu ve disfajisi olan hastalarda aspirasyon riskinin yüksek olması, immobilizasyona bağlı bronşlarda sekresyon birikiminin artmasıyla akciğerlerde atelektazi gelişmesi, hemiparetik hastalarda ise aynı tarafta göğüs duvarı hareketlerinde azalmanın olması etkilidir (33).

Düşme

İnme sonrasındaki ilk dönemlerde, hastane rehabilitasyonu sırasında düşmeler yaygın olabilmektedir (91). İnme geçirmiş bireylerin %46'sında düşme olayının gerçekleştiği ve büyük çoğunluğunun da taburculuktan sonraki ilk iki ay içinde hastane dışında gerçekleştiği belirtilmiştir (112). Düşmeler genellikle transferler sırasında ya da hasta yalnızken olmaktadır (43). İnme geçirmiş hastalarda düşmeye bağlı ciddi komplikasyonlar ortaya çıkabilmektedir (113). İnme geçirmiş hastalarda sağ hemisfer lezyonları, görme-algılama sorunları, bilateral inme, konfüzyon, günlük yaşam aktivitelerinde belirgin yetersizlik, üriner inkontinans, sedatif ve diüretik kullanımı, çoklu ilaç kullanımı, depresyon ve kognitif tutulum gibi faktörler düşme riskini arttırmaktadır (91,113).

Depresyon

Depresyon, inme geçiren hastaların en önemli komplikasyonlardan biridir. Psikososyal sorunlar doğrultusunda gelişen duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, psikoseksüel bozukluklar ve aynı zamanda hastalıkla yaşama uyum sağlayamama gibi ruhsal bozukluklar arasında en fazla görülen ise depresyondur (25). İlaç, ek hastalık, fonksiyonel kayıp, çevre, kişinin öz saygı ve beğenisinin zedelenmesi gibindenlere bağlı olabilir. Depresyonu olan hastalarda, fonksiyonel iyileşmenin yavaşladığı ya da tedaviye cevap alınamadığı ve sosyal fonksiyonların olumsuz yönde etkilendiği görülmüştür (93,114).

Yorgunluk

Yorgunluk, inme sonrasında görülen önemli bir bozukluktur (115). İnme sonrasında ilk yıl yorgunluk oranları %39-72'dir. Azalmış enerji kapasitesi, artmış yürüme enerji ihtiyacı, uyku problemleri, beslenme, diğer hastalıklar ve ilaçlar, psikolojik faktörler tükenmişlik duygusu yorgunluğa neden olabilmektedir (94).

2.2. HASTANIN TABURCU EDİLMESİ

Hastaneden taburcu olma durumu hem hasta hem de hasta yakını için rahatlatıcı bir durum gibi olsa da oldukça korku ve anksiyete yaratan bir olay olabilmektedir.

Taburculuk süreci sırasında hastanın ve ailesinin fiziksel, emosyonel ve psikososyal gereksinimleri göz önünde bulundurulmalı ve ihtiyaca yönelik taburculuk süreci oluşturulmalıdır. Hastanın hastaneden çıktıktan sonraki gereksinimlerinin tanınması, hasta ve ailesi ile birlikte yapılabileceklerin planlanması, hasta-hemşire ilişkisinin eğitim ve danışmanlık ile sonlandırılması ve taburculuk sürecinin değerlendirilmesi gerekmektedir (116).

2.3. EVDE BAKIM SÜRECİ

İnme, tüm dünyada uzun dönem sakatlıkların ya da yatağa bağımlılığın en önemli sebebi olmaktadır. İnme, mortalite ve morbititeye neden olan önemli bir hastalık olup inme sonrası yaşamını sürdüren hastaların çoğunluğu kalıcı fiziksel yetersizlikler ve kısıtlı yaşamın yanında bir de anksiyete ve depresyon gibi psikolojik problemler de yaşamaktadırlar. İnme sonrası yaşamını devam ettiren hastaların üçte biri günlük

işlerinde başkalarına muhtaç, yani bağımlı olarak yaşamlarını sürdürebilmektedir. İnmede birey nörolojik defisitler nedeniyle çeşitli sorunlarla karşı karşıya olduğundan, akut tedavi sonrası taburculuk sürecinde hastanedeki bakımının sürekliliğinin sağlanabilmesi için taburculuk eğitimi ve mümkünse evde bakım hizmetlerinin bireye uygun şekilde planlanması oldukça önemlidir (116).

Bakımın temel noktaları nörolojik değişikliklerin erken fark edilmesi ve komplikasyonların erken önlenmesidir (117). Bakım oluşabilecek komplikasyonları önlemek amacıyla uygulanmalıdır. Taburculuk sürecinde bu bilinç hasta ve yakınına da kazandırılmalıdır. Gerçekleşebilecek komplikasyonların da erken fark edilmesi hastanın erken tedavi şansını arttıracaktır.

İnme sonrası hastaların yaşamında bağımlı olması sebebiyle uzun dönem bakım ihtiyacı artmakta ve toplumumuzda bakım genellikle aile üyeleri tarafından üstlenilmektedir (118). Ülkemizde de bireyin bakımı genellikle aileler tarafından karşılanmakta ve bakım verme aile içi bir sorumluluk olarak algılanmaktadır (116). Stone ve arkadaşlarının bir çalışmasında, tüm bakım veren hasta yakınlarından %23'ünün kadın, %13'ünün ise erkek eşler olduğunu belirtmişlerdir. Türkiye'de Altun ve arkadaşlarının yaptıkları başka bir çalışmada, bakım vericilerin %78'inin kadın olduğu ve hastaların %34'üne eşlerin bakmakta olduğu bulunmuştur (119). Kadınların bakım vermeyi mevcut sorumluluklarının devamı olarak gördükleri, erkeklerin ise bakım verme sorumluluklarına yabancı oldukları ve yapamayacaklarını düşündükleri için üstlenmedikleri bildirilmiştir (120).

2.4. İNMELİ HASTAYA BAKIM VERME VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Dünyada kronik hastalığa sahip ve bakım gereksinimi olan yaşlı birey sayısında önemli artış olması ile gereksinimlerin karşılanması sorumluluğu ve bakımı; hastanelerden evlere, sağlık personelinde de ağırlıklı olarak hasta yakınlarına kalmaktadır (121). Son yıllarda inmeye bağlı ölüm oranlarındaki azalma, ortalama yaşam süresinin uzamasına ve inme sonrası bireyin birçok sakatlıkla yaşamına devam etmek zorunda kalmasına neden olmaktadır. Genellikle bu süreçte inmeli hastaların bakımını hasta yakınları üstlenmektedir (69).

Türk Dil Kurumu (2010)'na göre “bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi ve iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin beslenme,

giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi” olarak tanımlanmaktadır (122). “Bakım vermek ise; bakım sunma faaliyetlerini üstlenme ve sorumluluklarını üstlenme süreci” olarak tanımlanmaktadır (123). “Hasta yakınları tarafından sağlanan bakım; tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, kişisel bakım (yıkama, beslenme, tualete gitme, giyinme vb), sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, izleme vb.), alışveriş ve küçük ev işlerini yapma, aldığı sosyal hizmetleri koordine etme ve para yönetimi, maddi yardım ve aynı evi paylaşma”yı da kapsamaktadır. “Bakım; büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, yakın ilişkilerin gelişmesi, kişisel gelişim, kişisel doyum sağlama, kendine saygı duyma, diğer bireylerden sosyal destek alma gibi olumlu özelliklerinin yanında birçok güçlüğü de yaşanmasına neden olabilen ve oldukça sabır isteyen zor bir süreçtir” (124).

“Bakım yükü” kavramı ilk kez Grand ve Saisbury (1963) tarafından ortaya atılmış bir kavramdır (125). Cunningham, Zarit’in 1986 yılında bakım verme güçlüğüne tanımlarken, “yakınlarına bakım vermenin bir sonucu olarak, duygusal veya fiziksel sağlık, sosyal yaşam ve ekonomi ile ilgili durumlarda bakım verenin algıladığı sıkıntı” olarak belirttiğini ifade etmektedir (126). Bakım yükü “bakım verenin üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik ve sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlardır” şeklinde tanımlanmaktadır (127). Objektif olarak, bakım vermeyi üstlenen kişinin bakım verme sonuçlarında; “bakım verenin ve ailenin yaşamındaki değişim ve engellenmeleri kapsamakta olup, bakım verme nedeniyle yorgunluk yaşanması, aile rutinlerinin engellenmesi, bakım verenin fiziksel hastalığı gibi fiziksel sorun ve sıkıntıları” kapsamaktadır. Subjektif olarak bakım vermeyi üstlenen kişinin bakım verme sonuçları ise; “bakım verenin bu rol ile ilişkili emosyonel duygu ve tutumları (ekonomik sıkıntı, suçluluk duygusu vb.)” olarak belirtilmektedir (128-130).

Montgomery ve arkadaşları bakım verme yükünün iki şekli olduğunu belirtmiştir. Bunlardan birincisi: “ev halkının ve bakım verenin yaşamının çeşitli yönlerindeki değişiklikleri veya aksaklıkları içine alan nesnel yük, ikincisi ise: bakım verenin bakım sunma yaşantısına yönelik davranışını ya da duygusal tepkiyi içeren öznel yük” olarak tanımlamışlardır (118). “Nesnel yük çoğunlukla ailenin yaşantısında hastanın hastalığının, buna bağlı olarak aktivite kısıtlılıklarının, yardım ve görev

tiplerinde harcanan zamanın ve bu süreçte sarf edilen finansal kaynakların sebep olduğu aksaklıklarla ilgilidir”. “Öznel yük duygusal durum, fiziksel durum, finansal ve çalışma ortamları gibi alanlarda aile bireyinin yaşadığı gerginliğin miktarıyla ilgilidir.” Özellikle öznel yükün başarılı bir bakımın ve rehabilitasyonun sürdürülmesinde önemli bir ölçüt olduğu düşünülmektedir (131).

Bakımın oluşturduğu sorumluluk ve bu sorumluluğun olumsuz etkileri nedeni ile “hastalara bakım veren aile üyeleri, gizli hastalar ve risk altındaki topluluklar” olarak tanımlanmaktadır (132). Bakım yükünü etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler (128,133-136);

- “Bakım verenin ve hasta bireyin kişisel özellikleri,
- Hasta bireyin ek hastalığı var olma durumu,
- Hastanın hafıza durumu ve immobil olma durumu,
- Hasta ile bakım verenin bakım vermeye başlamadan önceki ilişkisi ve bakım verme sırasındaki ilişkisinin niteliği,
- Hasta birey ile aynı evi paylaşma durumu,
- Bakım verme süresi,
- Bakımla ilgili bilgi alma durumu,
- Bakım verenlerde rol değişiklikleri,
- Birden fazla kişiye bakım verme durumu,
- Hastanın bakımına karar verilirken bakım verenin fikirlerinin alınıp alınmaması,
- Bakım veren kişinin sağlık sorunlarının olması,
- Hastanın bakım verene günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık derecesi,
- Bakımda yardımcı olacak bireyin olma durumu,
- Bakım verenin ekonomik durumudur.”

Bakım yükünü etkileyen bütün bu faktörlerin yanında, “tüm aile bireylerinin hasta ile ilişkileri, aralarındaki duygusal bağları ve bu duyguların karşılıklı olarak ne kadar paylaşılabildiği, sorumlulukların paylaşılması, kişilerarası ilişkileri, sorunlarla başa çıkma stratejileri ve sorun çözme yetenekleri gibi değişkenler bu durumu etkilemektedir” (134).

Hartford Enstitüsü, bakım vermenin olumsuz sonuçlanmasının sebepleriyle ilgili risk faktörlerini tanımlamıştır. Bunlar (137);

- “Bakım veren kişiler arasında kadınlardaha fazla sorumluluk almakta ve kadınlarda depresyon oranının daha fazla olduğu görülmektedir.
- Eğitim düzeyi düşük olan bakım veren kişilerde depresyon görülme oranı daha yüksektir.
- Bakım veren hasta eşlerinde bakım veren diğer kişilerden daha fazla oranda depresyon görülmektedir.
- Bakım alan kişi ile iletişimi daha önceden de kötü olan bakım veren kişi daha fazla sıkıntı ve zorluk yaşamaktadır.
- Bakım veren kişinin daha önce bakım vermemesi ve bakım vermeye hazır olmayışı sıkıntı ve zorluk yaşamasına neden olmaktadır.”

Bakım veren bireylerin bakım verme sorumluluklarından dolayı kendilerine ayıracak zamanlarının kalmadığı ve kendilerini çoğunlukla yorgun hissettikleri, hasta ile iletişimde zaman zaman ya da sürekli sorun yaşadıkları ve ekonomik güçlükler yaşadıkları belirlenmiştir (132). Torti ve ark. (2004) kadın bakım verenlerin daha fazla sosyal izolasyona maruz kaldıkları ve daha fazla depresyon yaşadıklarını bildirmiştir (138). Schulz ve Beach 1999 yılında yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin bakım vermeyenlere göre dört yıllık sürede mortalite oranlarının %63 daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (139).

Uzun süre bakım gerektiren inme gibi kronik hastalıklarda hastaların kısıtlılıkları nedeni ile bakım verenler bakım sürecinde çok önemli yere sahiptirler. Etkin sağlık hizmeti sunumunda hemşirelerin, hastanın hastalığına uyumunu ve bakımının sürekliliğinin sağlanması için; hasta yakınlarının bakım hakkında doğru bilgiye sahip olması ve doğru kararlar vermesi, birlikte sorumluluk üstlenmeleri için etkili planlanmalar yapması ve uygulaması gerekmektedir. Profesyonel sağlık ekibinin üyesi olan hemşireler bakım verenlere hastalığın tanı aşamasından taburculuk süresince evde bakım için gerekli desteği sağlamalı ve onları evde bakım vermeye hazırlamalıdır. Özellikle hemşirelerin bu süreçte bakım, eğitim, danışmanlık, süreci organize etme, yol göstermek gibi rollerini gerçekleştirmesi gerekmektedir. Hemşireler aynı zamanda bakım verecek kişilerin ihtiyaç duyulan bakımın devamını sağlarken kendi fiziksel ve psikolojik sağlıklarını tehlikeye atmamaları ve bakım yükünü daha az yaşamaları için gerekli desteği sağlamalı ve uygun destek gruplarını devreye sokmalıdır. Hemşirelerin, bakım verecek kişilere bakım vermeye ilişkin eğitim vermeleri, hastaların günlük yaşam

aktivitelerini yerine getirmelerine yardımcı olacak kolaylaştırıcı yöntemleri öğretmeleri ve basit hemşirelik uygulamaları hakkında taburculuk eğitimi vermelerinin bakım verenlerin yaşadığı bakım yükünü azaltabileceği, evdeki bakım sürecine hazır oluşluğu arttırabileceği ve hem hastanın hem de bakım verenin yaşam kalitelerini arttırabileceği düşünülmektedir (26).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, inmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin bilgi düzeyi ve bakım vermeye hazır oluşluk üzerine etkisini inceleyen, prospektif, ön test ve son test içeren, yarı deneysel, basit randomize kontrollü bir çalışmadır.

H0: İnmeli hasta yakınlarına verilen eğitim, bilgi düzeyi ve bakım vermeye hazır oluşluk üzerine etkili değildir.

