

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

YÜKSEK LİSANS TEZİ

İNME Lİ HASTALARDA BAKIM VERİCİNİN YÜKÜ

GÖNÜL KOÇAK

**DANIŞMAN
YARD.DOÇ.DR. ZELİHA TÜLEK**

**İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI**

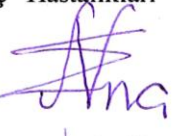
İSTANBUL-2011

TEZ ONAYI

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programında Gönül Koçak tarafından hazırlanan İnmeli Hastalarda Bakım Vericinin Yükü başlıklı Yüksek Lisans tezi, yapılan tez sınavında Jürimiz tarafından başarılı bulunarak kabul edilmiştir.

26 / 08 / 2011

Tez Sınav Jürisi

- | Ünvanı Adı Soyadı (Üniversitesi, Fakültesi, Anabilim Dalı) | İmzası |
|---|---|
| 1.Doç.Dr.Yakup Krespi İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 2.Prof.Dr.Türkinaz Aştı İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 3.Prof.Dr.Nuray Enç İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 4.Yard.Doç.Dr.Zeliha Tülek (Danışman) İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |
| 5.Yard.Doç.Dr.Hülya Bilgin İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu / Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi |  |

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Gönül Koçak (İmza)



İTHAF

Bütün inmeli hastalara ithaf ediyorum...

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince her zaman rehberlik ederek, tez dönemimde ilgi, destek, anlayış ve sabrını esirgemeyen danışman hocam Sayın Yrd. Doç Dr. Zeliha Tülek'e,

Çalışmamın istatistiksel analizinde değerli görüşlerini aldığım Sayın Doç Dr. Gülbeyaz Can'a,

Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnme Poliklinikleri'nde hizmet vermekte olan meslektaşlarım ve hekimlere,

Anlayışları ve destekleri için Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde hizmet vermekte olan bütün iş arkadaşlarıma ve servis sorumlu hemşireme,

Daima yanımda olan ve desteklerini esirgemeyen aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	Vİİİ
ŞEKİLLER LİSTESİ	İX
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	X
ÖZET	Xİ
ABSTRACT.....	Xİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. İnme Hakkında Genel Bilgi	3
2.1.1. Tanım	3
2.1.2. Epidemiyoloji.....	3
2.2. İnme ve Bakım Verici Yüğü	8
2.2.1. Bakım Verme ve Bakım Verici Yüğü.....	8
2.2.2. İnmede Bakım Verici Yüğü	9
2.3. Bakım Vericilerin Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü.....	11
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1. Araştırmanın Amacı.....	15
3.2. Araştırmanın Tipi.....	15
3.3. Araştırmanın Yeri ve Tarihi.....	15
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	15
3.5. Araştırmanın Etik Yönleri.....	16
3.6. Veri Toplama	16
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	21
4. BULGULAR.....	22
4.1. Bakım Verici Bireylere İlişkin Özellikler	23
4.1.1. Bakım Vericilere İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler	23

4.1.2. Bakım Vericilerin Bakım Verme Deneyimine İlişkin Özellikler	25
4.1.3. Bakım Vericilerin Fonksiyonel Durumu	28
4.1.4. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi	28
4.1.5. Bakım Verici Yüğü	29
4.2. Hasta Bireylere İlişkin Özellikler	30
4.2.1. Hastalara İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler.....	30
4.2.2. Hastalığa İlişkin Özellikler	31
4.2.3. Hastaların Fonksiyonel Durumu	32
4.2.4. Hastaların Yaşam Kalitesi.....	33
4.2. Bakım Verici Yüğü Etkileyen Faktörler	34
4.3.1. Hastaya İlişkin Özelliklerin Bakım Verici Yüğüne Etkisi.....	34
4.3.2. Bakım Vericiye İlişkin Özelliklere Göre Bakım Verici Yüğü.....	37
5. TARTIŞMA	43
6. KAYNAKLAR	57
7. FORMLAR	65
8.ÖZGEÇMİŞ	89

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 3.1: Zarit Bakım Verici Yüğü Ölçeğı'nin Madde-Toplam Puan Korelasyonları..	18
Tablo 4.1: Bakım Vericilerin Sosyo-Demografik Özellikleri.....	23
Tablo 4.2: Bakım Vericilerin Sağlık Durumuna İlişkin Özellikler.....	24
Tablo 4.3: Bakım Verme Deneyimine İlişkin Özellikler.....	26
Tablo 4.4: Bakım Vericilerin Hasta Bakımı Konusunda Eğitim Gereksinimi.....	27
Tablo 4.5: Bakım Vericilerin Fonksiyonel Durumu.....	28
Tablo 4.6: Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi.....	29
Tablo 4.7: Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri.....	30
Tablo 4.8. Hastalığa İlişkin Özellikler.....	31
Tablo 4.9: Hastaların Fonksiyonel Durumu.....	32
Tablo 4.10: Hastaların Fiziksel Fonksiyonel Durumu.....	33
Tablo 4.11: Hastaların Yaşam Kalitesi.....	33
Tablo 4.12: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verici Yüğü.....	35
Tablo 4.13: Hastalık Sürecine Göre Bakım Verici Yüğü.....	36
Tablo 4.14: Hastanın Fonksiyonel Durumunun Bakım Verici Yüğü İle İlişkisi.....	36
Tablo 4.15: Hastanın Yaşam Kalitesine Göre Bakım Verici Yüğü.....	37
Tablo 4.16: Bakım Vericinin Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verici Yüğü.....	38
Tablo 4.17: Bakım Vericinin Sağlık Durumuna Göre Bakım Verici Yüğü.....	39
Tablo 4.18: Bakım Verme Deneyimine Göre Bakım Verici Yüğü.....	40
Tablo 4.19: Bakım Vericinin Eğitim Gereksinimine Göre Bakım Verici Yüğü.....	41
Tablo 4.20: Bakım Vericinin Fonksiyonel Durumunun Bakım Verici Yüğü İle İlişkisi.....	41
Tablo 4.21: Bakım Vericinin Yaşam Kalitesinin Bakım Verici Yüğü İle İlişkisi.....	42
Tablo 4.22: Bakım Verici Yüğü Etkileyen Faktörler.....	42

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4-1: Bakım Verici Yüğü Puan Dağılımları.....	29
Şekil 4-2: Hastaların Yaşam Kalitesi Ölçeğı Boyutlarındaki Sorunların Dağılımı.....	34

SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

Ark.	: Arkadaşları
%	: Yüzde
ss	: Standart Sapma
x	: Ortalama
MMSE	: Mini Mental Durum İncelemesi
BI	: Barthel İndeksi
HADÖ	: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği
SF-36	: Yaşam Kalitesi Ölçeği
ÇBASD	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
GYA	: Günlük Yaşam Aktiviteleri

ÖZET

Koçak, G. (2011). İnmeli Hastalarda Bakım Vericinin Yükü, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.

İnme, hastaları olduğu kadar hastanın bakımından birinci derecede sorumlu olan yakınlarının da yaşamını etkileyen bir hastalıktır. Bu çalışma, inmeli hastaların bakım vericilerinin yükünü değerlendirmek ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirildi. Çalışma Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnme Poliklinikleri'nde yüz yüze görüşme yöntemi ile gerçekleştirildi. Örneklem grubunu, en az bir aydır inme tanısı konulmuş 110 hasta ile bakımlarında birinci derecede sorumluluk alan bakım vericileri oluşturdu.

Çalışmada hastalar bilgi formu, Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, modifiye Rankin Yetiyitimi Derecelendirmesi, Mini Mental Durum İncelemesi, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Euro-QOL 5-D Yaşam Kalitesi Ölçeği; bakım vericiler bilgi formu, Zarit Bakım Verici Yükü Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile değerlendirildi.

Grubumuzda bakım verici yükü ortalama değerinin $43,52 \pm 22,21$ olduğu, bakım verenlerin yarıdan fazlasının orta dereceden aşırı dereceye varan bakım yükü bildirdiği görüldü. Bakım verici yükü hasta ile ilgili olarak, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık, fiziksel yetiyitimi, mental disfonksiyon, depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesi; bakım verici ile ilgili olarak kadın cinsiyet, hastanın ebeveyni olmak, kronik hastalık, genel sağlık algısı, direkt bakım için harcanan süre, bakım verilen ortamın uygunluğu, yardım/eğitim gereksinimi, anksiyete, depresyon, sosyal destek ve yaşam kalitesi ile ilişkili bulundu. Regresyon analizi bakım vericinin anksiyetesi ve hastanın depresyonunun bakım yükünü artırdığını; sosyal destek, hastanın günlük yaşam işlevselliğinin yükü azalttığını ortaya koydu.

Anahtar Kelimeler: Bakım verici, inme, bakım verme, bakım verici yükü

ABSTRACT

Kocak, G. (2011). Caregiver Burden in Stroke Survivors, Istanbul University Institute of Health Sciences, Department of Medical Nursing. Master Thesis, Istanbul.

Stroke is a disease that affects patients as well as person who takes role in caring for patients. This study was conducted to measure impact of caregiving on burden of stroke caregivers and to have an understanding about determinants of burden. The study was carried out in stroke outpatient clinic of a mental and neurological hospital by use of face to face interview technique. The sample of the study consisted of 110 consecutive stroke patients and their primary caregivers who take responsibility in caring for the patient primarily.

The patients were assessed by an interview form, the Barthel Index, the modified Rankin Scale, Mini Mental State Examination, Hospital Anxiety and Depression Scale and Euro-QOL 5-D Quality of Life Questionnaire while caregivers were assessed by an interview form, Zarit Caregiver Burden Scale (ZCBS), SF-36 Quality of Life Questionnaire, Hospital Anxiety and Depression Scale and Multidimensional Scale of Perceived Social Support.

Average score of ZCBS was $43,52 \pm 22,21$ and more than half of the caregivers reported moderate to severe burden. Caregiver burden was found to be correlated with patients' factors such as dependency in daily life activities, physical disability, mental dysfunction, depression, anxiety and quality of life of and caregivers' factors such as female gender, being parent of the patient, having a chronic disease, general health perception, hours spent for direct care, setting of care, need of help/ education in care and also anxiety, depression, social support and quality of life. Regression analysis revealed predictors of burden as caregiver's anxiety and social support and patient's depression and functioning in daily life. Results of the present study may contribute to understand impact of caregiving on relatives of stroke survivors and be used in establishing a structured education program for caregivers.

Key words: Caregiver, stroke, caregiving, caregiver burden

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre inme vasküler nedenler dışında görünür bir neden olmaksızın fokal (veya global) serebral fonksiyon kaybına yol açan, 24 saat veya daha uzun sürebildiği gibi ölümle de sonuçlanabilen klinik bir durumdur (WHO 2006; Çoban ve ark. 2004).

İnme özellikle gelişmiş ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada akut hospitalizasyonların ve ciddi morbiditenin sık karşılaşılan nedenlerinden olup mortalitenin üçüncü nedenidir (Bejot ve ark. 2007). Ülkemizde de, 2001 yılı Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Çalışması'nın (Başara ve ark. 2006) raporuna göre %15 mortalite oranıyla ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada, yetiyitimi nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır.

Hastanın motor, duyu, konuşma, yutma, duygulanım, biliş, algılama vb işlevlerinde önemli sınırlılıklara yol açabilen inme, akut dönemde yoğun gözetim ve tedavi, sonraki dönemde uzun süreli medikal tedavi, yoğun hemşirelik bakımı ve rehabilitasyon gerektiren bir klinik tablodur (Durna ve ark. 2002, 2003). Bu hastaların yaklaşık %25'i birinci yılın sonunda majör motor handikap ile bağımlı yaşamak zorunda kalmaktadır (Hankey ve Warlow 1999). Çeşitli derecelerde bağımlı duruma gelen bu hastaların, akut dönemden başlayarak hastanın evde bakıldığı döneme dek bakım sürecinin her aşamasında bakım verici yakınlarının desteğine gereksinimi olmaktadır.

Ailede, sürekli bakım gereksinimi olan bireyin varlığı, özellikle hasta kişinin aile içindeki rolüne ve fonksiyonlarına bağılı olarak, önemli sorunlar yaratır. Bu durum, bireye bakım veren kişiye de fiziksel, sosyal, duygusal ya da ekonomik yönlerden ağır bir yük ve sorumluluk getirir. 'Bakım verici yükü' olarak ifade edilen bu durum bakım vericilerde depresyon, anksiyete, sosyal izolasyon ve tükenmişlik sendromu gibi psikolojik sorunlara ve fiziksel sağlıkta bozulmaya yol açabilmektedir (Silver ve ark. 2002; Buzlu 2006; Gülyüz 2006).

İnme mobilitayı bozarak bağımlılığa neden olan ve öz-bakım aktivitelerini sınırlandıran bir hastalık olduğundan, inmede bakım verici yükü fazladır. İnmeli hastaların bakım vericilerinde yapılan çalışmalarda, bu kişilerde yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği, depresyon sıklığının arttığı, ekonomik zorlukların ortaya çıktığı, aileden ve

toplumdan sosyal destek eksikliği (Nir ve ark. 2009; Rigby ve ark. 2009) ve sosyal ilişkilerde bozulma (Carod-Artal ve ark. 2009; White 2006) yaşandığı bildirilmektedir.