H1: İnmeli hasta yakınlarına verilen eğitim, bilgi düzeyi ve bakım vermeye hazır oluşluk üzerine etkilidir.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma İstanbul ili sınırları içinde bulunan; tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulduğu Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Nöroloji Servislerinde yürütüldü. Araştırmanın verileri, etik kurul onayı ve kurum izinleri alındıktan sonra, Ocak-Mayıs 2019 tarihleri arasında toplandı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini belirlemek için, son bir yılda nöroloji servislerine inme tedavisi için yatan hasta kayıtları incelenmiş, inme geçiren toplam hasta sayısının 500 olduğu belirlenmiştir. Örneklem sayısını belirlemek için güç (power) analizi yapılmış, testin gücü, G*Power 3,1 programı ile hesaplanmıştır. Çalışmanın gücünün belirlenmesinde %90 değerini geçmesi için; %5 anlamlılık düzeyinde ve 0,8 etki büyüklüğünde gruplarda 33'er olmak üzere iki grupta toplam 66 kişiye ulaşılmıştır.

Çalışmanın örneklemini Ocak-Mayıs 2019 tarihleri arasında Nöroloji Servislerine ilk kez inme (SVO) tanısı ile yatışı yapılan, hastalığın başlangıcının ilk 24 saatinde olan, orta ve üst düzey bağımlı olan (Rush Medicus Hasta Sınıflama Sistemi'nden 49 ve üzerinde puan almış olan), herhangi bir kurum bakımı almayan hastaların bakımında en fazla aktif rol alan ve bakımdan doğrudan sorumlu olan, daha önce inmeli hastaya bakım verme deneyimi olmayan, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden, okur-yazar hasta yakınları oluşturmuştur. Çalışmaya 33 deney, 33

kontrol grubu olmak üzere toplam 66 hasta yakını katılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan hasta yakınlarının, ardışık sırayla bir hafta yatışı yapılanlar eğitim ve “İnme Geçiren Hastanın Günlük Gereksinimleri ve Bakımı Rehberi”nin verildiği deney grubunu (n=33); bir hafta yatışı yapılanlar ise eğitim ve rehber verilmeyerek servisin standart akışına bırakılmış kontrol grubunu (n=33) oluşturmuş olup bu şekilde basit rastgele randomizasyonu sağlanmıştır. Toplam 8 hasta ise, genel durumlarındaki değişiklik nedeniyle yoğun bakıma transfer edilmek zorunda kaldığı için eğitim sonrası değerlendirmeler yapılamadığından çalışma dışı bırakılmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

Hasta yakını ile tanışıp onayı alındıktan sonra “Hasta Yakını Bilgi Formu” (Ek-1), “Hasta Bilgi Formu” (Ek-2), “Rush Medicus Hasta Sınıflama Sistemi” (Ek-3), “İnmede Bakım Vericiler için Bilgi Testi” (Ek-4) ve “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” (Ek-5) kullanılarak, örneklem seçme kriterlerine uygun olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hasta yakınları ile yüz yüze görüşme yöntemi ile anketler toplanmıştır. Deney grubuna eğitim verilmiş ve bu sırada “İnme Geçiren Hastanın Günlük Gereksinimleri ve Bakımı Rehberi” (Ek-6) verilmiştir. Kontrol grubu servisin standart akışına bırakılmış ve her zamanki rutin uygulamalar devam etmiştir. Bu rutin uygulamalar sırasında yapılan açıklamalar: kliniğin tanıtılması; yutma güçlüğüne değerlendirilerek uygun beslenme yönteminin öğretilmesi ve braden ölçeği puanına göre riskli olan hastalarda basınç yaralanmasının önlenmesi için cildin kuru tutulması, krem ile nemlendirilmesi ve personelden destek alınarak iki saatte bir pozisyonun değiştirilmesi şeklindedir. Eğitim tamamlandıktan sonra her iki gruba da taburcu olmadan önce “İnmede Bakım Vericiler için Bilgi Testi” ve “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” tekrar doldurulmuştur.

Hasta Yakını Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulmuştur. Hastaya bakım verecek yakınının sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bilgilerini içeren 14 sorudan oluşmaktadır. Soru formu; bakım verici ile ilgili yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir durumu, yakınlık derecesi, bakım verme sürecinde destek alınıp alınmadığı, destek alınan kişilerin kimler olduğu, bakım verenin bir hastalığı olup olmadığını içeren sorulardan oluşmaktadır.

Hasta Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda oluşturulmuştur. Hastanın sosyo-demografik özellikleri ile ilgili bilgilerini içeren 9 sorudan oluşmaktadır. Soru formu; hasta ile ilgili yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir durumu, inmenin süresi, inme dışında başka hastalığının olup olmadığını içeren sorulardan oluşmaktadır.

Rush Medicus Hasta Sınıflama Sistemi: Dieter Haussmann ve arkadaşları tarafından 1974 yılında geliştirilmiştir (140). Türkçeye uyarlaması 2003 yılında Dilek Yıldırım (Ekici) tarafından yapılmıştır (141). Hastanın bakım gereksinimlerini belirlenmesinde kullanılan bağımlılık düzeyinin değerlendirildiği formdur. En az bakım gerektiren hastadan en çok bakım gerektiren hastaya kadar, hemşirelik bakım gereksinimleri çok çeşitli olan hastaların sınıflandırılması ve her bir kategorideki hastanın 24 saatte ne kadar (kaç saat) hemşirelik bakımına gereksinimi olduğu belirlenerek bu hastaların optimal bakım ihtiyaçlarını karşılamak üzere bakım standartları oluşturulmuştur. Ölçekte hastanın hemşireye olan bağımlılığını tanımlayan 29 parametre bulunmaktadır.

Her bir parametre hastanın hemşireye olan bağımlılık düzeyine göre puanlandırılmıştır. Rush Medicus hasta sınıflandırma modelinde her hasta aldığı puana göre bağımlılık düzeyi sınıflarına ayrılmaktadır. Hasta için doldurulan formda hastanın aldığı puanlar toplanarak hangi bağımlılık grubuna girdiği bulunmaktadır. Rush Medicus Hasta Sınıflama Sistemi, Rush Medicus Hasta Sınıflandırma Kriterleri (RMHSK)'nden oluşmaktadır. Hastanın yemek yeme, banyo yapma (hijyen), hareket durumu, mental durumu, tedavi girişimleri gibi bakım rutinlerini ve hastanın yeterlilik düzeyini tanımlamaktadır. Hastanın hemşireye olan bağımlılık durumunu ölçmede kullanılan günlük yaşam aktiviteleri, genel sağlık durumu, beslenme, giyinme, bakım, boşaltım, rahatlık ve hareket durumudur. Her bakım tanımıyla ilgili hastaya yardım etmede en az zaman gerektirenden (kendi kendine beslenebilir/ kendi kendine yemek yiyebilir), en fazla zaman gerektiren uygulamaya (4 saatte bir nazogastrik tüp ile besleme) kadar alt tanımlar yapılmaktadır. Hastanın bağımlılık düzeyini, işaretlenen toplam bakım puanı belirler. Hasta bağımlılık düzeyinin değerlendirilmesi: **0-24 puan:** Bağımsız, **25-48 puan:** Alt düzey bağımlı, **49-120 puan:** Orta düzey bağımlı, **121-160↑:** Üst düzey bağımlı şeklinde yapılmaktadır.

İnmede Bakım Vericiler için Bilgi Testi: Bilgi soruları Hülya Temizer ve Sebahat Gözümler tarafından 2009 yılında oluşturulmuştur (142). Bakım veren aile üyesinin inmeli hastanın bakımında karşılaşacağı sorunları dikkate alarak hazırlanan tek doğru yanıtı, çoktan seçmeli 20 sorudan oluşmaktadır. Soru formu; inmenin haberci belirtisini, konuşamayan hastayla iletişim kurabilmeyi, antikoagülan kullanımını, inmede hareket durumunu, rehabilitasyonun önemini, ağız bakımını, cilt bakımını, ilaçların düzenli kullanımını, görme alanı kaybında yapılacakları, konuşma rehabilitasyonunu, sorun çözme ve karar verme yetisini, pozitif beden imajı kazandırmayı, iyilik duygusunu arttırmayı, depresyon belirtilerini, inme tekrarının önlenmesi için dikkat edilmesi gerekenleri, ilacın hangi yolla verileceğini, hastada kanama olmaması için dikkat edilecekleri, yatak banyosu verirken dikkat edilecekleri, disfajisi olan hastada yapılacakları içeren sorulardan oluşmaktadır.

Ancak araştırmanın kurum izni alınması sürecinde hastanenin “Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu” tarafından çelişkili olduğu görüşü nedeniyle bazı soruların çıkarılması istenmiştir. Bu doğrultuda, bilgi testinde yer alan 20 sorudan 10 tanesi çıkarılmış, 1, 3, 6, 7, 11, 12, 16, 17, 19. ve 20. sorular olmak üzere toplam 10 soru üzerinden veriler toplanmış ve değerlendirme yapılmıştır. Bu sorular; inmenin haberci belirtisini, antikoagülan kullanımını, ağız bakımını, cilt bakımını, konuşma rehabilitasyonunu, sorun çözme ve karar verme yetisini, inme tekrarının önlenmesi için dikkat edilmesi gerekenleri, hastada kanama olmaması için dikkat edilecekleri, yatak banyosu verirken dikkat edilecekleri, disfajisi olan hastada yapılacakları içeren sorulardır. Tek doğru yanıtı çoktan seçmeli sorulardan oluşan formda her sorunun değeri 10 puandır.

Bakım verenler bilgi testinden en az 0 en fazla 100 puan alabilirler. Puanın yükselmesi bilginin yeterli olduğu anlamı taşımaktadır. Yanlış cevap verilen sorular eğitimde öncelik verilecek konular olarak değerlendirilmiştir.

Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği: “Preparedness for Caregiving Scale” kronik hastalıkların akut alevlenmeleri, yaşlı bireyler, bakımın farklı bir boyutuna geçiş veya evde bakımdan önce veya toplumda kronik hastalıklı olanlara bakım sağlayan bakım vericilerin bakım vermeye hazır olma durumlarını belirlemeyi amaçlayan bir ölçektir. Ölçek, 1986 yılında Archbold ve Stewart tarafından geliştirilmiştir ve ölçekte 9 madde bulunmaktadır (143-146). Ölçekte 8 madde ve ek olarak bakım vericilere özel daha iyi hazır olmak istedikleri alanı sorgulayan bir madde daha vardır. Ölçekte “hiç

hazır değilim”, “yeterince hazır değilim”, “kısmen hazırım”, “oldukça hazırım”, “tamamen hazırım” şeklinde 0’dan başlayıp 4’e kadar değişen 5 dereceli Likert tipi değerlendirme kullanılarak her soruya verilen cevapların hepsinin ortalamaları hesaplanır. Toplam puan minimum 0, maksimum 32 arasındadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar bakım vericilerin bakım vermeye daha çok hazır hissettiklerini, düşük puanlar daha az hazır hissettiklerini gösterir (147) Carter et. al.. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Seçil Karaman (Gümüş) ve Ayfer Karadakovan (116) tarafından 2015 yılında yapılmıştır.

İnme Geçiren Hastanın Günlük Gereksinimleri Ve Bakımı Rehberi: Deney grubuna uygulanan eğitim sırasında hasta yakınına verilen ve yazılı bilgilendirmeyi içeren bilgileri kapsayan rehberdir. Araştırmacı tarafından literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanmıştır (142,148-150). Beslenme, banyo yapma, ağız bakımı, genital bölge bakımı (alt bölge bakımı), ayak bakımı, giyinme, boşaltım, postural drenaj, yatak istirahati, hareket ve deri bütünlüğünün korunması, basınç yaralanmasının önlenmesi, inmeli hastada iletişim sorunları ve çözüm yolları ile ilgili konuları içermektedir.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Bilgi düzeyi ve bakım vermeye hazır oluşluk puan ortalamaları bağımlı değişkenlerdir.

Bağımsız Değişkenler: Hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri ve hasta yakınlarına verilecek eğitim bağımsız değişkenlerdir.

3.6. Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21,0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Eğitim verilen deney grubu ile eğitim verilmeyip servisin standart akışına bırakılan kontrol grubu karşılaştırıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma, frekans, oran) kullanıldı. Kolmogorov-Smirnov test ile değişkenlerin normal dağılım göstermediği tespit edildi. Normal dağılmayan değişkenler için Mann-Whitney U testi ve Wilcoxon testi, kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise Ki Kare testi uygulandı. İki bağımsız grup arasında niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında

independent samples t testi kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırma, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde nöroloji kliniklerinde yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar, uygulanan zaman aralığı ve belirli bir bölge ile sınırlıdır.

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Veriler toplanmadan önce İstanbul Okan Üniversitesi'nden Etik Kurul Onayı (Ek-7) ve T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden kurum izni (Ek-8) alınmıştır. Etik kurul onayı ve kurum izni alındıktan sonra, araştırma kapsamına gönüllülük ile alınan hasta yakınlarına araştırma ile ilgili bilgi verilerek istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları açıklanmış ve çalışma öncesinde yazılı onamları (Ek-9) alınmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, araştırmaya katılan hasta yakınları ve hastalardan elde edilen verilerin analiz sonuçları yer almaktadır. İncelemede sosyo-demografik özelliklerin karşılaştırılması, bilgi ve hazır oluşluk düzeylerinin değerlendirilmesi ile ilgili bulgular yer almaktadır. Araştırmaya deney grubu (eğitim verilen) 33, kontrol grubu (eğitim verilmeyip servisin standart akışına bırakılan) 33 gönüllü katılmıştır.

Araştırmada ki kare testi, independent samples t testi, Mann-Whitney U testi, Wilcoxon testi kullanıldı. Değişkenlerin Kolmogorov-Smirnov test ile normal dağılım göstermediği tespit edildi.

4.1. Sosyo-Demografik Özelliklerin Karşılaştırılması

Bu bölümde hasta yakınlarının deney ve kontrol grubunun sosyo-demografik özelliklerine ilişkin karşılaştırmalar bulunmaktadır.

Tablo 1. Hasta Yakınlarına İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler (N=66)

Sosyo-Demografik Özellikler		Deney (n=33)		Kontrol (n=33)		Toplam (n=66)		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Hasta Yakınının Yaşı	50 yaş ve altı	19	57,6	23	69,7	42	63,6	1,048	0,306
	51 yaş üzeri	14	42,4	10	30,3	24	36,4		
Cinsiyet	Kadın	27	81,8	27	81,8	54	81,8	0,001	1,000
	Erkek	6	18,2	6	18,2	12	18,2		
Medeni durum	Evli	26	78,8	26	78,8	52	78,8	0,001	1,000
	Bekar	7	21,2	7	21,2	14	21,2		
Çocuk sayısı	Yok	11	33,3	11	33,3	22	33,3	1,676	0,433
	1-2	13	39,4	17	51,5	30	45,5		
	3 ve üzeri	9	27,3	5	15,2	14	21,2		
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	20	60,6	19	57,6	39	59,1	0,63	0,802
	Lise ve üzeri	13	39,4	14	42,4	27	40,9		
Çalışma durumu	Çalışıyor	10	30,3	13	39,4	23	34,8	0,601	0,438
	Çalışmıyor	23	69,7	20	60,6	43	65,2		
Meslek	Emekli	5	15,6	2	6,9	7	11,5	4,749	0,314
	Memur	3	9,4	1	3,4	4	6,6		
	İşçi	3	9,4	4	13,8	7	11,5		
	Ev hanımı	17	53,1	13	44,8	30	49,2		
	Diğer	4	12,5	9	31	13	21,3		
Algılanan gelir düzeyi	Gelir giderden fazla	11	33,3	9	27,3	20	30,3	0,368	0,832
	Gelir ve gider eşit	19	57,6	20	60,6	39	59,1		
	Gelir giderden az	3	9,1	4	12,1	7	10,6		
Yaşadığı yer	İl	19	57,6	22	66,7	33	50	0,580	0,447
	İlçe ve köy	14	42,4	11	33,3	33	50		
Kiminle birlikte yaşandığı	Yalnız	3	9,1	1	3	4	6,1	1,095	0,778
	Eş	8	24,2	8	24,2	16	24,2		
	Çocuk	2	6,1	2	6,1	4	6,1		
	Diğer	20	60,6	22	66,7	42	63,3		
Hasta ile yakınlık derecesi	Eş	6	18,2	12	36,4	18	27,3	6,721	0,081
	Çocuk	23	69,7	13	39,4	36	54,5		
	Akraba	3	9,1	4	12,1	7	10,6		
	Diğer	1	3	4	12,1	5	7,6		
Hasta ile birlikte yaşama durumu	Birlikte yaşıyor	20	60,6	24	72,7	33	50	1,091	0,296
	Birlikte yaşamıyor	13	39,4	9	27,3	33	50		
Yardımcı olacak kişi varlığı	Yok	16	48,5	20	60,6	36	54,5	0,978	0,323
	Var	17	51,5	13	39,4	30	45,5		

Ki kare testi (p>0,05)

Hasta yakınlarının yaş dağılımına bakıldığında deney grubunun 57,6'sı (n=19), kontrol grubunun 69,7'si (n=23) 50 yaş ve altında olduğu saptandı. Araştırmaya katılan hem deney ve hem de kontrol grubu hasta yakınlarının %81,8'i (n=27) kadın, %18,2'si (n=6) erkektir. Hem deney ve hem de kontrol grubu hasta yakınlarının %78,8'i (n=26) evlidir. Deney grubunun %39,4'ünün (n=13), kontrol grubunun ise %51,5'inin (n=17) çoğunlukla 1-2 çocuk sahibi olduğu belirlendi. Eğitim durumu incelendiğinde, deney grubu hasta yakınlarının %60,6'sı (n=20) kontrol grubu hasta yakınlarının ise %57,6'sı (n=19) ortaöğretim ve altındadır.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının deney grubunda %69,7'si (n=23), kontrol grubunda %60,6'sı (n=20) çalışmamaktadır. Hasta yakınlarının deney grubunda %53,1'i (n=17), kontrol grubunda %44,8'i (n=13) ev hanımıdır. Hasta yakınlarının algılanan gelir düzeyleri deney grubunda %57,6 (n=19), kontrol grubunda ise %60,6 (n=20) gelir gidere eşit olduğu belirlendi. Deney grubunun %57,6'sı, (n=19), kontrol grubunun %66,7'si (n=22) ilde yaşamaktadır. Hem deney ve hem de kontrol grubu hasta yakınlarının %24,2'si (n=8) eşleriyle birlikte yaşamaktadır. Hasta ile yakınlık derecesi deney grubunun %69,7'si (n=23), kontrol grubunun %39,4'ü (n=13) hastanın çocuğudur. Deney grubunun %60,6'sı (n=20), kontrol grubunun %72,7'si (n=24) hasta ile birlikte yaşamaktadır. Yardımcı olacak kişi varlığı incelendiğinde, deney grubunun %51,5'inde (n=17) var iken, kontrol grubunun %39,4'ünde (n=13) vardır (Tablo 1).

Deney ve kontrol grubu hasta yakınları arasında sosyo-demografik özellikler yönünden anlamlı bir fark yoktur. Deney ve kontrol grubu hasta yakınları sosyo-demografik yönden homojendir.

Tablo 2. Hastalara İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler (N=66)

Sosyo-Demografik Özellikler		Deney (n=33)		Kontrol (n=33)		Toplam (n=66)		χ^2	p
		n	%	n	%	n	%		
Hastanın yaşı	30-50 yaş arası	2	6,1	4	12,1	6	9,1	4,969	0,083
	51-71 yaş arası	11	33,3	18	54,5	29	43,9		
	72-92 yaş arası	20	60,6	11	33,3	31	47		
Cinsiyet	Kadın	18	54,5	10	30,3	28	42,4	3,970	0,046
	Erkek	15	45,5	23	69,7	38	57,6		
Medeni durum	Evli	11	33,3	19	57,6	30	45,5	4,946	0,084
	Bekar	2	6,1	3	9,1	5	7,6		
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	31	93,9	28	84,8	59	89,4	1,438	0,230
	Lise ve üzeri	2	6,1	5	15,2	7	10,6		
Çalışma durumu	Çalışıyor	2	6,1	5	15,2	7	10,6	1,548	0,230
	Çalışmıyor	31	93,9	28	84,8	59	89,4		
Meslek	Emekli	12	40	17	53,1	29	46,8	4,602	0,331
	Memur	1	3,3	-	-	1	1,6		
	İşçi	1	3,3	1	3,1	2	3,2		
	Ev hanımı	15	50	10	31,3	25	40,3		
	Diğer	1	3,3	4	12,5	5	8,1		
Kronik hastalık varlığı	Yok	5	15,2	7	21,2	12	18,2	0,407	0,523
	Var	28	84,8	26	78,8	54	81,8		
Kronik hastalıklar*	Diabetes Mellitus	27	81,8	24	72,7	51	77,33	0,776	0,378
	Hipertansiyon	14	42,4	19	57,6	33	50	1,515	0,218
	Astım	4	12,1	2	6,1	6	9,1	0,733	0,392
	KOAH**	4	12,1	4	12,1	8	12,1	1,000	0,646
	KAH	5	15,2	8	24,2	13	19,7	0,862	0,353
	KBY**	4	12,1	2	6,1	6	9,1	0,672	0,336
	Diğer	7	21,1	9	27,3	16	24,2	0,330	0,566
İnme sonrası gelişen yetersizlikler									
Yüz-ekstremitede güçsüzlük, uyuşma, karıncalanma		27	81,8	26	78,8	53	80,3	0,096	0,757
Ekstremitte hareket ettirmede güçlük		21	63,6	21	63,6	42	63,6	0,001	1,000
Konuşma güçlüğü		19	57,6	26	78,8	45	68,2	3,422	0,064
Yürüme güçlüğü		13	39,4	20	60,6	33	50	2,970	0,085
Yutma güçlüğü		10	30,3	9	27,3	19	28,8	0,074	0,786
Denge kaybı		6	18,2	9	27,3	15	22,7	0,776	0,378
Bilinç bulanıklığı, kişilik değişiklikleri		5	15,2	9	27,3	14	21,2	1,451	0,228
Anlama güçlüğü		4	12,1	11	33,3	15	22,7	4,227	0,040
Konuşamama		3	9,1	1	3	4	6,1	0,613	0,307
Görme sorunu, çift görme**		1	3	3	9,1	4	6,1	0,613	0,307
Diğer**		5	15,2	3	9,1	8	12,1	0,569	0,451

Ki kare testi ($p>0,05$) **Fisher's exact test ($p>0,05$)

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Hastaların yaş dağılımına bakıldığında deney grubunun 60,6'sının (n=20) 72-92 yaş arasında; kontrol grubunun ise 54,5'inin (n=18) 51-71 yaş arasında olduğu saptandı (Tablo2). Araştırmaya katılan deney grubu hastaların %54,5'i (n=18) kadın iken, kontrol grubu hastaların %69,7'si (n=23) erkektir. Deney grubu hastaların %33,3'ü (n=11), ve kontrol grubu hastaların %57,6'sı (n=19) evlidir. Eğitim durumu incelendiğinde, deney grubu hastaların %93,9'u (n=31) kontrol grubu hastaların ise %84,8'i (n=28) ortaöğretim ve altındadır.

Araştırmaya katılan hastaların deney grubunda %93,9'u (n=31), kontrol grubunda %84,4'ü (n=28) çalışmamaktadır. Hastaların deney grubunda %50'si (n=15) ev hanımı iken, kontrol grubunda %53,1'i (n=17) emeklidir. Deney grubu hastaların %84,8'ünde (n=28), kontrol grubunda ise %78,8'inde (n=26) kronik hastalık olduğu belirlendi. Deney grubunda en sık görülen kronik hastalıklar incelendiğinde; %81,8'inde (n=27) Diyabetes Mellitus, %42,4'ünde (n=14) Hipertansiyon olduğu; kontrol grubunda en sık görülen kronik hastalıklar incelendiğinde; %72,7'inde (n=24) Diyabetes Mellitus, %57,6'sında (n=19) Hipertansiyon olduğu belirlendi. Hastalarda inme sonrası görülen yetersizlikler incelendiğinde, deney grubunun %81,8'inde (n=27) yüz-ekstremitelerde güçsüzlük, uyuşma, karıncalanma; %63,6'sında (n=21) ekstremitte hareket ettirmede güçlük; %57,6'sında (n=19) konuşma güçlüğü olduğu belirlendi. Hastalıkla ilgili belirtiler, kontrol grubunun %78,8'inde (n=26) yüz-ekstremitelerde güçsüzlük, uyuşma, karıncalanma ve konuşma güçlüğü; %63,6'sında (n=21) ekstremitte hareket ettirmede güçlük olduğu belirlendi (Tablo 2).

Deney ve kontrol grubu hastalar arasında cinsiyet değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=3,970$; $p=0,046<0,05$). Kontrol grubunda erkek cinsiyetteki hastalar kadınlara oranla daha fazladır. Anlama Güçlüğü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($\chi^2=4,227$; $p=0,040<0,05$). Deney grubunda anlama güçlüğü “Evet” olma oranı kontrol grubuna göre yüksektir.

Tablo 3. Yaşların ve Tanı Sürelerinin Deney ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması (N=66)

Sosyo-Demografik Özellikler	Deney Grubu n=33		Kontrol Grubu n=33		t	p
	$\bar{x}\pm SD$	Min-Maks	$\bar{x}\pm SD$	Min-Maks		
Hasta yakınının yaşı	48,52±9,311	34-66	45,18±10,394	30-72	1,372	0,175
Hastanın yaşı	71,91±13,227	30-92	66,55±10,854	35-88	1,801	0,076
Tanı süresi (saat)	15,090±4,726	4-24	15,580±3,632	7-23	-0,467	0,642

Independent samples t test (p>0,05)

Tablo 3 incelendiğinde deney grubu hasta yakınlarının yaş ortalaması 48,52±9,311; kontrol grubu hasta yakınlarının yaş ortalaması ise 45,18±10,394'tür. Deney grubu hastaların yaş ortalaması 71,91±13,227; kontrol grubu hastaların yaş ortalaması ise 66,55±10,854'tür. Veriler toplanmaya başlandığında hastaya tanı konma süreleri belirlenmiş ve deney grubunda 4-24 saat arasında ortalama 15,090±4,726; kontrol grubunda 7-23 saat arasında 15,580±3,632 olarak saptanmıştır. Hasta yakınının yaşı, hastanın yaşı, tanı süresi saat ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

4.2. Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

Bu bölümde hasta yakınlarının ölçek puanlarına ilişkin karşılaştırmalar bulunmaktadır.

Tablo 4. Rush Medicus Hasta Bağımlılık Düzeyi Puan Ortalamalarının Deney ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması (N=66)

Gruplar	Deney (n=33)	Kontrol (n=33)	t	p
	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$		
Rush Medicus	96,06±26,237	100,55±25,071	-0,710	0,480

Independent samples t test (p>0,05)

Hastaların Rush Medicus hasta bağımlılık düzeyi puan ortalamaları incelendiğinde (Tablo 4), grup değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 5. Rush Medikus Hasta Bağımlılık Düzeylerinin Deney ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması (N=66)

		Deney		Kontrol		p
		n	%	n	%	
Hasta Bağımlılık Düzeyi	Orta Düzey 49-120 puan	27	%81,8	26	%78,8	$\chi^2=0,096$ $p=0,757$
	Üst Düzey 121-160↑	6	%18,2	7	%21,2	

Hasta Bağımlılık Düzeyine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=0,096$; $p=0,757>0,05$). Araştırmaya katılan hastaların bağımlılık düzeyleri değerlendirildiğinde deney grubunun %81,8'i (n=27) kontrol grubunun %78,8'i (n=26) orta düzey bağımlı hastalardır (Tablo 5).

Tablo 6. Bakım Vermeye İlişkin Bilgi Düzeylerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması (N=66)

Değişkenler	Deney (n=33)	Kontrol (n=33)	Z_{mwu}	p
	$\bar{x}\pm SD$	$\bar{x}\pm SD$		
Bilgi Düzeyi Öntest Puanı	42,73±17,901	53,33±18,653	379,500	0,032
Bilgi Düzeyi Sontest Puanı	78,79±15,157	67,88±17,986	346,000	0,010
Z	-4,958	-4,712		
p	0,001	0,001		

Wilcoxon; Mann Whitney U

Gruplara göre bilgi sontest puan ortalamaları (Deney grubu: $\bar{x}=78,79\pm15,157$; Kontrol grubu: $\bar{x}=67,88\pm17,986$) bilgi öntest puan ortalamalarına göre (Deney grubu: $\bar{x}=42,73\pm17,901$ Kontrol grubu: $\bar{x}=53,33\pm18,653$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$). Ayrıca deney grubunun bilgi sontest puan ortalamaları ($\bar{x}=78,79\pm15,157$), kontrol grubunun bilgi sontest puan ortalamalarına kıyasla ($\bar{x}=67,88\pm17,986$) istatistiksel olarak anlamlı derecede ($Z_{mwu}=346,000$; $p=0,010<0,01$) yüksek bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 7. Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Düzeylerinin Gruplara Göre Karşılaştırılması (N=66)

Değişkenler	Deney (n=33)	Kontrol (n=33)	Z_{mwu}	p
	$\bar{x} \pm SD$	$\bar{x} \pm SD$		
Hazır Oluş Öntest Puanı	10,24±6,119	14,12±7,262	378,000	0,032
Hazır Oluş Sontest Puanı	16,55±4,521	15,27±7,277	468,000	0,326
Z	-4,945	-2,949		
p	0,001	0,003		

Wilcoxon; Mann Whitney U

Gruplara göre bakım vermeye hazır oluşluk öntest puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($Z_{mwu}=378,000$; $p=0,032<0,05$). Kontrol grubunun bakım vermeye hazır oluşluk öntest puanları ($\bar{x}=14,12\pm7,262$), deney grubunun bakım vermeye hazır oluşluk öntest puanlarından ($\bar{x}=10,24\pm6,119$) yüksek bulunmuştur (Tablo 7).

Bakım vermeye hazır oluşluk sontest puanları grup değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Deney grubunda; bakım vermeye hazır oluşluk öntest puan ortalamasına göre ($\bar{x}=10,24\pm6,119$) bakım vermeye hazır oluşluk sontest puan ortalaması ($\bar{x}=16,55\pm4,521$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($Z=-4,945$; $p=0,001$). Kontrol grubunda; bakım vermeye hazır oluşluk öntest puan ortalamasına göre ($\bar{x}=14,12\pm7,262$) bakım vermeye hazır oluşluk sontest puan ortalaması ($\bar{x}=15,27\pm7,277$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($Z=-2,949$; $p=0,01$).