İnmede bakım vericinin yükünü etkileyen birçok faktör vardır. Bu faktörler hastaya veya bakım vericinin kendisine ilişkin olabilmektedir. Hastaya ilişkin özellikler genel sağlık durumu, fonksiyonel durum, sözel iletişim kurma durumu, depresif olma durumu, davranışsal sorunlar ve bellek sorunlarıdır (Clark ve ark. 2004; Carod-Artal ve ark. 2009; Vincent 2009; Haley ve ark. 2009; Jönsson ve ark. 2005). Bakım vericiye ilişkin özellikler de bakım verici yükünü etkileyebilmektedir; bu özellikler çeşitli çalışmalarda yaş, cinsiyet, çalışma durumu, eğitim, hastaya yakınlık derecesi, sağlık durumu (Jönsson ve ark. 2005), bakım vericinin bakım için harcadığı zaman ve efor, bakım vericinin ailesinden (Clark ve ark. 2004) ve toplumdan aldığı destek (Carod-Artal ve ark. 2009; Vincent 2009) olarak bildirilmiştir.

İnmeli hastalarda iyi yapılandırılmış bir bakım organizasyonun hasta sonuçlarını olumlu yönde etkilediği bilinmektedir (Krespi ve ark 2003; Kjellström ve ark. 2007). Hastanın semptomlarının başladığı andan sağlık kurumundan taburcu olup evde bakım hizmeti aldığı döneme dek olan tüm süreci kapsayan bakım organizasyonu, hastayı olduğu kadar hasta yakınına da kapsamalıdır. Hemşirenin bu süreç içindeki rolü tüm aşamalarda hasta ve bakım vericiyle iletişim içinde gereksinimleri saptamak, bakımı planlamak, tedavi ve bakım sürecinin dinamik bir şekilde işleyişini sağlamaktır (Gülyüz 2006).

Bu çalışmada inmeli hastaların informal bakım vericilerinin yükünü değerlendirmek ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnme Hakkında Genel Bilgi

2.1.1. Tanım

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre inme vasküler neden dışında görünürde başka bir neden olmadan hızlıca yerleşip beyinde fokal (veya global) işlev bozukluğuna yol açan, 24 saat veya daha uzun sürebilen ve ölümle sonuçlanabilen klinik bir durumdur (WHO 2006; Sacco 2008).

2.1.2. Epidemiyoloji

İnme tüm dünyada önemli bir toplum sağlığı sorunudur. Ölüme yol açan hastalıklar arasında üçüncü sırada (Bejot ve ark. 2007; Kutluk 2004), sakatlığa neden olan hastalıklar arasında da ilk sıralarda olduğu ve hastaların yarısından fazlasında günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığa yol açtığı bilinmektedir (Rothwell ve ark. 2004). Ülkemizde de, 2001 yılı Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Çalışması'nın raporuna göre %15.0 mortalite oranıyla ölüm nedenleri arasında kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada, sakatlığa yol açan hastalıklar arasında ilk sıralardadır (Akgün ve ark. 2007; Başara ve ark. 2006). Dünya Sağlık Örgütü bu eğilimin uzun süre devam edeceğini ve inmenin ölüme yol açan hastalıklar sıralamasındaki bu yerini en az 2030 yılına kadar koruyacağını öngörmektedir (Mathers ve Loncar 2006).

Avrupa'da, meta analize dayanan bir hesaplama göre, her 1 milyon kişiden 1800'ü yeni inme geçirmekte, 600'ü inme nüksü yaşamakta ve 500'ü geçici iskemik atak geçirmektedir, başka bir ifadeyle her 400 kişiden biri inme geçirmektedir (Hankey ve Warlow 1999). ABD'de bu rakam 300'dür (Rosamond ve ark. 2008).

İnmeye neden olan pek çok risk faktörü tanımlanmıştır. Bunlar arasında değiştirilemez olanları yaş, cinsiyet, ırk, genetik faktörler ve inme öyküsünün olmasıdır. İnme sıklığının yaş ile birlikte arttığı ve 55 yaş üstünde her 10 yılda bir iki kat arttığı bilinmektedir. İnme erkeklerde kadınlara göre, siyah ırkta beyazlara göre daha sık görülmektedir. Genetik özelliklerinde inme gelişmesinde risk faktörü olabileceği düşünülmektedir. (Rosamond ve ark. 2008). Değiştirilebilir /kontrol altına alınabilir risk faktörleri hipertansiyon, kardiyak hastalık, diyabet, hiperlipidemi, sigara, alkol, obezite,

oral kontraseptik ve atrial fibrilasyondur. Ayrıca hiperhomosisteinemi ve inflamasyon da inme ile ilişkilendirilmektedir (Sacco ve ark. 2008; Kutluk 2004).

2.1.3. Belirti ve Bulgular

İnmede nörolojik defisit etkilenen hemisfere, infarct alanının lokalizasyonuna ve boyutlarına bağlı olarak farklılık gösterir. Sağ hemisfer inmelerinde bedenin sol yarısında motor ve duyu azalması/ kaybı, sol görme alanında bozulma, bedeni/mekanı ihmal etme, davranışsal olarak tepkisellik ve agresyon görülebilir. Sol hemisfer inmelerinde ise bedenin sağ yarısında motor ve duyu azalması/kaybı, sağ görme alanında kayıp, konuşma bozukluğu görülebilir. Serebellar iskemi belirtileri ise baş hareketiyle artan vertigo, ataksi, dengesizlik, kusmadır. İnme tipine bağlı olmaksızın bulantı, kusma, baş ağrısı, nöbetler, bilinç kaybı bir çok hastada görülür (Adams 2007a).

2.1.4. Tanı / Hasta Değerlendirmesi

İnme tanısı koymada, uygun tedavi ve bakımın planlanmasında ve ayrıca hastanın nörolojik durum açısından takibinde nörolojik değerlendirme büyük önem taşır. Nörolojik değerlendirme anamnez ile başlar. Anamnez aynı zamanda hastanın mental durumunun çok önemli bir göstergesidir. Anamnez alırken inme belirtileri, belirtilerin ortaya çıkış zamanı, bunların ortaya çıkış şekli ve seyri inme değerlendirmesinde anahtar unsurlardır (Memiş ve ark. 2003).

İnmeden şüphelenilen hastada, infarktın etkilediği bölgeyi ve seyrini anlayabilmek için öncelikle mental durum (bilinç/uyanıklık, oryantasyon, bellek, üst düzey kortikal işlevler), oküler hareketler, motor ve duyu işlevler, serebellar işlevler, refleksler ve konuşma değerlendirilir. Nörolojik muayene, hastanın defisitlerini tanıma olanağı verir (Marshall 2008).

İnmenin ayırıcı tanısının yapılabilmesi için nörolojik muayeneye ilave olarak görüntüleme yöntemlerinden yararlanılır. İnme tipinin belirlenmesinde bilgisayarlı tomografi ve magnetik rezonans görüntülemeye başvurulur. Ayrıca hastalığın altında yatan etiyolojik faktörlerin ortaya çıkarılabilmesi için çeşitli laboratuvar çalışmaları yapılır (Marshall 2008).