5. TARTIŞMA

Hasta yakınlarının yaş dağılımına bakıldığında %63,6'sının (n=42) 50 yaş ve altında olduğu saptandı. Karaman ve Karadakovan'ın (116) çalışmasında 53 yaş altında bulunan bakım vericilerin %65 (n=65) olduğu belirlenmiştir. Aşiret ve Kapucu'nun (151) çalışmasında da %27,1'i 50-59 (n=19) yaş arasında olduğu belirtilmektedir. Bilgili'nin çalışmasında ise yaşlı bireylere bakım verenlerin %90'ının (n=54) 50 yaş altında olduğu belirtilmektedir (152). Bu çalışma literatürle benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının %81,8'inin (n=54) kadın olduğu bulunmuştur. İnme tanılı hastalara bakım vericilerin incelendiği Karaman ve Karadakovan'ın (116) çalışmasında bakım vericilerin %76'sının (n=76), Aşiret ve Kapucu'nun (151) çalışmasında da bakım vericilerin %85,7'sinin (n=60) kadın olduğu belirtilmektedir. Bilgili'nin (152) yaşlı bireylere bakım verenlerin incelendiği çalışmasında ise bakım vericilerin %61,6'sının (n=37) kadın olduğu bildirilmektedir. Bu araştırma literatürle benzerdir. Bilgili'nin çalışmasında (152), kadınların bakım verici rolünü daha fazla üstlenmelerinin nedenleri: kadınların daha şefkatli ve daha duyarlı olmalarına; yakın ve güçlü ilişkiler kurabilmelerine; problemlerle başa çıkmada daha becerili olmalarına bağlanmaktadır (152).

Karaman ve Karadakovan'ın (116) çalışmasında da bakım vericilerin %84'ünün (n=84) evli olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma bu literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir.

Hasta yakınlarının %45,5'inin (n=30) çoğunlukla 1-2 çocuk sahibi olduğu belirlendi. Karaman ve Karadakovan'ın (116) çalışmasında da bakım vericilerin %55'inin (n=55) çoğunlukla 1-2 çocuk sahibi olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma bu literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir.

Eğitim durumu incelendiğinde, hasta yakınlarının %59,1'i (n=39) (n=19) ortaöğretim ve altındadır. Karaman ve Karadakovan'ın (116) çalışmasında da bakım vericilerin %81'inin (n=81) eğitim durumunun ortaöğretim ve altında olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma bu literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının deney grubunda %69,7'si (n=23), kontrol grubunda %60,6'sı (n=20) çalışmamaktadır. Karaman ve Karadakovan'ın çalışmasında

da bakım vericilerin %65'inin (n=65) çalışmadığı belirlenmiştir. Bu çalışma bu literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir (116).

Hasta yakınlarının %49,3'ü (n=30) ev hanımıdır. Karaman ve Karadakovan'ın çalışmasında da bakım vericilerin %41'inin (n=41) ev hanımı olduğu belirlenmiştir (116). Bu çalışma bu literatür bilgisi ile benzerlik göstermektedir.

Deney ve kontrol grubu hasta yakınları arasında sosyo-demografik özellikler yönünden anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Hastaların yaş dağılımına bakıldığında deney grubunun 60,6'sının (n=20) 72-92 yaş arasında; kontrol grubunun ise 54,5'inin (n=18) 51-71 yaş arasında olduğu saptandı (Tablo 2). Ülkemizde inme ile ilgili kayıt yapılan Ege İnme Veri Tabanı'nda ortalama yaş $62,3\pm12$ bulunmuş olup erkek hastaların sayısı daha fazladır. Karaman ve Karadakovan'ın çalışmasında da benzer olarak hastaların %55'i (n=55) 66 yaş ve üzeri olarak bulunmuştur (116). Araştırmaya katılan deney ve kontrol grubunun %57,6'sını (n=38) erkek hastalar oluşturdu. Dünyada inme erkeklerde kadınlara göre daha fazla görülmektedir, fakat kadınlarda ölüm hızı daha yüksektir. Bu çalışma cinsiyet ve yaş açısından literatürle uyumludur (31,33,153).

Deney ve kontrol grubu hastaların toplamda %78,8'i (n=52) evlidir. Hastaların %84'ünün evli olduğu saptanan Karaman ve Karadakovan'ın (116) çalışması ile paralellik göstermektedir.

Hastalarda inme sonrası görülen yetersizlikler incelendiğinde, %80,3'ünde (n=53) yüz-ekstremitelerde güçsüzlük, uyuşma, karıncalanma; %63,6'sında (n=42) ekstremitelerde hareket ettirmede güçlük; %68,2'sinde (n=45) konuşma güçlüğü olduğu belirlendi. (Tablo 2). Karaman ve Karadakovan'ın çalışmasında motor güçsüzlük %44,40 (n=123), konuşma güçlüğü %15,52 (n=43), denge kaybı %14,45 (n=40), bilinç değişiklikleri %11,91 (n=33), yutma güçlüğü %5,06 (n=14) bulunmuştur. Bazı sonuçlar Karaman ve Karadakovan'ın çalışmasıyla benzerlik gösterse de, örneklem sayısı nedeniyle farklılıklar ortaya çıkmış olabilir (116).

Deney ve kontrol grubu hastaları arasında sosyo-demografik özellikler yönünden anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Gruplara göre bilgi sontest puan ortalamaları (deney grubu: $\bar{x}=78,79\pm15,157$; kontrol grubu: $\bar{x}=67,88\pm17,986$) bilgi öntest puan ortalamalarına göre (deney grubu:

$\bar{x}=42,73\pm17,901$; kontrol grubu: $\bar{x}=53,33\pm18,653$) istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,001$) yüksek bulunmuştur (Tablo 6). Temizer ve Gözüm'ün çalışmasında da bakım vericilerin inmeli hastaya bakım verme konusundaki bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde; benzer şekilde bilgi sontest puan ortalamaları (deney grubu: $\bar{x}=91,1\pm8,1$; kontrol grubu: $\bar{x}=55,4\pm13,8$) bilgi öntest puan ortalamalarına göre (deney grubu: $\bar{x}=58,1\pm14,3$; kontrol grubu: $\bar{x}=54,4\pm14,1$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p<0,001$).

Ayrıca bu çalışmada deney grubunun bilgi sontest puan ortalamaları ($\bar{x}=78,79\pm15,157$), kontrol grubunun bilgi sontest puan ortalamalarına kıyasla ($\bar{x}=67,88\pm17,986$) istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,01$) yüksek bulunmuştur (Tablo 6). Yine benzer şekilde Temizer ve Gözüm'ün çalışmasında da deney grubunun bilgi sontest puan ortalamaları ($\bar{x}=91,1\pm8,1$), kontrol grubunun bilgi sontest puan ortalamalarına kıyasla ($\bar{x}=55,4\pm13,8$) istatistiksel olarak anlamlı derecede ($p<0,001$) yüksek bulunmuştur. Bu çalışma literatürle uyumludur.

İnme sonrasında, hastanın evde bakımında güçlükler yaşanmaktadır. Bu süreçte hastaya bakım verenlerin üstlendikleri önemli rolleri sürdürebilmeleri için yeterli bilgi ve beceri kazanabilmiş olmaları son derecede önemlidir. Çünkü bakım verenlerin bakım verme konusundaki bilgilerinin yetersiz olması, evde bakılan kişilerin yaşam sürelerinde kısaltmaya neden olmaktadır (154). Feldman ve arkadaşlarının bir çalışmasında bakım verenlerin %36'sının bakım verme konusunda yetersiz kaldıkları belirlenmiştir (155). Dramalı ve arkadaşlarının çalışmalarında da, bakım verenlerin %84'ünün evde hasta bakımına ilişkin eğitim almadıkları belirlenmiştir (156). İnmeli hastaya bakım verecek hasta yakınlarının bakıma ilişkin bilgi düzeyleri değerlendirilmeli; bakım gereksinimleri belirlenmeli; bilinmeyen, eksik veya yanlış bilinen konularda becerileri de kapsayacak şekilde eğitimler verilmelidir.

Gruplara göre bakım vermeye hazır oluşluk öntest puanları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ($Z_{mwu}=378,000$; $p=0,032<0,05$). Kontrol grubunun bakım vermeye hazır oluşluk öntest puanları ($\bar{x}=14,12\pm7,262$), deney grubunun bakım vermeye hazır oluşluk öntest puanlarından ($\bar{x}=10,24\pm6,119$) yüksek bulunmuştur (Tablo 7). Bunun nedeninin tesadüfi olabileceği düşünülmektedir.

Bakım vermeye hazır oluşluk sontest puanları grup değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Bunun nedeni, her iki grupta da hasta yakınlarının

bilgilendirilmeleri ve bakım konusunda deneyim kazanmalarından kaynaklanmış olabilir.

Deney grubunda; bakım vermeye hazır oluşluk öntest puan ortalamasına göre ($\bar{x}=10,24\pm6,119$) bakım vermeye hazır oluşluk sontest puan ortalaması ($\bar{x}=16,55\pm4,521$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($Z=-4,945$; $p=0,001$). Kontrol grubunda da; bakım vermeye hazır oluşluk öntest puan ortalamasına göre ($\bar{x}=14,12\pm7,262$) bakım vermeye hazır oluşluk sontest puan ortalaması ($\bar{x}=15,27\pm7,277$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($Z=-2,949$; $p=0,01$). Her iki grupta da bilgilendirmenin etkili olduğu görülürken, deney grubunda daha planlı ve kapsamlı eğitim verilmesi ve yazılı rehber ile desteklenmesinin öntest ile sontest puan ortalamaları arasındaki farkın daha fazla olmasını sağladığı belirlenmiştir. Pucciarelli ve arkadaşlarının 2014 yılında inmeli hasta yakınları ile yaptıkları çalışmada bakım vermeye hazır oluş puan ortalamaları $\bar{x}=15,42\pm6,6$ olarak bulunmuştur (157). Çalışma literatürle benzerlik göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuçlar

Deney ve kontrol grubu hasta yakınları arasında sosyo-demografik özellikler yönünden anlamlı bir fark yoktur. Deney ve kontrol grubu hasta yakınları sosyo-demografik yönden homojendir:

- Hasta yakınlarının yaş dağılımına bakıldığında deney grubunun 57,6'sı (n=19), kontrol grubunun 69,7'si (n=23) 50 yaş ve altındadır.
- Hem deney ve hem de kontrol grubu hasta yakınlarının %81,8'i (n=27) kadın, %18,2'si (n=6) erkektir.
- Hem deney ve hem de kontrol grubu hasta yakınlarının %78,8'i (n=26) evlidir.
- Deney grubunun %39,4'ünün (n=13), kontrol grubunun ise %51,5'inin (n=17) çoğunlukla 1-2 çocuk sahibidir.
- Eğitim durumu incelendiğinde, deney grubu hasta yakınlarının %60,6'sı (n=20) kontrol grubu hasta yakınlarının ise %57,6'sı (n=19) ortaöğretim ve altındadır.
- Araştırmaya katılan hasta yakınlarının deney grubunda %69,7'si (n=23), kontrol grubunda %60,6'sı (n=20) çalışmamaktadır.
- Hasta yakınlarının deney grubunda %53,1'i (n=17), kontrol grubunda %44,8'i (n=13) ev hanımıdır.
- Hasta yakınlarının algılanan gelir düzeyleri deney grubunda %57,6 (n=19), kontrol grubunda ise %60,6 (n=20) gelir gidere eşit olduğu belirlendi.
- Deney grubunun %57,6'sı, (n=19), kontrol grubunun %66,7'si (n=22) ilde yaşamaktadır.
- Hem deney ve hem de kontrol grubu hasta yakınlarının %24,2'si (n=8) eşleriyle birlikte yaşamaktadır.
- Hasta ile yakınlık derecesi deney grubunun %69,7'si (n=23), kontrol grubunun %39,4'ü (n=13) hastanın çocuğudur.
- Deney grubunun %60,6'sı (n=20), kontrol grubunun %72,7'si (n=24) hasta ile birlikte yaşamaktadır.

- Yardımcı olacak kişi varlığı incelendiğinde, deney grubunun %51,5'inin (n=17) var iken, kontrol grubunun %39,4'ünün (n=13) vardır.

Deney ve kontrol grubu hastaları arasında sosyo-demografik özellikler yönünden anlamlı bir fark yoktur. Deney ve kontrol grubu hastalar sosyo-demografik yönden homojendir.

- Hastaların yaş dağılımına bakıldığında deney grubunun 60,6'sının (n=20) 72-92 yaş arasında; kontrol grubunun ise 54,5'inin (n=18) 51-71 yaş arasındadır.
- Araştırmaya katılan deney grubu hastaların %54,5'i (n=18) kadın iken, kontrol grubu hastaların %69,7'si (n=23) erkektir. Kontrol grubunda erkek cinsiyetteki hastalar kadınlara oranla daha fazladır.
- Deney grubu hastaların %33,3'ü (n=11), ve kontrol grubu hastaların %57,6'sı (n=19) evlidir.
- Eğitim durumu incelendiğinde, deney grubu hastaların %93,9'u (n=31) kontrol grubu hastaların ise %84,8'i (n=28) ortaöğretim ve altındadır.
- Araştırmaya katılan hastaların deney grubunda %93,9'u (n=31), kontrol grubunda %84,4'ü (n=28) çalışmamaktadır.
- Hastaların deney grubunda %50'si (n=15) ev hanımı iken, kontrol grubunda %53,1'i (n=17) emeklidir.
- Deney grubu hastaların %84,8'ünde (n=28), kontrol grubunda ise %78,8'inde (n=26) kronik hastalık bulunmaktadır.
- Deney grubunda en sık görülen kronik hastalıklar incelendiğinde; %81,8'inde (n=27) Diyabetes Mellitus, %42,4'ünde (n=14) Hipertansiyon olduğu; kontrol grubunda en sık görülen kronik hastalıklar incelendiğinde; %72,7'inde (n=24) Diyabetes Mellitus, %57,6'sında (n=19) Hipertansiyon olduğu belirlendi.
- Hastalarda görülen inme sonrası görülen yetersizlikler incelendiğinde, deney grubunun %81,8'inde (n=27) yüz-ekstremitede güçsüzlük, uyuşma, karıncalanma; %63,6'sında (n=21) ekstremitte hareket ettirmede güçlük; %57,6'sında (n=19) konuşma güçlüğü olduğu belirlendi.
- İnme sonrası gelişen yetersizlikler incelendiğinde, kontrol grubunun %78,8'inde (n=26) yüz-ekstremitede güçsüzlük, uyuşma, karıncalanma ve konuşma güçlüğü; %63,6'sında (n=21) ekstremitte hareket ettirmede güçlük olduğu belirlendi.

- Deney ve kontrol grubu hastalar arasında cinsiyet değişkeni açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($\chi^2=3,970$; $p=0,046<0,05$).
- Anlama Güçlüğü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($\chi^2=4,227$; $p=0,040<0,05$).
- Deney grubunda anlama güçlüğü “Evet” olma oranı kontrol grubuna göre yüksektir.
- Deney grubu hasta yakınlarının yaş ortalaması $48,52\pm9,311$; kontrol grubu hasta yakınlarının yaş ortalaması ise $45,18\pm10,394$ ’tür.
- Deney grubu hastaların yaş ortalaması $71,91\pm13,227$; kontrol grubu hastaların yaş ortalaması ise $66,55\pm10,854$ ’tür.
- Veriler toplanmaya başlandığında hastaya tanı konma süreleri belirlenmiş ve deney grubunda 4-24 saat arasında ortalama $15,090\pm4,726$; kontrol grubunda 7-23 saat arasında $15,580\pm3,632$ olarak saptanmıştır.
- Hasta yakınının yaşı, hastanın yaşı, tanı süresi saat ortalamaları açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Hastaların Rush Medicus puanları incelendiğinde (Tablo 4), grup değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).
- Hasta Bağımlılık Düzeyi ile gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($\chi^2=0,096$; $p=0,757>0,05$).
- Araştırmaya katılan hastaların bağımlılık düzeyleri değerlendirildiğinde deney grubunun %81,8’i ($n=27$) kontrol grubunun %78,8’i ($n=26$) orta düzey bağımlı hastalardır (Tablo 5).
- Deney ve kontrol gruplarına göre bilgi sontest puanları öntest puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir (Deney grubu: $Z=4,958$; $p=0,001>0,01$ ve Kontrol grubu: $Z=4,712$; $p=0,001>0,01$).
- Deney grubunun bilgi sontest puanları ($\bar{x}=78,79$), kontrol grubunun bilgi sontest puanlarına kıyasla ($\bar{x}=67,88$) istatistiksel olarak anlamlı derecede ($Z_{mwu}=346,000$; $p=0,010>0,01$) yüksek bulunmuştur (Tablo 6).
- Deney ve kontrol gruplarına göre bakım vermeye hazır oluşluk öntest puanları anlamlı farklılık göstermektedir ($Z_{mwu}=378,000$; $p=0,032<0,05$).