2.1.5. Tedavi

İnme tedavisinde en önemli yaklaşım, bu hastaların inme için ayrılmış özel alanlarda tedavi edilmesidir. İnme ünitesi olarak adlandırılan bu birimlerde hasta tedavi ve bakımı, bu alanda uzmanlaşmış interdisipliner ekip tarafından sunulmaktadır. Ekip nörolog, hemşire, fizyoterapist, uğraş terapisti, dil ve konuşma terapisti ve psikologdan oluşmalıdır (Memiş ve ark. 2003).

İnme tedavisi koruyucu tedavi, akut dönemde spesifik tedavi, semptomatik tedavi ve rehabilitasyondan oluşmaktadır. Koruyucu tedavi ve bakımda amaç yeni bir inmenin önlenmesidir. Vasküler risk faktörlerinin yönetimi için kan basıncı, kolesterol ve glikoz düzeylerinin kontrol altında tutulması, sigaranın bırakılması, alkolün azaltılması, fiziksel aktivitenin artırılması ve sağlıklı beslenme önerilmektedir. Korunmada en önemli farmakolojik ajanlar antitrombotiklerdir (Sacco ve ark. 2006).

Akut dönemde spesifik tedavi olarak tromboliz uygulanmaktadır. Belirtiler ortaya çıktıktan itibaren üç saat içinde sağlık kurumuna ulaşp ayırıcı tanısı yapılabilen hastalar trombolitik ilaçlardan yararlanabilmektedir (Adams ve ark. 2007a).

Akut dönemde, akut tablonun yarattığı fizyolojik strese yanıt olarak vücudun verdiği tepkilere ve/veya altta yatan patolojilere bağlı olarak hiperglisemi, kan basıncı artışı, hipertermi vb. sistemik/metabolik sorunlar görülebilmektedir. Bu sorunlara uluslararası kılavuzlar doğrultusunda yaklaşımda bulunulmalıdır (Adams ve ark. 2007b).

Erken dönemden itibaren rehabilitasyon girişimleri başlatılmalı, hastanın gereksinimine göre fizyoterapi ve yutma /konuşma terapisi sağlanmalıdır (Özdemir ve Dalkara 2006).

2.1.6. Hemşirelik Bakımı

İnme tipine, lokalizasyonuna ve iskemik alanın boyutlarına bağlı olarak çok çeşitli klinik sorunlara yol açabilen bir hastalıktır. İnmeli hastalarda görülebilecek sorunlar, ana hatları ile nörolojik sorunlar, sistemik sorunlar ve hareketsizliğe bağlı sorunlar olmak üzere üç başlık altında incelenebilir (Tülek 2010).

Nörolojik sorunlar olarak bilinç/uyanıklık düzeyinde değişiklik, bilişsel sorunlar, duyuusal/algısal değişiklik, fiziksel harekette bozulma, sözel iletişimde bozulma, yutkunma güçlüğü/ aspirasyon riski, üriner/fekal boşaltımda değişiklik ve duygudurum değişikliği görülebilir (Tülek 2010).

Bilinç /uyanıklık düzeyinde değişiklik: Bilinç/uyanıklık kişinin kendisi ve çevresine ilişkin farkındalık durumudur. Beyin işlevselliğindeki değişikliği yansıtan en önemli gösterge olduğundan bilinç düzeyindeki değişiklikler sürekli izlenmelidir (Diamantopulos 1999; Memiş ve ark. 2003; Akdemir 2005).

Bilişsel sorunlar: İnme hastalarında biliş ile ilişkili olarak oryantasyon, dikkat, bellek, praksi ve yürütücü işlev sorunları görülebilir. Bu sorunlar hastanın tedaviye uyumunu, günlük yaşam aktivitelerine katılımını ve bağımsızlığını etkileyebilir. Oryantasyonu sağlamaya yönelik girişimlerde bulunulur (Diamantopulos 1999; Memiş ve ark. 2003; Akdemir 2005).

Duyuusal/ algısal değişiklik: İnme iskeminin olduğu hemisferin karşıt tarafındaki beden bölümünde duyu kaybına, görme alanında kayba, ihmal sendromuna ve algılama ile ilgili sorunlara yol açabilir. Etkilenen duyunun stimülasyonu sağlanmalı, gerektiğinde kompensasyon teknikleri öğretilmeli ve hasta travmalardan korunmalıdır (Hickey 1997; Memiş ve ark. 2003; Akdemir 2005).

Fiziksel harekette bozulma: İnmede hemiplejiye bağlı olarak hastanın fiziksel hareketi bozulabilir ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale gelebilir. Fizyoterapi, yardımcı araç kullanımı ve hareketsizliğe bağlı sorunların önlenmesi önemlidir (Hickey 1997; Diamantopulos 1999; Memiş ve ark. 2003; Akdemir 2005).

Sözel iletişimde bozulma: Afazi (konuşma bozukluğu) sol hemisfer iskemilerinde karşılaşılan bir sorun olup çok farklı şekillerde (konuşma ve/veya anlama bozukluğu, tekrarlamada, konuşma akıcılığında, nesne isimlendirmede bozulma) ortaya çıkabilir. Hemşire hastası ile iletişimi kolaylaştırıcı yollar bulmalı, gerekirse hasta konuşma terapistine yönlendirilmelidir (Hickey 1997; Memiş ve ark. 2003; Akdemir 2005).

Yutkunma güçlüğü/ Aspirasyon riski: Yutma refleksinde kayıp, orofarenjeal kaslarda zaaf nedeniyle hastada yutkunma güçlüğü ve buna bağlı olarak aspirasyon riski görülebilir. Tolere edebildiği kıvamlar belirlenerek beslenme uygun yolla

sürdürülmelidir. Beslenme sırasında aspirasyonu önleyici girişimlerde bulunulmalıdır. Gereğinde yutma terapistinden konsültasyon istenir (Hickey 1997; Memiş ve ark. 2003).

Üriner/ fekal boşaltımda değişiklik: İnmede, beyin ile sakrumda bulunan spinal refleks merkezler arasında uzanan nörofizyolojik yoldaki kesinti üriner ve fekal sorunlara yol açabilir. Hastada inkontinans, retansiyon ve konstipasyon görülebilir. Konstipasyonu önlemek /gidermek için sıvı alımı, lifli gıda alımı ve hareket artırılmalıdır. İnkontinans için mesane iritanlarından kaçınma, akşam yemeğinden sonra sıvı kısıtlaması ve mesane eğitimi (belirlenmiş saatte işeme) önerilebilir (Hickey 1997; Memiş ve ark. 2003; Akdemir 2005).

Duygudurum değişikliği: Özellikle sol hemisfer inmelerini takiben başta depresyon ve anksiyete olmak üzere duygudurum sorunları görülebilir. Tedavi edilmediği takdirde hastanın iyileşmesini olumsuz etkileyen bu sorunların çözümünde hasta/ailesine psikososyal destek sağlamak önemlidir, gerektiğinde psikiyatriden konsültasyon istenebilir (Hickey 1997; Diamantopulos 1999; Memiş ve ark. 2003; Akdemir 2005).

İnmeli hastalarda sistemik sorunlar ile sıklıkla karşılaşmaktadır. Sistemik sorunlar altta yatan patolojiye bağlı olabildiği gibi inmenin akut döneminde, beyinde ortaya çıkan iskemi ve ödeme fizyolojik bir yanıt olarak da görülebilmektedir. Bu sorunlar kanbasıncında değişiklik (hipertansiyon/ hipotansiyon), kan şekeri düzeyinde değişiklik (hiperglisemi/ hipoglisemi), vücut ısısında değişiklik (hipertermi/ hipotermi), sıvı elektrolit dengesizliği, kardiyak ritm bozukluğu, kardiyak iskemi, periferik doku perfüzyonunda değişiklik ve enfeksiyon riskidir (Tülek 2010).

Hareketsizliğe bağlı sorunlar ise, zaman içinde yatağa bağlı her hastada görülebilecek etkisiz havayolu temizliği, cilt bütünlüğünde bozulma, ağrı ve öz bakım eksikliğidir. Tüm bu sorunların önlenmesi, kontrol altına alınması ve giderilmesinde hemşirelik bakımının önemi büyüktür.

2.2. İnme ve Bakım Verici Yüğü

2.2.1. Bakım Verme ve Bakım Verici Yüğü

Bakım verme hastayı multidisipliner yaklaşımla değerlendirebilmek ve gereksinimleri doğrultusunda bakım sürecini koordine edebilmektir. Bakım verme hastanın gereksinim duyabileceğı her türlü emosyonel, fiziksel, sosyal ve maddi desteğın düzenlenmesini kapsamaktadır (Ho ve ark. 2009; Erdem 2004).

Bakım verici akut dönemden başlayarak evde bakıldığı döneme dek bakım sürecinin her aşamasında, bağımlı duruma gelen hastaları destekleyen ve fiziksel bakımını direkt sağlayan kişi olarak tanımlanmaktadır (Honea ve ark. 2008).

Bakım verici formal ya da informal olmak üzere genellikle iki şekilde ele alınmaktadır. Formal bakım vericiler resmi, özel kurumlar ve gönüllü kuruluşlarda bakım hizmetlerini sunan profesyonellerdir. İnformal bakım vericiler ise ücret almayan, evde bakım sağlayan aile üyeleri, yakın akraba, komşu ve arkadaşlardır (Erdem 2004).

Bakım vericinin yüğü kavramı, ilk kez 1963 yılında Grad ve Saisbury tarafından ortaya atılmıştır. Bakım verme sürecinde bakım veren kişilerde fiziksel ve duygusal olumsuz etkilerin meydana gelmesi “yüğü” kavramını ortaya çıkarmıştır. Literatürde “bakım verici yüğü”, hasta bireye bakım verme sonucunda bakım vericide ortaya çıkan bedensel ve emosyonel sağık sorunları, ekonomik sorunlar, sosyal sorunlar ve aile ilişkilerinin bozulması gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar şeklinde tanımlanmaktadır (McCorkle ve ark. 1996; Garcés ve ark. 2009; Hinojosa ve ark. 2009).

Bakım verici yüğü objektif ve subjektif olmak üzere iki başlıkta incelenebilir. Objektif yüğü somut, fiziksel işler ve bakımın ortaya çıkardığı güçlüklerdir. Bakım vericinin tüm işleri (yardım, kontrol, ödemeler vb.), deneyimleri (aile ya da sosyal ilişkilerin bozulması) ve yapamadığı aktivitelerini (hobiler, kariyer, meslek) kapsamaktadır. Objektif yüğü, bir bireyin diğeri bireyin gereksinimlerini karşılamak için harcadığı zaman ve enerji olarak da tanımlanmaktadır. Subjektif yüğü, kişinin objektif yüğüle uğraşırken algıladığı sıkıntılar olarak tanımlanmaktadır. Subjektif yüğü, bakım vericinin algıladığı yüğüdür. Subjektif yüğü, bakım vericinin, içinde bulunduğu durum nedeniyle duygularında ortaya çıkan değışiklikler, bu duruma karşı tutumu ve duygusal tepkilerinden etkilenir. Bu duygular genellikle keder, sıkıntı, utanma, suçluk duygusu, kaygı ve stres şeklinde olabilir (McCorkle ve ark. 1996; Garcés ve ark. 2009; Hinojosa ve ark. 2009).

2.2.2. İnmede Bakım Verici Yüğü

İnme hastasının taburculuk sonrası tedavi ve bakımının sürdürölmesinde hasta ve ailesi primer olarak rol alan kişilerdir. İnmede hastanın gereksinimlerini karşılamak, gerçekleştiremediğı sorumlulukları yerine getirmek, inmeli yakınının yeti kaybına tanıklık etmek ve bakım vermenin tam zamanlı bir eylem olması bakım verenlerin zorlanmalarına yol açmaktadır. Bakım verenler bakım verme nedeniyle yorgunluk, uykusuzluk, kilo kaybı, sağlık durumunda bozulma, korku, çaresizlik, umutsuzluk, güçsüzlük, öfke, suçluluk, kaygı, depresyon, tükenme, sosyal yaşamda ve günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlanma, aile içi ilişkilerde zorlanma, ekonomik güçlükler ve diğer aile üyelerine yeterince zaman ayıramama gibi sorunlar yaşamaktadırlar. Bakım verenin uzun süre inmeli bir hastaya bakmasına bağı olarak gelişen bu fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik sorunlar hem hastanın hem de bakım verenin yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (Wright ve ark.1999; White ve ark. 2003,2006; Chow ve ark. 2006; Ho ve ark. 2009; Greenwood ve ark. 2009a; Collins ve Swartz 2011; Mcpherson ve ark. 2011)

Huang ve arkadaşlarının yapmış olduğı çalışmada (2009), primer bakım vericilerin bakım verici yükünden daha fazla etkilendiğı, süreğen stresör faktörlere bağı somatik yakınmalar yaşadıkları görölmüştür. Bakım vericilerin çalışma yaşamlarının olumsuz etkilendiğı, sosyal izolasyon yaşadıkları, ruhsal açıdan kendilerini bitkin hissettikleri, pek çoğunun sosyal desteklerinin düşük olduğı ve ailenin diğer üyelerinden veya arkadaşlardan yardım istemediğı görölmüştür. Bu kişilerde depresif semptomların sık göröldüğü rapor edilmiştir.

Bakım vericilerin bir kısmı bakım vermede olumlu ve ödüllendirici yönler bulsa da (Bacon ve ark. 2009; Haley ve ark. 2009) sorumluluk çoğı ailenin kendini kötü ve tükenmiş hissetmelerine neden olmaktadır. literatürde bakım vericilerin en fazla sorun ve yükü, ilk hafta ve aylarda yaşadıklarını ve bu dönemde daha fazla anksiyetelerinin olduğunu ortaya koymuştur. Zaman içinde duruma uyum kazandıkları ve anksiyetenin yerini depresif semptomların aldığı bildirilmektedir.