- Kontrol grubunun bakım vermeye hazır oluşluk öntest puanları ($\bar{x}=14,12$), deney grubunun bakım vermeye hazır oluşluk öntest puanlarından ($\bar{x}=10,24$) yüksek bulunmuştur (Tablo 7).
- Bakım vermeye hazır oluşluk sontest puanları grup değişkenine göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).
- **Deney grubunda;** Bakım vermeye hazır oluşluk öntest değerine ($\bar{x}=10,24$) göre bakım vermeye hazır oluşluk sontest değerindeki ($\bar{x}=16,55$) artış istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($Z=-4,945$; $p=0,001<0,05$).
- **Kontrol grubunda;** Bakım vermeye hazır oluşluk öntest değerine ($\bar{x}=14,12$) göre bakım vermeye hazır oluşluk sontest değerindeki ($\bar{x}=15,27$) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($Z=-2,949$; $p=0,01<0,05$).

Öneriler

- Hemşirelik mesleğinin eğitimci yönünün daha sistematik hale getirilmesi ve geliştirilmesi
- Uzun süreli ve evde bakımı gerektiren hastalara bakacak hasta yakınlarının hazır oluşluğunun değerlendirilerek planlı bir şekilde bilgilendirilmesinin sağlanması,
- Taburculuğu planlanan hastaların yakınlarına verilen eğitimin sonuçlarının değerlendirilmesi, gerekiyorsa eğitimin tekrarlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Noncommunicable diseases. World Health Organization, June 2018. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
Erişim tarihi: 10.07.2018.
2. Visser-Meily, A., Post, M., Gorter, J.W., Berlekom, S.B.V., Bos, T.V.D, Lindeman, E. (2006). Rehabilitation of stroke patients needs a family-centred approach. *Disability and Rehabilitation*, 28(24), 1557–1561.
3. Mohan KM, Wolfe CD, Rudd AG, Heuschmann PU, Kolominsky-Rabas PL, Grieve AP (2011). Risk and Cumulative Risk of Stroke Recurrence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Stroke* 42:1489-1494.
4. Başkent Üniversitesi Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi Hastalık Yüğü Final Raporu. TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıha Mektebi Müdürlüğü; 2004. <http://www.tusak.saglik.gov.tr/pdf/nbd/raporlar/hastalikyukuTR.pdf>. Erişim tarihi: 20.08.2018.
5. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü; 2013. <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-87578/h/istaturk2012.pdf>. Erişim tarihi: 10.06.2018.
6. Ölüm nedeni istatistikleri (2013). Türkiye İstatistik Kurumu; 2014. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=16162>. Erişim tarihi: 15.06.2018.
7. Go AS, Mozaffarian D, Roger VL, Benjamin EJ, Berry JD, Blaha MJ et al. Heart disease and stroke statistics-2014 Update: A report from the American Heart Association. *Circulation* 2014;129(3):28-292.
8. Kalav S. *İnme tanısı almış hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü ile yaşam kaliteleri arasındaki ilişki* (Tez). Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; Mersin, 2011.
9. Fesci H, Kutlutürkan S, Özer Z. Serebrovasküler hastalık ve hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;9(2):63-67.
10. Tuna M, Olgun N. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2010:41-52.
11. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Canlı ZÖ. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2011;38(1):57-65.
12. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. *Turkish Journal of Geriatrics* 2002;5(4):155–159.
13. Erdem M. Yaşlıya bakım verme. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2005;8(3):101-106.
14. Türkoğlu N. *Kanserli hastalara bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin yaşam kalitesine etkisi* (Tez). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; Eskişehir, 2010.
15. Uğraş GA, Öztekin D, Kanan N. Kulak ameliyatı geçiren hastaların evde bakım konusunda bilgilendirilme durumu. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011;14(1):24-30.
16. Çavuş D. *Kanser hastalarının hemşireler tarafından verilen taburculuk eğitimine ilişkin değerlendirmelerinin belirlenmesi* (Tez). Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi; İzmir, 2008.

17. King BR, Hartke RJ, Houle T. Patterns of relationships between background characteristics, coping, and stroke caregiver outcomes. *Top stroke Rehabil* 2010;17(4):308-317.
18. King BR, Hartke RJ, Houle T, Lee J, Herring G, Peterson BS et al. A problem-solving early intervention for stroke caregivers: One year follow-up. *Rehabilitation Nursing* 2012;37(5):231-243.
19. Henderson A, Zernike W. A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing* 2001;35(3):435-441.
20. Nurit P, Bella BC, Gila E, Revital Z. Evaluation of a nursing intervention project to promote patient medication education. *Journal of Clinical Nursing* 2009;18(17):2530-2536.
21. Sudlow, C.L., Warlow, C.P. (1996). Comparing stroke incidence worldwide: what makes studies comparable? *Stroke*, 27(3), 550-558.
22. Utku, U. (2007). İnme Tanımı, Etiyolojisi, Sınıflandırma ve Risk Faktörü. *Türkiye Fiziksel Tıp Dergisi Özel Sayı*, 53: 1
23. Erden N. *Kronik inme hastalarında duyuşsal fonksiyonların; motor fonksiyonlar, yaşam kalitesi ve fonksiyonel değęerlendirmeye etkileri* (Tez). İstanbul Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi; İstanbul, 2009.
24. Rothwell PM, Coull AJ, Giles MF, Howard SC, Silver LE, Bull LM et al. Oxford Vascular Study. Change in stroke incidence, mortality, case-fatality, severity, and risk factors in Oxfordshire, UK from 1981 to 2004 (Oxford Vascular Study). *Lancet* 2004;363:1925-1933.
25. Uslu M, Özgür G, Gümüş AB. İnme tanılı hastaların depresyon düzeyleri ve etki eden faktörler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;11(1):7-15.
26. Çoban, O. (2004a). Beyin damar hastalıklarında tanımlar, sınıflama, epidemiyoloji ve risk faktörleri. İçinde A.E. Öge (Ed.), S.Z. Bahar, B. Bilgiç (Yard.Ed.) *Nöroloji İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakóltesi Temel ve Klinik Bilimler Ders Kitapları*. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 193-197.
27. AHA American Heart Association, Heart Disease and Stroke Statistics–2009 Update. Dallas, Texas: <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=4725>. Erişim tarihi: 02.11.2018.
28. Sacco, R.L. (2008). Serebrovasküler hastalığın patogenezi, sınıflandırılması ve epidemiyolojisi. İçinde B. Baslo, C. Gürses (Ed.). *Merrit's Neurology Türkçe*. (11.baskı). Ankara: Güneş Kitabevleri; 275-290.
29. Tosun, N., Erkoç, Y., Buzgan, T., Keskinlik, B., Aras, D., Yardım, N., Gögen S., Sarioğlu G., Soylu M. (2010). Türkiye Kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı birincil, ikincil ve üçüncül korumaya yönelik stratejik plan ve eylem planı. Ankara: Anıl Yayınevi.
30. Amarenco, P., Bogousslavsky, J., Caplan, L.R., Donan, G.A., Hennerici, M.G. (2009). Classification of stroke subtypes. *Cerebrovascular diseases*, 27(5), 493-501.
31. Karatepe GA, Kaya T, Şen N, Günaydın R, Gedizlioğlu M. İnmeli hastalarda risk faktörleri ve fonksiyonel bağımsızlık ile ilişkisi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2007;53:89-93.
32. Truelsen T, Begs S, Mathers C. The global burden of cerebrovascular disease. 2006. http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_cerebrovascular diseases to ke.pdf. Erişim tarihi: 24.10.2018.

33. Balkan S. Serebrovasküler Hastalıklar. Ankara: Öncü Basımevi; 2002.
34. Flannery J, Bulecza S. Vascular and degenerative problems of the brain. In: Monahan FD, Sands JK, Neighbors M, Marek JF, Green CJ, editors. Phipps' Medical-surgical nursing: Health and illness perspectives. 8th ed. USA: Mosby, 2007:1421-1458.
35. Karadakovan A. (2011). Sinir sistemi hastalıkları. İçinde: Karadakovan A, Arslan FE, editörler. Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. 2. Baskı. Adana: Nobel Kitabevi, 2011:1191-1230.
36. Varol S. *Akut iskemik inme ve metabolik sendrom birlikteliği* (Tez). Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi; İstanbul, 2007.
37. Özdemir G, Özbabalık D. İntraserebral hemoraji. Ed: Balkan S. Serebrovasküler Hastalıklar. 2. baskı. Güneş Kitabevi. Ankara, 2005: 167-170.
38. Stroke. National Heart, Lung, and Blood Institute. nhlbi.nih.gov/health-topics/stroke Erişim tarihi: 16.03.2019.
39. Awada, A. Stroke risk factors:an overview. The periodical second issue. 2002. <http://www.ssa.org.sa/sagas%20archive/The%20Periodical/Issue%202/Page%204.htm>. Erişim Tarihi: 26.10.2018.
40. Ay S, Doğan ŞK, Evcik D. İnmeli hastalarda risk faktörleri ve fonksiyonel iyileşme üzerine etkileri. *Yeni Tıp Dergisi* 2009;26:37-41.
41. Yıldız N, Şanal E, Sarsan A, Topuz O, Ardıç F. İnmeli hastaların özellikleri ve fonksiyonel sonuçlarını etkileyen faktörler. *FTR Bil Der-J PMR Sci* 2009;12:59-66.
42. Stroke risk factors.. American Stroke Association. <https://www.stroke.org/en/about-stroke/stroke-risk-factors>. Erişim tarihi: 16.03.2019.
43. Midi İ, Afşar N. İnme risk faktörleri. *Klinik Gelişim* 2010;1:1-14.
44. Family history and other characteristics that increase risk for stroke. Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/stroke/family_history.htm Erişim tarihi: 12.03.2019.
45. Goldstein LB, Adams R, Alberts MJ, Appel LJ, Brass LM, Bushnell CD. Primary Prevention of Ischemic Stroke: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council: Cosponsored by the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease Interdisciplinary Working Group; Cardiovascular Nursing Council; Clinical Cardiology Council; Nutrition, Physical Activity, and Metabolism Council; and the Quality of Care and Outcomes Research Interdisciplinary Working Group: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline. *Stroke* 2006 Jun;37(6):1583-1633.
46. Doğan A, Dönmez BK, Nakipoğlu G, Özgirgin N. Geriatrik inmeli hastalarımızda eşlik eden sistemik hastalıklar ve komplikasyonlar. *Turkish Journal of Geriatrics* 2009;12(3):118-123.
47. ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: the Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT) *JAMA* 2002;288:2981-2997.
48. Black HR, Elliott WJ, Neaton JD, Grandits G, Grambsch P, Grimm RH et al. Baseline characteristics and early blood pressure control in the convince Trial. *Hypertension* 2001;37:12-18.

49. Dahlöf B, Devereux RB, Kjeldsen SE, Julius S, Beevers G, de Faire U et al. LIFE Study Group. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study (LIFE): a randomised trial against atenolol. *Lancet* 2002;359:995-1003.
50. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S, Larson MG, Kannel WB, Agostino RB et al. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: the Framingham Heart Study. *JAMA* 2002;287:1003-1010.
51. Kumral E, İnce B, Öztürk V, Kutluk K, Özdemir AÖ, Özdemir G. Serebrovasküler hastalıklar. İçinde: Erol Ç, editör. İç hastalıkları. 1. Baskı. 2. Cilt. Ankara: MN Medikal ve Nobel Tıp Kitabevleri, 2008:4139-4188.
52. Managing blood pressure is a lifelong commitment
<https://www.stroke.org/en/health-topics/high-blood-pressure/changes-you-can-make-to-manage-high-blood-pressure>. Erişim tarihi: 15.04.2019.
53. Rodriguez BL, D'Agostino R, Abbott RD, Kagan A, Burchfiel CM, Yano K et al. Risk of hospitalized stroke in men enrolled in the Honolulu Heart Program and the Framingham Study: a comparison of incidence and risk factor effects. *Stroke* 2002;33:230-236.
54. Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA et al. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. *JAMA* 2002;288:1882-1888.
55. Turhan N. İnmede prognoza etki eden klinik faktörler. *FTR Bil Der* 2006;9:34
56. Kissela BM, Khoury J, Kleindorfer D, Woo D, Schneider A, Alwell K et al. Epidemiology of ischemic stroke in patients with diabetes: the Greater Cincinnati/Northern Kentucky Stroke Study. *Diabetes Care* 2005;28:355-359.
57. Öztürk Ş. Serebrovasküler hastalık epidemiyolojisi ve risk faktörleri. *Türk Geriatri Dergisi* 2010;13(1):51-58.
58. Tanne D, Shotan A, Goldbourt U, Haim M, Boyko V, Adler Y, Mandelzweig L, Behar S. Severity of Angina pectoris and risk of ischemic stroke. *Stroke* 2002;33:245-250.
59. Bots ML, Elwood PC, Nikitin Y, Salonen JT, Freire de CA, Inzitari D et al. Total and HDL cholesterol and risk of stroke. EUROSTROKE: A collaborative study among research centres in Europe. *J Epidemiol Community Health* 2002;56(1):19-24.
60. Johnsen SP, Overvad K, Stripp C, Tjønneland A, Husted SE, Sørensen HT. Intake of fruit and vegetables and the risk of ischemic stroke in a cohort of Danish men and women. *Am J Clin Nutr* 2003;78:57-64.
61. Nagata C, Takatsuka N, Shimizu N, Shimizu H. Sodium intake and risk of death from stroke in Japanese men and women. *Stroke* 2004;35:1543-1547.
62. Hurn PD, Brass LM. Estrogen and stroke: a balanced analysis. *Stroke* 2003;34:338-341.
63. Anderson GL, Limacher M, Assaf AR, Bassford T, Beresford SA, Black H et al. Women's Health Initiative Steering Committee. Effects of conjugated equine estrogen in postmenopausal women with hysterectomy: the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291(14):1701-1712.
64. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). *JAMA* 2001;285:2486 - 2497.

65. Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, Niskanen LK, Kumpusalo E, Tuomilehto J et al. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA* 2002;288:2709-2716.
66. Onat ŞŞ, Erkin G. İnmede risk faktörleri. *FTR Bil Der J PMR Sci* 2008;1:3037.
67. Turgut C. *Akut İskemik İnmede İnsülin Direnci, Koagülasyon Parametreleri Arası İlişki Ve Kliniğe Yansımaları* (Tez). Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi; İstanbul, 2005.
68. İnce, B. (1996). Serebrovasküler Hastalıkta Risk Faktörleri. *Klinik ve Görüntüleme Bilimlerine Bakış*, 2: 4-7.
69. Wolf, P.A., Belanger, A.J., D'Agostino, R.B. (1992). Management of Risk Factors. *Neurologic Clinics*, 10: 177-191.
70. Kazak, S., Yılmaz, N., Yılmaz, C., Öztürk, Ş., Özbakır, Ş. (2004). Serebral iskemik strokta akut faz reaktanlarının klinik önemi. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 2 (2): 7-12.
71. Biler, J., Love, B.B. (2000). Vascular disease of the nervous system. W.G. Bradley, R.B. Daroff (Ed.). *Neurology in Clinical Practice*. USA: Butterworth-Heinemann.
72. Gilroy, J. (2000). Cerebrovascular disease. In: *Basic Neurology*. USA: Mc Graw Hill Co.).
73. Rowland, P. L. (2008). *Merritt's Neurology* (B. Baslo ve C. Gürses, Çev.). Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri.
74. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi. (2004). A. E. ÖGE (Ed.) İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Temel ve Klinik Bilimler Nöroloji Ders Kitabı. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
75. Special Report From The National Institute of Neurological Disorders and Stroke. Classification of Cerebrovascular Diseases III. (1990). *Journal of American Heart Association*, 21: 637-676.
76. World Health Organization (2006). WHO STEPS Stroke Manual: The WHO STEPwise approach to stroke surveillance. Geneva, World Health Organization.
77. Brandstater, M.E. (2005). Stroke rehabilitation. J.A. Delisa, B.M. Gans, N.E. Walsh (Ed.). *Physical Medicine & Rehabilitation principles and practice*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
78. Dalyan, A.M., Çakıcı, A. (2004). İnme rehabilitasyonu. H. Oğuz, E. Dursun, N. Dursun (Ed.). *Tıbbi Rehabilitasyon'da*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
79. Jehkonen, M., Laihosalo, M., Kettunen, J.E. (2006). Impact of neglect on functional outcome after stroke – a review of methodological issues and recent research findings. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 24, 209-215.
80. Obiako, O.R., Oparah, S.K., Ogunniyi, A. (2011). Prognosis and outcome of acute stroke in the University College Hospital Ibadan, Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 14 (3), 359-362.).
81. Paker, N., Buğdaycı, D., Tekdöş, D., Kaya, B., Dere, Ç. (2010). Impact of cognitive impairment on functional outcome in stroke (Kognitif Yetersizliğin İnmenin Fonksiyonel Sonuçlarına Etkisi). *Stroke Research and Treatment*, 2010, 1-5.
82. Samancı, N., Dora, B., Kızılay, F., Balcı, N., Özcan, E., Arman, M. (2004). Factors affecting one year mortality and functional outcome after first ever ischemic stroke in the region of Antalya, Turkey (A Hospital-based study) (Antalya'da İlk İskemik İnme Sonrası Bir Yıllık Mortalite ve Fonksiyonel Sonuçları Etkileyen Faktörler) (Hastane Odaklı Bir Çalışma). *Acta Neurologica Belgica*, 104, 154-160.)

83. Özge, A., İnce, B., Somay, G., Çakmak, S.E., Uludüz, D., Bulkan, M., Taşdelen B., Kaleağası H. (2009). The caregiver burden and stroke prognosis (Bakım Veren Yükü ve İnme Prognozu). *Journal of Neurological Sciences* [Turkish], 26:(2)# 19; 139-152.
84. Kayıhan, H. (1989). Hemiplejide İş ve Uğraşı Tedavisi. Ankara, Volkan Matbacılık.
85. Memiş S, Tülek Z. İnmeli hastalarda görülen konuşma bozukluklarında hemşirenin rolü. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi* 2004;8(1):53-61.
86. Nichols-Larsen DS, Clark PC, Zeringue A, Greenspan A, Blanton S. Factors influencing stroke survivors' quality of life during subacute recovery. *Stroke* 2005;36:1480-1484.
87. Şenocak Ö, El Ö, Söylev GÖ, Avcılar S, Peker Ö. İnme sonrasında yaşam kalitesini etkileyen faktörler. *Journal of Neurological Sciences* 2008;25(3):169175.
88. Koç A. İnme'de günlük yaşam aktiviteleri. *Gülhane Tıp Derg* 2012;54:1-7.
89. Yılmaz M, Yılmaz N. Antakya'da inmeye bağlı mortalite. *S.D.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2001;2(3):145-147.
90. Mollaoğlu M, Fertelli TK, Tuncay FÖ. İnmeli yaşlı bireylerin bilişsel düzeyleri ve beslenme durumları arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2010;3:30-37.
91. The European Stroke Organization (ESO) Executive Committee and the ESO Writing Committee. İskemik inme ve geçici iskemik atağa yaklaşım rehberi. 2008. http://www.eso-stroke.org/pdf/ESO08_Guidelines_Turkish.pdf. Erişim tarihi: 27.10.2018.
92. Food trial collaboration. Poor nutritional status on admission predicts poor outcomes after stroke: observational data from the FOOD trial. *Stroke*, 2003;34(6):1450-1456.
93. Duncan PW, Zorowitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ, Graham GD et al. Management of adult stroke rehabilitation care: a clinical practice guideline. *Stroke* 2005;36(9):100-143.
94. Eyigör S. İnmeli hastada rehabilitasyon prensipleri, yaşam kalitesi, son durum değerlendirmesi. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2007;53(1):19-25.
95. Martino R, Foley N, Bhogal S, Diamant N, Speechley M, Teasell R. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis and pulmonary complications. *Stroke* 2005;36(12):2756-2763.
96. Selçuk B. İnmede yutma bozuklukları. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2006;52:3844.
97. Atalay NŞ, Akkaya N, Özlü A, Şahin F. Hemipleji sonrası gelişen spastisitede botulinum toksin A'nın etkinliği. *Anatol J Clin Investig* 2012;6(2):92-96.
98. Sommerfeld DK, Eek EU, Svensson AK, Holmqvist LW, Arbin MH. Spasticity after stroke: its occurrence and association with motor impairments and activity limitations. *Stroke* 2004;35(1):134-139.
99. Hancı M, Erhan B. Spastisite. İstanbul: Nobel tıp kitapçıları; 2011
100. Armağan O. İnme sonrası afazi ve yaşam kalitesi. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi* 2011;17(3):89-94.
101. Atamaz F. İnmede konuşma bozuklukları ve rehabilitasyonu. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2007;53(1):11-15.
102. Reddy M, Gill SS, Rochon PA. Preventing pressure ulcers: a systematic review. *JAMA* 2006;296(8):974-984.

103. Kamphuisen PW, Agnelli G, Sebastianelli M. Prevention of venous thromboembolism after acute ischemic stroke. *Journal of Thrombosis and Haemostasis* 2005;3(6):1187-1194.
104. Pettersen R, Saxby BK, Wyller TB. Poststroke urinary incontinence: one-year outcome and relationships with measures of attentiveness. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(10):1571-1577.
105. Kuptniratsaikul V, Kovindha A, Suethanapornkul S, Manimmanakorn N, Archongka Y. Complications during the rehabilitation period in Thai patients with stroke: a multicenter prospective study. *Am J Phys Med Rehabil* 2009;88(2):92-99.
106. Akçalı A, Altındağ Ö, Aydeniz A, Koca İ, Gürsoy S. İskemik inmeli hastalarda inkontinans, ihmal sendromu ve emosyonel durumun lateralizasyon ve fonksiyonel bağımsızlık düzeyi ile ilişkisi. *Gaziantep Tıp Dergisi* 2010;16(1):1-5.
107. Baztan JJ, Domenech JR, González M. New-onset fecal incontinence after stroke: risk factor or consequence of poor outcomes after rehabilitation? *Stroke* 2003;34(8):101-102.
108. Kızıl R, Şenocak Ö, El Ö, Gözüm M, Kutluk K, Öztürk V, Peker Ö. Hemiplejik hastalarda omuz ağrısı sıklığı ve ilişkili faktörler. *Journal of Neurological Sciences* 2009;26(2):206-13.
109. Uzunca K. İnmede üst ekstremitte komplikasyonları. *Türk Fiz Tıp Rehab Derg* 2006;52(Özel Ek B):B23-B29.
110. Gamble GE, Barberan E, Laasch HU, Bowsher D, Tyrrell PJ, Jones AK. Poststroke shoulder pain: a prospective study of the association and risk factors in 152 patients from a consecutive cohort of 205 patients presenting with stroke. *Eur J Pain* 2002;6(6):467-474.
111. Şen A, Ataklı D, Karşıdağ S, Ertan N, Arpacı B. İnme sonrası erken nöbet gelişimi. *Düşünen Adam* 2004;18(2):89-94.
112. Mackintosh SF, Hill K, Dodd KJ, Goldie P, Culham E. Falls and injury prevention should be part of every stroke rehabilitation plan. *Clin Rehabil* 2005;19(4):441-51.
113. Sivas F, Alemdaroğlu E, Yıldırım Ö, Tezel N, Ucan H, Bodur H. İnmeli hastalarda düşme ve düşme tahmin indeksinin değerlendirilmesi. *Türk Geriatri Dergisi* 2009;12(2):55-61.
114. Bayam G, Dilbaz N, Özalp E, Güz H. İnme sonrası duygudurum bozuklukları. *Klinik Psikiyatri*, 2001;4:154-165.
115. Soyuer F, Ünalın D, Öztürk A. İnme hastalarında yorgunluk. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi*, 2008;14(3):73-77.
116. Karaman S, Karadakovan A. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakıma hazır oluşluk ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2015; 31(1):1-10.
117. White L, Duncan G. Medical surgical nursing: An integrated Approach. 2nd ed. USA: Delmar, 2002:613-665.
118. Montgomery JRJ, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Fam Relat* 1985; 34:19-26.
119. Altun İ. Hasta yakınlarının bakım verme rolünde zorlanma durumları, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi. 24- 26 Eylül 1998 İstanbul, Türkiye. Kongre özet kitabı Sayfa:7178.

120. Atagün M.İ., Balaban Ö.D., Atagün Z., Elagöz M., Yılmaz Özpolat A. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 2011; 3(3):513-552.
121. Cotter V. (2006). Alzheimer's Disease: Issues and Challenges in Primary Care, *Nursing Clinics of North America*, 41: 83-93.
122. Türk Dil Kurumu. Sözlükler. <http://www.tdk.gov.tr>. Erişim tarihi: 17.02.2019.
123. Stetz K., Brown A.M. Taking care: caregiving to persons with cancer and AIDS. *Cancer Nursing*, 1997;20(1): 12-22.
124. Toseland, R.W., Smith, G., Mccallion, P. (2001). Family Caregivers of The Frail Elderly, *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations*. Columbia University Pres.
125. Chou, K. (2000). Caregiver Burden: A Consept Analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15(6): 398-407.
126. Cunningham G (1994). Caregivers: how do you find the strength to carry on? U.S. Catholic Mar. 59:3.
127. Collins C.E., Given B.A., Given C.W. (1994). Interventions with Family Caregivers of Persons with Alzheimer's Disease. *Nursing Clinics of North America*, 29(1): 195-207.
128. Kasuya, R.T., Poglár, B., Takeuchi, R. (2000). Caregiver Burden and Burnout. *Postgraduate Medicine*, 108(7): 119-123.
129. Lidell, E. (2002) Family Support-A Burden To Patient and Caregiver. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1: 149-152.
130. Mignor, D. (2000). Effectiveness of use of home health nurses to decrease burden depression of elderly caregiver. *Journal of Psychosocial Nursing*, 38 (7): 34-41.
131. Wicks MN, Milstead EJ, Hathaway DK, Cetingok M. Subjective burden and quality of life in family caregivers of patients with end stage renal disease. *ANNA J* 1997 Oct;24(5):527-538.
132. Larsen, L.S. (1998). Effectiveness of acounseling intervention to asist family of cronically ill relatives. *Journal of Psychosocial Nursing*, 36(8): 26-32.
133. Chatcheydang, J. (2005). Factor influencing healt-related qualift of life of female caregivers of elderly strole survivors in Thailand. Doctor's thesis. Rochester University, Rochester, New York.
134. İnci, H.F. *Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği* (Tez). Pamukkale Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi; Denizli, 2006.
135. Kenchaiwong, F. (1996). Relationship among patient dependency, social support and burden of stroke patient caregivers. Master's thesis. Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand.
136. Morimoto, T., Andrea, S.S., Asano, H. (2003). Caregiver burden and healt-related quality of life among Japanese stroke caregiver. *Age and Ageing*, 32(2): 218-223.
137. Hartford Institute for Geriatric Nursing. http://consultgerirn.org/topics/family_caregiving/want_to_know_more. Erişim tarihi: 29.12.2018.
138. Torti, F.M., Gwyther, L.P., Reed, S.D., Friedman, J.Y., Schulman, K.A. (2004). A Multinational Review of Recent Trends and Reports in Dementia Caregiver Burden. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 18(2): 99109.
139. Schulz, R., Beach, S. (1999). Care Giving as a Risk Factor for Mortality. *The Journal of The American Medical Association*, 282(23): 2215-2219.

140. Haussmann R.K.D, Hegyvary S.T., Newman J.F., Bishop A.C. Monitoring Quality of Nursing Care. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071793/pdf/hsresearch00559-0046.pdf> Erişim tarihi: 22.04.2019.
141. Yıldırım, D. (2003). Hasta sınıflandırma aracı geliştirme. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi,13(51), 115-132.
142. Temizer H. *İnmeli hastalara evde bakan aile üyelerine verilen hemşirelik girişimlerinin bilgi düzeylerine ve bakım yükünü algılamalarına etkisi* (Tez). Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Doktora Tezi; Erzurum, 2009.
143. Archbold, P.G. & Stewart, B.J. (1986). Family caregiving inventory. Unpublished manuscript, Oregon Health Sciences University, School of nursing, Department of Family Nursing, Portland.
144. Archbold P.G., Stewart M.R., Greenlick R.M.&Harvath T.(1990) Mutuality and Preparedness as Predictors af caregiver role strain. Research in Nursing, 13(6), 375- 384.
145. Archbold, P.G., Stewart, B.J., Greenlick, M.R., & Harvath, T.A. (1992). The clinical assessment of mutuality and preparedness in family caregivers to frail older people. In S.G. Funk, E.M. Tornquist, M.T. Champagne, & L.A. Copp (Eds.), Key aspects of eldercare (pp. 328-339). New York: Springer Publishing Company.
146. Zwicker DA. Preparedness for Caregiving Scale. 2010. <https://consultgeri.org/try-this/general-assessment/issue-28.pdf>. Erişim Tarihi: 10.03.2019.
147. Carter J.H., Stewart B.J., Archbold P.G., Inoue I., Jaglin J., Lannon M., Rost-Ruffner E., Marsha Tennis M., McDermott M.P., Amyot D., Barter R., Cornelius L., Demong C., Dobson J., Duff J., Erickson J., Gardiner N., Gauger L., Gray P., Kanigan B., Kiryluk B., Lewis P., Mistura K., Malapira T., Pay M., Sheldon C., Winfield L., Wolfington-Shallow K., Zoog K. (1998). Living with a person who has Parkinson's disease: The spouse's perspective by stage of disease. Movement Disorders, 13(1), 20–28.
148. Bilgili N, Gözüm S. İnmeli Hastaların Evde Bakımı: Bakım Verenler İçin Rehber. *DEUHYO ED* 2014,7 (2), 128-150.
149. Boyraz S. İnmeli Hastalarda Yutma ve Beslenme. *Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics*. 2015;1(1):48-53.
150. Durukan A, Emre U, Tatlısumak T. İskemik İnme ve Geçici İskemik Atağa Yaklaşım Rehberi-2008 *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics*. 2008;1(3):1-60.
151. Aşiret DG, Kapucu S. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2012;2:73-80.
152. Bilgili N. *Yaşlı bireye bakım veren ailelerin karşılaştıkları sorunların belirlenmesi* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi; Ankara, 2000.
153. Kumral E, Özkaya B, Vardarlı E, Sağduyu A, Şirin H, Pehlivan M. Ege inme veri tabanı. Ege bölgesinde hastane tabanlı çalışma 2000 inme hastasının analizi. *Türk Norol Derg* 1997;1(2):3-12.
154. Subaşı N, Öztekin Z, Türkiye’de karşılanamayan bir gereksinim: evde bakım hizmeti. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006; 5: 19–31.
155. Feldman FH, Waliser MN, Gould DA, Levine C. When the caregivers needs care: the plight of vulnerable caregivers. A J Pub Health 2002; 92: 409.