2.2.3. İnmede Bakım Verici Yükünü Etkileyen Faktörler

İnme hastalığının rehabilitasyon aşamasında uzun vadede bakım vericileri yükünü bakım vericiye ait faktörler, hastaya ait faktörler ve içinde bulunulan durumdan kaynaklanan faktörler belirlemektedir.

Bakım vericiye ait faktörler bakım vericinin kadın olması, yaşının ilerlemiş olması, eğitim düzeyinin düşük olması, fiziksel veya emosyonel sağlık durumunun kötü olması, hasta ile iletişiminin iyi olmaması, hasta ile birlikte geçirdiği zaman ve bakıma harcadığı sürenin fazla olması, hastanın bakımı dışında sorumluluklarının olması, yardım edebilecek bir yakının olmaması ve sosyal desteğinin yetersiz olması gibi faktörlerdir. Bu faktörler bakım vericide psikolojik iyilik hali üzerinde olumsuz etkilere (depresyon, anksiyete ve alkol kullanımı) yol açmakta; uzun vadede bakım vericinin tükenmişlik sendromu yaşamasına, yük algısının artmasına neden olmaktadır (White ve ark. 2003; Clark ve ark. 2004; Carod-Altar ve Egido 2009; Ho ve ark. 2009; Huang ve ark. 2009; Klinedinst ve ark. 2009; Vincent ve ark. 2009).

Hastaya ilişkin faktörler hastanın erkek olması, yaşının ilerlemiş olması, genel sağlık durumunun kötü olması, yetiyitiminin ileri derecede olması, sözel iletişim güçlüğü olması, depresif olması, davranışsal sorunlarının ve bellek sorunlarının olmasıdır (Wright ve ark. 1999; White ve ark. 2003; Clark ve ark. 2004; Doyle ve ark. 2004; Ward ve ark. 2005; Carod-Altar ve Egido 2009; Huang ve ark. 2009; Ostwald 2009).

İçinde bulunulan durumu incelediğimizde koşullar, sosyoekonomik durum, sağlık kuruluşlarına mesafe ve ulaşım gibi faktörler belirtilmektedir. Bütün bu faktörlerin birbiriyle etkileşimi yükün derecesini olumsuz etkilemektedir (Larson ve ark. 2005; Park 2007; Greenwood ve ark. 2008b; Nelson ve ark. 2008; Carod-Altar ve Egido 2009).

2.2.4. Bakım Verici Yükünün Değerlendirilmesi

Bakım verme yükünün değerlendirilmesi bakım vericinin durumunu tanımlayabilmek için sistematik bir süreçtir. Bakım vericinin kendi sağlık ve iyilik durumunu koruyabilmesi için kültürel değerleri ve algısı çerçevesinde durumunun yorumlanması, bu bağlamda özel sorunlarının, gereksinimlerinin, kaynaklarının ve güçlü yönlerinin belirlenmesi önemlidir (Feinberg 2008; Montgomery ve Kwak 2008).

İnformal bakım vericilerin yükü ölçekler ile değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme araçlarının/ölçeklerin çoğu, kanserli hastalara bakım veren bireyler için oluşturulmuş ve diğer kronik hastalığı olan bireylerin bakım vericileri için kullanılmıştır (Higginson ve Gao 2008; Honea ve ark. 2008). Ölçekler, bakım yükünün objektif, subjektif ya da her iki yönden değerlendirilebilmesini sağlamaktadır. Objektif değerlendirme, bakım vericinin hasta için gerçekleştirdiği görevlerin/işlerin sayısı ya da sağlanan bakımın süresi gibi değişkenleri içermektedir (Honea ve ark. 2008). Ancak sadece objektif değerlendirme yapmak, bakım vermenin olumsuz sonuçları açısından risk altında olan bakım vericileri tanımlamada yetersiz kalmaktadır. Objektif olarak ölçülen bakım görevlerinin her bakım vericide aynı ölçüde sıkıntıya yol açmadığı, bu görevlerle ilişkili sıkıntıyı algılamada kişiler arası farklılıklar olduğu ve bu nedenle subjektif değerlendirmeye gereksinim olduğu belirtilmektedir (Schulz ve Beach 2000). Subjektif değerlendirme bakım vericinin emosyonel distres derecesini belirlemek için yapılmaktadır; bakım verenin emosyonel tepkilerini ve bu tepkilerin özellikle depresif semptomlar ile ilişkisini ölçer (Sherwood ve ark. 2005).

İnformal bakım vericilerin yükünü değerlendirmede kullanılan birçok ölçek vardır: Bakım Verme Yükü Ölçeği (Zarit Burden Interview), Caregiver Strain Index, Caregiver Reaction Assessment, Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeği (Memorial Symptom Assessment Scale), Caregiver Demands Scale, Appraisal of Caregiving Scale (Honea ve ark. 2008) bunlardan bazılarıdır. İnmede bakım verici yükünü değerlendirmede kullanılan ölçekler ile ilgili bir derlemede (Visser-Meily ve ark. 2004), yukarıdaki ölçeklere ilave olarak başka ölçekler de dahil olmak üzere inmede ölçek kullanıldığı bildirilmektedir. Bu ölçeklerden daha sık kullanılan ve güvenilirlik sonuçları iyi olanların (Zarit) Burden Interview/Index, Sense of Competence Questionnaire, Caregivers Burden Scale, Relatives Stress Scale, Caregiver Reaction Assessment'dır. Bu ölçeklerden Zarit Bakım Verme Ölçeği ve Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeği, Expressed Emotions Türkçe'ye uyarlanmıştır (Berkun 1991; Çetinkaya 2006; İnci 2006).

2.3. Bakım Vericilerin Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü

İnsan yaşamının devamlılığını sürdürebilmesi için temel gereksinimlerinin karşılanması gerekmektedir. İnmeli hastalar hastalık sürecinin günlük yaşam aktivitelerine getirdiği kısıtlılıklar, fiziksel, emosyonel, bilişsel işlevlerdeki

değişiklikler, ekonomik ve sosyal sınırlılıklar nedeniyle temel insan gereksinimlerini karşılamada sorunlarla karşı karşıyadırlar (Heart and Stroke Foundation of Ontario 2002).

İnmeli hastanın hastalığının her aşamasındaki gereksinimlerinin karşılanmasında, hasta/sağlıklı bireyin temel gereksinimlerini gerçekleştirme üzerine temellenen bir meslek olan hemşirelik öne çıkmaktadır.