156. Dramalı A, Demir F, Yavuz M. Evde Kronik Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Karşılaştıkları Sorunlar. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, 1998; 12–13.
157. Pucciarelli G, Savini S, Byun E, Simeone S, Barbaranelli C, Juárez Vela R, Alvaro E, Vellone E. Care of Stroke Patients and Their Families Psychometric properties of the Caregiver Preparedness Scale in caregivers of stroke survivors. *Heart & Lung*, 2014; 43: 555-560.



EKLER

Ek 1

HASTA YAKINI BİLGİ FORMU

1. Yaşınız
2. Cinsiyetiniz a. Kadın b. Erkek
3. Medeni durumunuz a. Evli b. Bekar
4. Çocuk sayınız a. Yok b. 1-2 c. 3-4 d. 5 ve üstü
5. Eğitim durumunuz
a. Okur-yazar b. İlköğretim c. Ortaöğretim d. Lise e. Üniversite
6. Çalışma durumunuz a. Çalışıyorum b. Çalışmıyorum
7. Çalışıyorsanız mesleğiniz
a. Emekli b. Memur c. İşçi d. Ev hanımı e. Diğer (Lütfen belirtiniz)
8. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
a. Gelir giderden fazla b. Gelir ve gider eşit c. Gelir giderden az
9. Nerede oturuyorsunuz? a. İl b. İlçe c. Köy
10. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?
a. Yalnız b. Eş c. Çocuklar d. Diğer (Lütfen belirtiniz)
11. Hastaya yakınlık dereceniz
a. Eş b. Çocuk c. Akraba d. Diğer (Lütfen belirtiniz)
12. Hastayla birlikte yaşama durumunuz
a. Hastayla birlikte yaşıyorum b. Hastayla birlikte yaşamıyorum
13. Daha önce hasta bakımına ilişkin deneyiminiz a. Yok b. Var (belirtiniz)
14. Hastaya bakım verirken bakım yükünüzü azaltacak, size destek veya yardımcı olabilecek kişi veya kişiler var mı?
a. Hayır b. Evet (Kimlerden ve nasıl belirtiniz)

Ek 2

HASTA BİLGİ FORMU

1. Hastanın yaşı
2. Cinsiyeti a. Kadın b. Erkek
3. Medeni durumu a. Evli b. Bekar
4. Eğitim durumu
- a. Okur-yazar b. İlköğretim c. Ortaöğretim d. Lise e. Üniversite
5. Çalışma durumu a. Çalışıyor b. Çalışmıyor
6. Çalışıyorsa mesleği
- a. Emekli b. Memur c. İşçi d. Ev hanımı e. Diğer (Lütfen belirtiniz)
7. Hastanın ne kadar süre önce inme tanısı aldığı
8. Hastada var olan kronik hastalıklar
- () Yok () Hipertansiyon
() Diyabetes Mellitus () Astım
() KOAH () Koroner Arter Hastalığı
() Kronik Böbrek Yetmezliği () Diğer (Lütfen belirtiniz)
9. Hastada inme sonrası gelişen yetersizlikler
- () Yüz, kol veya bacakta özellikle vücudun bir tarafında güçsüzlük uyuşma veya karıncalanma
() Kolları ve bacakları hareket ettirmede güçlük
() Denge kaybı
() Yürüme güçlüğü
() Yutma güçlüğü
() Bir veya iki gözde görme sorunu veya çift görme
() Bilinç bulanıklığı veya kişilik değişiklikleri
() Anlama güçlüğü
() Konuşma güçlüğü
() Konuşamama
() Diğer (Lütfen belirtiniz)

Ek 3

RUSH MEDİCUS HASTA SINIFLAMA SİSTEMİ

TARİH							
Servise kabul edilme (3 puan)							
Taburcu edilme (2 puan)							
Bilinci kapalı (24 puan)							
İnkontinans (18 puan)							
Oryantasyon bozuk (15 puan)							
Tam görme kaybı ya da ileri derecede görme bozukluğu (12 puan)							
İzolasyon (9 puan)							
Kısmi hareketsizlik (9 puan)							
Tam hareketsizlik (24 puan)							
Monitöre bağlı (24 puan)							
Respiratöre bağlı (24 puan)							
Kapsamlı yara/deri bakımı (24 puan)							
Trakeostomi (6 puan)							
Yatak istirahati (10 puan)							
Yardımla kalkar (5 puan)							
Yardımla banyo yapar (3 puan)							
Total banyo gereksinimi (4 puan)							
Beslenme sondası ile beslenme (3 puan)							
Total beslenme (oral) gereksinimi (10 puan)							
Aldığı-çıkardığı sıvı takibi (2 puan)							
Numune toplanması (2 puan)							
Tüp bakımı (8 puan)							
Kısmi yara/deri bakımı (8 puan)							
Oksijen terapi (6 puan)							
İki saat arayla ya da daha sık vital bulgu takibi (12 puan)							
IV Girişimler (12 puan)							
Özel eğitim gerekli (12 puan)							
Özel emosyonel destek (12 puan)							
Tanı testi hazırlığı (3 puan)							
TOPLAM PUAN							

Hastanın bağımlılık düzeyi:

- a. Bağımsız b. Alt düzey c. Orta düzey d. Üst düzey

Ek 4

İNMEDE BAKIM VERİCİLER İÇİN BİLGİ TESTİ

Aşağıdaki sorular inme konusundaki bilgi düzeyinizi değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Alacağımız yanıtlar bu konuda yapacağımız eğitim programının içeriğini oluşturmada önemlidir. Her sorunun tek bir doğru cevabı vardır. Tek seçenek işaretlenmelidir.

1. Aşağıdakilerden hangisi “inmenin haberci belirtisi”dir?

- a. Kol, bacak veya yüzde ani uyuşukluk, güçsüzlük
- b. Basit cümleleri anlama ve konuşmada güçlük
- c. Bir gözde görme kaybı, çift görme
- d. Şiddetli baş ağrısı

e. Hepsi

2. Hastanız aspirin, coumadin ve benzeri bir ilaç kullanıyorsa sizin dikkat etmeniz gereken en önemli konu nedir?

- a. Konuşamaması
- b. Altını ıslatıyor olması
- c. Kusması
- d. Kanamasının olması
- e. Gaita kaçırmaması

3. (Ağız bakımı sorusu) Hastanın ağızda mantar enfeksiyonu olduğunda kullanılacak uygun solüsyon aşağıdakilerden hangisidir?

- a. Karbonatlı su
- b. Kolalı su
- c. Tuzlu su
- d. Şekerli su
- e. Oksijenli su

4. Yaşlı, cildi kuru olan, zayıf kişilerde cilt bakımı yaparken aşağıdakilerden hangisini kullanmamız gerekir?

- a. Nemlendirici solüsyon
- b. Alkol
- c. Kolonya
- d. Pudra
- e. Hepsi

5. “Konuşma” problemi olan hastanızla iletişim kurarken yapmamanız gereken aşağıdakilerden hangisidir?

- a. Kısa ve basit cümlelerle konuşmak
- b. Cümleleri tekrar tekrar söylemek
- c. Bağırarak konuşup, çocuk gibi davranmak
- d. Hastayı dudak okumaya teşvik etmek
- e. Jest, mimik, resim ve yazı tahtasından yararlanmak

6. “Karar verme yetisini kaybeden” hastanıza, hangi davranışınız katkı sağlamaz?

- a. Güvenliği için işlerini yavaşça ve zamana yayarak yapmasını öneririm.
- b. Bir işi yaparken adım adım yapmasını sağlarım
- c. İş doğru yapınca dek sürekli sabırla tekrar etmesini sağlarım
- d. Bütün işlerini ben yaparım
- e. Aceleden kaçınmasını ve zamanla başarabileceğine inandığını söylerim

7. İnmenin tekrarlamaması için hastanızın dikkat etmesi gereken konular hangisidir?

- a. Düzenli ilaç kullanımı ve düzenli kan testi yaptırmalıyız
- b. Planlanmış randevularımıza inme polikliniğinde düzenli olarak gitmeliyiz
- c. Diş doktoruna gittiğimizde hastanın kullandığı ilaçları söylemeliyiz
- d. Yeni inme belirtileri ortaya çıktığında derhal hekime başvurmalıyız

e. Hepsi

8. “Dişeti kanaması, ciltte morarma, kırmızı noktalar, idrar renginde kırmızılık, mide kanaması, katran rengi dışkı, balgamda kan” gibi belirtilerde aklınıza ilk gelen hangisidir?

a. Kullandığı ilacın yan etkisidir

- b. İnme geçiriyordur
- c. Nöbet geçiriyordur
- d. Bilincini kaybediyordur
- e. Hepsi

9. Hastanıza yatak banyosu verirken aşağıdakilerden hangisi doğrudur?

- a. Genital bölgenin arkadan öne doğru temizlenmesi
- b. Hastanın yıkanacağı küvetin ağzına kadar su ve köpükle doldurulması
- c. Oda ısısının 46°C- 43°C arasında olması
- d. Hastanın vücut bölümlerinin baştan ayağa ve uzaktan yakına doğru sabunlanıp, durulanıp, kurulanması**
- e. Yatak banyosu sonrası alkolle masaj yapılması

10. Hastanız yutkunma güçlüğü yaşıyorsa, yediklerinin yemek borusu yerine, solunum yoluna kaçmasını engellemek için ne yaparsınız?

- a. Gıdalar ağzın felçten etkilenen tarafından yedirilir.
- b. Yutmayı yeniden öğrenmesi için dil üstüne buz koyarak emmesi sağlanır.
- c. Beslenme sırasında başı dik ve öne doğru pozisyon verilir.**
- d. Yemek sonrası ağız bakımı verilir.
- e. Su gibi likitler yerine daha kıvamlı sıvılar tercih edilir.

BAKIM VERMEYE HAZIR OLUŞLUK ÖLÇEĞİ

BAKIM VERMEYE HAZIR OLMA DURUMUNUZ

Hastanıza bakım vermeye hazır olma durumunuzu bilmek için aşağıdaki sorulara cevap vermenizi istiyoruz. Şu an hastanıza siz bakım vermiyor olsanız bile, taburcu olduktan sonra evde bakım vermeye hazır olma durumunuzu aşağıdaki seçeneklerden size uygun olanı seçerek cevaplayınız.

	Hiç hazır değilim	Yeterince hazır değilim	Kısmen hazırım	Oldukça hazırım	Tamamen hazırım
1. Hastanızın fiziksel bakım ihtiyacını karşılamaya hazır mısınız?					
2. Hastanızın duygusal gereksinimlerini karşılamaya hazır mısınız?					
3. Hastanızın ihtiyacı olan bakımın neler olduğunu bilmeye/anlamaya ve bu ihtiyaçları karşılamaya hazır mısınız?					
4. Bakım verme stresiyle baş etmeye hazır mısınız?					
5. Hastaya evde vereceğiniz bakımdan sizin ve hastanızın memnun olacağı konusunda ne kadar hazırsınız?					
6. Hastanızla ilgili gelişebilecek acil durumların önemini kavramaya ve başa çıkmaya hazır mısınız?					
7. Gerektiğinde sağlık kurumlarından bilgi ve yardım istemeye hazır					
8. Hastanıza bakım verme konusuna kapsamlı olarak hazır mısınız?					
9. Bakım verme konusunda daha iyi hazırlanmak istediğiniz özel bir konu var mı?					

İNME GEÇİREN HASTANIN GÜNLÜK GEREKSİNİMLERİ VE BAKIMI REHBERİ

AĞIZDAN BESLENME

- Ağızdan beslenme sırasında: öncelikle hastaya çiğneme ve yutma işlemine odaklanması için sessiz ve dikkatinin dağılmayacağı bir ortam sağlanmalıdır.
- Hasta yatakta olabildiğince dik (60-90 derece) oturmalıdır.
- Beslenme öncesinde: kullanıyorsa hastaya gözlük, işitme cihazı ya da takma dişleri takılmalıdır.
- Hasta beslenme anında başını geriye atabilir, bu nedenle kaşık ya da çatal ağız seviyesinden yukarı tutulmamalıdır.
- Hastanın kolayca çiğneyip yutabileceği yumuşak sulu gıdalar ya da yarı katı gıdalar tercih edilmeli ve gıdalar gerekirse ezilerek ya da püre halinde verilmelidir.
- Hastaya yiyecekler her defasında küçük lokmalar ve küçük porsiyonlar (1/2-1 yemek kaşığı) halinde verilmelidir.
- Beslenme sırasında acele edilmemeli, hastanın çiğneyip yuttuğundan emin olmadan yeni bir lokma verilmemelidir.
- Bir öğünde çok fazla yemek yerine az ve sık beslenmesi tercih edilmelidir.
- Besinin kolay yutulmasına yardımcı olmak için arada bir yudum su verilmelidir.
- Hasta yemekten sonra 30 dk dik oturtulmalı ve sonrasında 2 saat süresince sırt üstü yatırılmalıdır.
- Hastada ani başlayan hırıltı, nefes almada zorluk, balgamda artış olursa beslenmeye devam edilmemelidir.
- Hastanın günlük yediklerinin ve çıkardıklarının ne kadar olduğu kontrol edilmelidir.
- Hastanın günde 2 litre su alması sağlanmalıdır.
- Yeterli beslenip beslenmediğini öğrenmek için düzenli olarak kilosu tartılarak kontrol edilmedir.

HASTANIN SONDA (BESLENME TÜPÜ) İLE BESLENMESİ

- Beslenme Tüpü: hastanın burnunda veya ağızdan mideye ulaşan tüpe denir.
- Tüp ile beslenen hastanın başı yüksekte tutulmalı ve sırtı yastıkla desteklenmelidir.
- Verilecek besin oda ısısında olmalıdır.

İŞLEM:

- Beslenme şişesine set takılır ve setten besin geçirilerek setin havası çıkartılır. Hastaya hava verilmemesine özen gösterilmelidir.
- Besinin gideceği miktar ve zaman ayarlanarak set sondaya takılmalıdır.
- Sondanın tıkanmaması için her beslenme sonrası 50-100 ml ılık su verilmelidir. Hasta sürekli besleniyorsa 2 saatte bir su verilmesi sondanın tıkanmasını önlemektedir.

- Beslenme sırasında hastanın nefes alıp vermesi yakından takip edilmelidir. Hastada ani başlayan hırıltı, nefes almada zorluk, balgamda artış olursa beslenmeye devam edilmemelidir.
- Bulantı, kusma, karında şişlik, ishal, kabızlık gibi durumlarda beslenmeye ara verilmeli ve bir sağlık kurumuna başvurulmalıdır.