Bağımlı bir yaşamı olan hastanın varolan sorunlarını saptama ve çözmede hemşirelerin sorumlulukları vardır. Hemşire bir yandan sorunları önlemek/gidermek üzere harekete geçerek hastanın fiziksel ve ruhsal gereksinimlerini karşılamalı, diğer yandan var olan sınırlılıkları içinde optimal düzeyde bağımsızlık için hastaya motivasyon ve beceri kazandırmalıdır (Burton ve Gibbon 2005). İnmede hemşirelik bakımı sadece hastanın değil, bakım vericisinin de gereksinimlerini karşılayacak şekilde olmalıdır. Bağımlı hale gelen hastanın bakımında sorumluluk üstlenen hasta yakınları fiziksel, emosyonel ve sosyal açıdan zorlanma yaşayabilmektedir. Bakım vericilerin inmenin getirdiği sorunlarla baş edebilmeleri, ev ortamında hastalık semptomlarını ve komplikasyonlarını etkin şekilde kontrol etmeyi başarabilmeleri için bazı özel bilgi ve becerileri kazanmaları gerekmektedir. Buna ulaşmanın en etkin yolu planlı ve sürekli bir hasta/aile eğitimidir (Doyle ve ark. 2004; Saban ve ark. 2010; Aktaş 2010, Smith ve ark. 2009). İnme sonrası hastaların bakım vericileri hastalığının akut, kronik ve uzun dönem bakımını kapsayacak şekilde hemşirelik bakımı ile sürekli desteklenmelidir (Hedberg ve ark. 2007; Aktaş 2010). Bakım vericilere verilen destek onların hastaların bakımını başarılı bir şekilde yönetmelerine de yardım edebilir (Allender ve Spradley 2001).

Bakım verici yükünü azaltmada hemşirenin rolü açısından literatür tarandığında az sayıda girişimsel çalışma göze çarpmaktadır. Bu çalışmalarda bakım verici yükü değerlendirildikten sonra hasta ve/veya bakım vericilerine çeşitli destekleyici girişimlerde bulunulmuş ve girişimin etkinliği değerlendirilmiştir. Hastaların bakım vericilerinin desteklenmesinde etkili olduğu rapor edilen girişimler psiko-eğitim, destekleyici girişimler, psikoterapi ve/veya bilişsel davranışsal teknikler, masaj, terapötik dokunma, gündüz bakım evi bakımı ve hastanın yeterliliğini geliştirmeye yönelik girişimlerdir (Honea 2008). İnmede bakım verici yükünün azaltılmasında tüm bu girişimlerin etkili olduğu, bunlar arasında kişiye özel danışmanlık programlarının en iyi sonucu verdiği gösterilmiştir (Visser-Meily ve ark. 2005).

Bakım gereksiniminin arttığı inme durumunda hemşire, rolünü gerçekleştirirken birey, aile ya da toplumu bütüncül değerlendirmelidir. Hasta bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığına yönelik yaklaşımlarda bulunmanın yanısıra hastanın iyilik halini olumlu ya da olumsuz etkileyebilecek olan bakım vericileri de ele almalıdır. Bakım vericinin sorunlarını belirlemek için veri toplamak, bakım planlarında hasta, bakım verici ve diğer aile üyelerini birlikte ele almak, bütün hemşirelik girişimlerinde hasta ve bakım vericinin güvenliğini ön planda tutmak, onlara streslerini azaltma ve güç kazanma yolları bulma konusunda yardım etmek hemşirenin profesyonel sorumluluklarındandır (Hedberg ve ark. 2007).

Hemşire bakım vericinin yaşadığı güçlükleri saptayarak gerekli noktalarda kişilere destek vermelidir. Bakım veren bireyle bakım yükünü saptamak üzere görüşme yaparken, alınan cevapların dürüst olması için hastanın olmadığı bir ortamda görüşme yapılması, bakım vericinin en çok kaygı duyduğu alanlar ile ilgili soruların yargılamadan, açık bir şekilde sorulması, bakım veren bireyin ek masraflar ya da iş kaybı nedeniyle oluşan önemli ekonomik sorunlar hakkında konuşmak istemeyebileceğinin farkında olunması gerekir. Bakım vericinin yükü, fiziksel ve emosyonel sınırlılıkları tanımlanmalıdır (Kasuya ve ark. 2000; Hafsteinsdóttir ve ark. 2010; Smith ve ark. 2009). Hemşire bakım vericinin hastalıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını gözlemeli, bakım verme rolü ve hasta bireyin sağlık durumu ile ilgili yaşayabileceği hayal kırıklıklarının farkında olmalı, bakım vericilerin yeteneklerine odaklanarak olumlu tutum geliştirmelerine yardım etmelidir (Arpacı ve Arlı 2001; Chow ve ark. 2006).

Bakım vericilerin kendi gereksinimlerini ve sağlıklarını ihmal edebilecekleri dikkate alınarak öz bakımın önemi üzerinde durulmalı, kişinin bir başkasına bakım verebilmesi, ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için öncelikle kendi ihtiyaçlarının karşılanmış olmasının gerekli olduğu vurgulanmalıdır. Bakım vericiler alkol ve reçete edilmemiş ilaç kullanımı, iştahta artma ya da azalma, uyku düzeninde değişiklik, kaygı ve depresyon gibi tükenmişlik belirtileri açısından izlenmeli ve kendini bu yönde izlemesi sağlanmalıdır. Bakım verenin destek gruplarına üye olması, ara verdiği hobilerine devam etmesi bakım verme güçlüğü ile baş etmesine yardım edebilir (Kasuya ve ark. 2000). Bakım verici rolü nedeni ile tükenmişlik yaşamamaları için tüm aile üyelerinin bakım yeteneklerinin artırılması gerekmektedir (Arpacı ve Arlı 2001; Chow ve ark. 2006). Aile ve arkadaşların sağladığı sosyal desteğin bilgi sağlama, dayanışma ve normallik duygusunu destekleme gibi pek çok işlevi bulunmaktadır. Bireylerin yakın

arkadaşlarından ve ailelerinden duygusal destek alması, kendilerine değer verildiğini hissettirerek bireyleri rahatlatmada çok önemlidir (Dileköz 2003).

Hemşirenin bakım vericinin gereksinim duyabileceği yardım ve rehberlik hizmetleri konusunda yapacağı danışmanlık, bakım vericinin yardım arama çabasını destekleyerek yararlı olabilir. Bireye yaşadığı duyguların normal olduğu konusunda geri bildirim verilmesi yararlı olmaktadır. Aynı zamanda hemşire bireye, yaşadığı sorunları çözülebilir basamaklara ayırma, kaynakları ve uygun seçenekleri belirleme konusunda rehberlik edebilir. Bakım vericinin sevdiği birine sağlayacağı bakımla ilgili bilgi ve deneyime ihtiyacı olabilir. Örneğin hastalık, ilaç kullanımı, tehlike belirtileri, uygun teknoloji kullanımı hakkında eğitim, bakım vericilerin yeterlilik ve memnuniyet duygularını artırmaktadır (Kasuya ve ark. 2000).