HASTAYA SONDA (BESLENME TÜPÜ) İLE İLAÇ VERİLMESİ

- İlaç vermeden önce ve sonra 50 ml su verilmelidir.
- İlaçlar dövülüp sulandırılarak enjektöre çekilmelidir.
- Enjektör sondanın ucuna (enjektöre uygun bölümüne) takılıp basınç uygulamadan yavaş olarak verilmelidir.
- İlacın sonda içerisinde kalmaması ve sondayı tıkamaması için hemen sonrasında 50 ml su verilmelidir.
- Hastanın burun kenarında yara oluşmamasına özen gösterilmeli ve sondanın buruna girişi nemlendirilmelidir (vazelin ya da nemlendirici krem ile)

AĞIZ BAKIMI

BİLİNÇSİZ HASTADA AĞIZ BAKIMI:

- Tüm ağız içi tabakasının silinerek temizlenmesi esasa dayanır.
- Çünkü bu hastaların ağız içi tabakası kurumaya ve enfeksiyona yatkındır.
- Ağız bakımının veriliş sıklığı ağız içi tabakasının durumuna bağlıdır.
- 2-8 saatte bir ağız bakımı verilmelidir.

AĞIZ TEMİZLEME SOLÜSYONU:

- Kaynatılmış soğutulmuş bir çay bardağı suya bir çay kaşığı karbonat konulur.
- Hasta yan yatırılarak işlem yapan kişiye yüzünün dönük olması sağlanmalıdır.
- Gazlı bez hazırlanan ağız temizleme solüsyonuna batırılmalı ve solüsyon gazlı beze iyice emdirilmelidir.
- Silme işlemine önce dişlerden başlanmalı; daha sonra yanak içi, damak, dil üzeri ve altı olmak üzere tüm ağız içerisi silinmelidir.
- Bir bölgeden diğerine geçerken gazlı bez veya temizleme çubuğu mutlaka değiştirilmelidir.
- Dudaklarda kuruma ve çatlamayı önlemek için dudaklara nemlendirici sürülmelidir.
- Protez diş varsa gece yatmadan önce çıkartılmalı, çıkartılan protezler ılık su ile fırçalanıp su dolu kap içinde saklanmalıdır.

BOŞALTIM SİSTEMİ

- Uzun süreli yatağa bağımlı hastalarda idrar yapmada veya dışkılamada zorluklar meydana gelebilir. İdrar yapmada zorluk varsa sıcak su torbası konulabilir.
- Musluk açılıp su sesi dinletilebilir.
- Dışkılama alışkanlığı değişen hastanın dışkısının rengine kıvamına ve sıklığına bakılmalıdır. Dışkılama en geç 3 günde bir olmalıdır.

GENİTAL BÖLGE BAKIMI (ALT BÖLGE BAKIMI)

- Uygun bir kabın içine ılık sabunlu su hazırlanmalıdır.
- İşlemden önce eller yıkanmalı ve eldiven giyilmelidir.
- Hazırlanan sabunlu su ile ıslatılmış ped yardımı ile perine bölgesi önden arkaya doğru silinmeli, işlem 3 kez tekrar edilmeli, her seferinde ayrı pamuk kullanılmalıdır.
- Hastanın durumu uygun ise altına sürgü yerleştirilmeli, sabunlu su perine bölgesine dökülerek pamuk yardımı ile yıkanmalıdır.
- Perine bölgesi su ile ıslatılmış ped ile durulanmalı, kâğıt havlu veya pamukla kurulmalıdır. Sabunlu bırakılan bölge tahriş olabilir. Kurulama yapılmadığında mikroplar kolaylıkla üreyebilir.

POSTURAL DRENAJ

- Postural drenaj; hastanın akciğerdeki balgamı atmasına yardımcı olmak amacıyla sırt bölgesine uygulanan masaj biçimidir.
- Postural drenaj hastanın kendi başına balgamını atamadığı ya da zorladığı durumlarda uygulanır.
- Hasta oturur pozisyona getirilir, göğüs kısmı öne doğru eğdirilir ve sırt bölgesine postural drenaj masajları uygulanır.
- İşlem sırasında öksürme ve balgam çıkartma kusmaya neden olacağından yemeklerden sonra yapılmamalıdır.
- Uygulama yemekten 30-45 dk önce bitirilmelidir.
- Günde 3-4 kez uygulanmalıdır.
- Perküsyon (Vurma): El ayası içinde herhangi bir şey tutuyormuş gibi fincan şeklinde çukurlaştırılmış olarak tutulmalı. Kısa ve ani vuruşlarla yaklaşık 1 dakika sırt bölgesine uygulanmalıdır.
- Vibrasyon (Sarsma): Perküsyondan sonra hastaya derin bir nefes alması söylenmeli, nefes verirken balon şişirtilmeli, hasta öksürtülmeye teşvik edilmeli ve sarsma hareketleri uygulanmalıdır.

HAREKET VE DERİ BÜTÜNLÜĞÜNÜN KORUNMASI

- Hastanın güvenliği ve rahatlığını sağlayarak bağımsızlığının en üst düzeyde sürdürülebilmesi için hareket etmesine yardımcı olunmalıdır.
- Hareket sırasında aşırı yormaktan kaçınılmalı, yorulup yorulmadığı sorularak devam edilmelidir.
- Yavaş ve nazik olunmalıdır.
- Yapılacak hareket konusunda hastayla konuşulmalı, açıklama yapılmalıdır.
- Hasta sırt üstü yatar pozisyonda iken felçli taraftaki kol ve bacak yastıklarla desteklenmelidir.
- Hasta oturur pozisyonda iken etkilenen tarafındaki elinin ve kolunun altına yastık vs. yerleştirilerek desteklenmelidir.
- Etkilenmeyen eliyle etkilenen taraftaki parmaklarını nazikçe açması ve kıvrması söylenmelidir.

- Katılaşmış eklemeleri açmak için zorlanmamalıdır.
- Yumuşak kauçuk toplar vb. malzemeleri avuç içinde sıkması sağlanarak el ve parmakların kas gücünü kazanmasına yardımcı olunmalıdır.
- Etkilenen tarafındaki ayak derisinde duyu kusuru nedeniyle oluşabilecek kızarıklık, dem (şişlik) ve deri bütünlüğünde bozulma olup olmadığı kontrol edilmelidir.
- demi azaltmak için ayağın yükseltilmesi ve uzatarak oturulmasına dikkat edilmelidir.
- Hastanın derisi her gün düzenli olarak kontrol edilmelidir.
- Deri temizliğinde sabun kullanılmalıdır.
- Derinin nemliliği sağlanmalıdır.
- Yeterli beslenme ve sıvı alımı sağlanmalıdır.

YATAK İSTİRAHATİ

YATAK YARASININ ÖNLENMESİ

- Hastanın zerine yattığı çarşaflar kuru ve gergin olmalıdır.
- Hastanın dışkı ve idrar tutmaması nedeni ile çarşafların ıslanması derinin ıslanmasına ve yumuşamasına yol açar, böylelikle yatak yarası açılması kolaylaşır.
- Basıncı azalttığı ve dolaşımı hızlandırdığı için havalı yatak kullanılabilir.
- Kemik çıkıntıları ve basınç bölgelerine yağlı krem sürülebilir.
- Yatağa bağımlı hastalara 2 saatte bir pozisyon değişimi uygulanarak yaraların oluşması önlenmelidir.

BANYO YAPMA

- Hasta; ıslak zeminin kaygan olması, düşme riski ve denge sorunları nedeni ile banyo yapmaktan korkabilir. Banyoda güvenli ve kolaylaştırıcı bazı gereçlerin temin edilmesi hastanın güvenini arttırır, bu gereçler;
 - Taşınabilir banyo küveti
 - Baş yıkamak için el dşları
 - Banyo taburesi, iskemlesi
 - Tutunma kolları
 - Uzun saplı banyo süngeri, fırçası
 - Kolay kavranabilen sabun
 - Eldiven şeklinde yıkanma lifleri
 - Kaymayan banyo paspası

GIYİNME

- Hastaya yapacakları sırayla açıklanmalı, beklentiler söylenmelidir.
- Hasta iskemle ya da yatağın arkalığına dayandırılarak oturtulmalıdır.
- Hasta giysilerini kendisi giyecekse, kısa ve basit cümlelerle ne yapması ve nasıl yapması gerektiği söylenmelidir.
- Giysi seçiminde nden açık, belden lastikli ya da yapışkanlı bol ve vcoda yapışmayan giysiler tercih edilmelidir.
- Gömlek veya blz hastanın sırtına koyulup önce felçli taraf giyilmeli ve daha sonra diğer taraftaki kol giyilmelidir.
- orap ve pantolon giyilirken felçli taraf bacağını diğer bacak üzerine atarak önce felçli bacak giydirilip, daha sonra diğer bacak giydirilmelidir.

- Giysilerin hastanın vücudunda düzenli ve kırışksız olmasına özen gösterilmelidir.

AYAK BAKIMI

- Ayaklar her gün düzenli olarak ılık su ve sabunla yıkanmalı, deride sabun kalmamalıdır.
- Her yıkamadan sonra parmak aralarında mantar oluşmaması için havlu ile iyice kurulmalı, ayaklara vazelin ve nemlendirici krem sürülmelidir.
- Çorapların pamuklu olması tercih edilmelidir.
- Çoraplar temiz olmalı ve günlük olarak değiştirilmelidir.
- Ayak tırnakları düz kesilmelidir.
- Nasırlı ayak ılık sabunlu su içinde bekletilip yumuşadıktan sonra ayak törpüleri ya da ponza taşı ile temizlenmelidir.
- Nasırlar kesinlikle kesilmemelidir.

İNME Lİ HASTADA İLETİŞİM SORUNLARI

- İnme li birey diğ er bireylerle nasıl iletişim kuracağı konusunda fiziksel olarak yetersiz olabilir.
- İletişim sorunlarının giderilmesi için yardımcı hareket gereçleri, tekerlekli iskemle, çağırma zili, telefon, iletişim kartları, kağıt ve kalem gibi gereçler kullanılmalıdır.
- İnme li hastanın yanıtları yavaşlamış olabilir. Hasta ile konuşulduğ unda cevap vermesi için zaman tanınmalı ve göz teması kurulmalıdır.
- İletişimde hastayı cesaretlendirmek için uygun yollar denenmelidir; Örneğ in hastaya ait objeler ya da resimlerle ilgilenip bunlar hakkında konuşmak için fırsat yaratılmalıdır.
- İnme li hasta kontrolsüz olarak gülebilir ya da ağ layabilir. Hastaya mutluluk ya da üzü ntü gibi duygular yaş ayıp yaşamadığı sorulmalıdır.
- Hasta duygularını doğru olarak ifade edemiyorsa inmeden sonra bu tür duyguların yaşanmasını yaygın olduğu unutulmamalıdır.
- Bu durumu tetikleyen etkenler öğrenilerek, olabildiğince hastanın etkilenmesi önlenmelidir.

İLETİŞİM KURARKEN:

- Sessiz bir ortamda iletişim kurulmalıdır.
- Alçak ses tonuyla konuşulmalıdır.
- Hastanın söylediklerinden anlaşılanlar tekrarlanmalı ve anlaşılmayan bir şey olup olmadığı sorulmalıdır.
- Gerekli durumlarda hastanın istediklerini yazılı olarak iletmesi istenmelidir.
- Hastanın yanıt vermesi için zaman tanınmalıdır.
- Hasta ile konuşurken basit sözcükler kullanılmalı, “evet-hayır” biçiminde yanıt verebileceğ i biçimde sorular sorulmalıdır.
- Sakin ve sabırlı olunmalıdır.
- Yer ve zamanla ilgili konuşmalarda takvim, saat, harita gibi yardımcı araçlardan yararlanılmalıdır.

REHBERİN HAZIRLANMASINDA YARARLANILAN KAYNAKLAR

- Bilgili N, Gözüm S. İnmeli Hastaların Evde Bakımı: Bakım Verenler İçin Rehber. DEUHYO ED 2014;7 (2), 128-150.
- Boyraz S. İnmeli Hastalarda Yutma ve Beslenme. *Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics*. 2015;1(1):48-53.
- Durukan A, Emre U, Tatlısumak T. İskemik İnme ve Geçici İskemik Atağa Yaklaşım Rehberi-2008 *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics*. 2008;1(3):1-60.
- Temizer H, Gözüm S. İnmeli hastalara evde bakan aile üyelerine verilen hemşirelik girişimlerinin bilgi düzeylerine ve bakım yükünü algılamalarına etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Doktora tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi, 2009.



Ek 7 ETİK KURUL İZNİ

OKAN ÜNİVERSİTESİ Etik Kurul Kararı

Toplantı Tarihi: 01.11.2018

Toplantı Sayısı: 99

Toplantıya Katılanlar:

Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan	(Üye)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Doç.Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal	(Üye)
Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 01.11.2018 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 7. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik bölümünden **Merve USLU'nun "İnnmeli Hasta Yakınlarına Verilen Eğitimin Bakım Vermeye Hazır Oluşluğa Etkisinin İncelenmesi"** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)

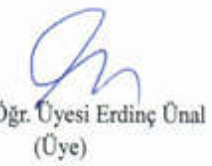

Prof. Dr. Mazhar Semih Başkan
(Üye)


Prof. Dr. Dilek Öztürk
(Üye) (Katılmadı)


Prof. Dr. Ali Tayfun Atay
(Üye)


Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)


Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ
(Üye)


Dr. Öğr. Üyesi Erdinç Ünal
(Üye)


Dr. Öğr. Üyesi Nermin Bölükbaşı
(Üye)


Dr. Öğr. Üyesi Nihat Özaydın
(Üye)

Ek 8 KURUM İZNİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
S.B.Ü. BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI
SUAM



08.01.2019

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU KARARI

İlgi : Merve USLU'nun 10.12.2018 tarih ve E.41239 sayılı dilekçesi.

Hastanemizin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Hastane Yönetici Başhekimi Doç. Dr. Murat ERKIRAN, Hastane Eğitim Koordinatörü Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU ve üyeler Doç. Dr. Bekir TUĞCU, Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI ve Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'in katılımları ile 08.01.2019 tarihinde toplanmış;

Hastanemizin nöroloji kliniğinde hemşire olarak görev yapan Merve USLU'nun Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans tezi olan "İnmeli Hasta Yakınlara Verilen Eğitimin Bakım Vermeye Hazır Oluşluluğa Etkisinin İncelenmesi" başlıklı çalışmasını hastanemizde uygulama talebine istinaden, araştırma protokolü ve ekleri kulumuzca değerlendirilmiş, adı geçen çalışmanın hastanemizde yapılması oy birliği ile uygun görülmüştür.

Doç. Dr. Murat ERKIRAN
Başkan

Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU
Eğitim Koordinatörü

Doç. Dr. Bekir TUĞCU
Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği
Üye

Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI
Nöroloji Kliniği
Üye

Doç. Dr. Gül KARAÇETİN
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Üye

GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Sizi **Dr. Öğr. Üyesi Özlem YAZICI** danışmanlığında **Merve USLU** tarafından yürütülen “**İnmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin bakım vermeye hazır oluşluğa etkisinin incelenmesi**” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı, inmeli hasta yakınlarına eğitim verilerek bakım vermeye hazır oluşluğa etkisini belirlemektir. Araştırmada sizden tahminen 20 dakika kadar süre ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle vermenizdir. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayım amacı ile kullanılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya uslumervemi@gmail.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Araştırmacının

Katılımcının

Adı-Soyadı: **Merve USLU**

Adı-Soyadı:

İmzası:

İmzası:

İletişim Bilgileri:

İletişim Bilgileri:

e-posta: uslumervemi@gmail.com

e-posta:

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	MERVE	Soyadı:	USLU
Doğ. Yeri	Zeytinburnu	Doğ. Tar:	20.04.1992
Uyruğu	T.C.		
E-mail:	uslumervemi@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurum	Mezuniyet Yılı
Lisans	Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Yüksek Okulu	2015

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre
Hemşire	Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi	4 yıl

Yabancı Dil: İngilizce (Orta)

Bilgisayar Bilgisi: Microsoft Office Programları (İyi)