Tüm bu bilgiler doğrultusunda, bakım yükü ağır bir hastalık olan inmede bakım vericinin tükenmişlik yaşamasını önlemek için, bakım verici, inmeli hastanın tedavi ve bakımı konusunda eğitilmeli, eğitim ve psikososyal destek sürekli ve düzenli olarak sunulmalıdır (Kasuya ve ark. 2000; Smith ve ark. 2009; Hafsteinsdóttir ve ark. 2010).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada inmeli hastaların bakım vericilerinin yükünü değerlendirmek ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır. Bu kapsamda ele alınacak araştırma soruları şunlardır:

- İnmeli hastaların ve bakım vericilerinin sosyo-demografik özellikleri nedir?
- İnmeli hastalarda bakım verici yükü nedir?
- İnmeli hastalarda bakım verici yükünü etkileyen faktörler nelerdir?

3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma, inmeli hastaların bakım vericilerinin yükünü değerlendirmesi nedeniyle tanımlayıcı - kesitsel tipte planlandı.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma Mart 2010- Şubat 2011 tarihleri arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnme Poliklinikleri'nde yapıldı. Çalışmanın zaman çizelgesi aşağıdaki şekilde gerçekleştirildi:

Kasım 2009	İzin başvurusu
Mart 2010	Gerekli izinlerin alınması
Mart 2010- Şubat 2011	Verilerin toplanması
Şubat - Mart 2011	Verilerin analizi
Nisan - Haziran 2011	Tez yazımı

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, aşağıda yer alan olgu seçim kriterlerine göre İstanbul ilinde bulunan Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi İnme Poliklinikleri'nde izlenen hastalar oluşturdu.

- Çalışmanın amacı ve çalışmadan beklentiler hakkında bilgilendirme yapılmış ve çalışmaya katılmaya istekli olduklarına dair onam alınmış,
- En az bir aydır inme tanısı konulmuş hastalar ile
- Bu hastaların bakımında birinci derecede sorumluluk alan,
- Bakım verici fonksiyonunu ücretsiz olarak yerine getiren,

- İletişim kurmayı engelleyen herhangi bir sorunu olmayan (Türkçe bilen, soruları algılamasını etkileyecek düzeyde anlama problemi olmayan) aile üyeleri/hasta yakınları çalışmaya dahil edildi.

Araştırmada örneklem büyüklüğü ilgili kurumun İnme Poliklinikleri'nde izlenen yıllık hasta sayısı göz önünde bulundurularak hesaplandı. Araştırma kapsamında 124 inmeli hasta ve bakım veren bireye ulaşıldı; ancak 14 hasta ve yakını görüşmeye devam etmek istemediğinden veya hastanın durumu formları anlamaya elverişli olmadığından formları değerlendirmeye alınamadı. Rastgele örnekleme yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen tez çalışması toplam 110 hasta ile tamamlandı.

3.5. Araştırmanın Etik Yönleri

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla İstanbul 1 No'lu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'na başvuruldu ve 08/12/2009 tarihli D-022 karar numaralı etik kurul onayı alındı (Ek-13). Ardından araştırmanın yapılacağı kurumdan araştırma için yazılı izin alındı (Ek-14).

Araştırmaya katılan hasta ve birinci derece bakım vericilerine, çalışmanın amacı ile ilgili bilgi içeren yazılı onam formu okutuldu ve yazılı izinleri alındı.

3.6. Veri Toplama

Olgu seçim kriterlerine uyan ve İnme Polikliniği'ne takibe gelen inmeli hastalara ve yakınlarına, araştırmacı tarafından, yüz yüze görüşme yöntemi ile formlar uygulandı. Hastalara sosyo-demografik veriler için hasta bilgi formu, fonksiyonel durumu değerlendirmede fiziksel durum için Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Rankin Dizabilite (Yetiyitimi) Derecelendirmesi, mental durum için MMSE (Mini Mental State Examination)(Kısa Mental Durum İncelemesi), emosyonel durum için Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) ve yaşam kalitesini değerlendirmek için Euro-QOL 5-D Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Ölçeği uygulandı. Hasta yakınlarına bakım verici bilgi formu, SF-36 Sağlığa İlişkin Yaşam Kalitesi Ölçeği, Zarit Bakım Verici Yüğü Ölçeği (ZBYÖ), Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği uygulandı.

3.7. Veri Toplama Araçları

3.7.1. Hasta Bilgi Formu

İnmeli hastaların sosyo-demografik özelliklerini sorgulayan 14 sorudan oluşmaktadır. Bu sorular yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, eğitim durumu, mesleği, çalışma durumu, sosyal güvencesi, birlikte yaşadığı kişiler, gelir düzeyi vb. içermektedir.

3.7.2. Bakım Verici Bilgi Formu

İnmeli hastaların bakım vericilerinin sosyo-demografik özellikleri, yaşanılan ortama ilişkin özellikler ve hastanın bakımına ilişkin sorulardan oluşmaktadır.

3.7.3. Zarit Bakım Verici Yüğü Ölçeği (Zarit Caregiver Burden Scale -ZBYÖ)

İlk kez 1985 yılında Zarit ve arkadaşları tarafından geliştirilen Zarit Bakım Verici Yüğü Ölçeği bakımverici /hasta ilişkisi, bakımvericinin sağlık durumu, psikolojik rahatlığı, sosyal hayatı ve ekonomik yükünün derecesini belirlemek için yaygın olarak kullanılan bir değerlendirme skalasıdır. Ölçek bakım vericinin kendisinin yanıtladığı 22 sorudan oluşmaktadır. Her soru için olumludan olumsuz doğru 0-4 arasında puan verilen bu ölçekte bakım vericinin alabileceği maksimum puan 88'dir. Elde edilen puanlar (0-20) az/hiç yük olmaması, (21-40) hafif/orta derecede yük, (41-60) orta/ileri derecede yük ve (61-88) aşırı yük olması şeklinde derecelendirilerek değerlendirilmiştir (Yüksel ve ark 2007; İnci 2006).

Çalışmada bakım vericilerin yükünü değerlendirmek için kullandığımız Zarit Bakım Verici Yüğü Ölçeği'nin madde-toplam puan korelasyonları ve ölçek güvenirliği incelendiğinde (Tablo 3-1), örneklem grubumuzda maddelerin toplam puan ile iyi derecede korelasyon gösterdiği ve Cronbach alfa katsayısının oldukça yüksek olduğu anlaşıldı.

Tablo 3-1: Zarit Bakım Verici Yüğü Ölçeğı'nin Madde-Toplam Puan Korelasyonları

Madde no	r_s	p
1	0,716	0,000
2	0,819	0,000
3	0,820	0,000
4	0,599	0,000
5	0,807	0,000
6	0,819	0,000
7	0,643	0,000
8	0,604	0,000
9	0,787	0,000
10	0,817	0,000
11	0,838	0,000
12	0,859	0,000
13	0,761	0,000
14	0,673	0,000
15	0,683	0,000
16	0,605	0,000
17	0,834	0,000
18	0,506	0,000
19	0,699	0,000
20	0,685	0,000
21	0,630	0,000
22	0,750	0,000
Cronbach α		0,96

3.7.4. Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

1965 yılında Barthel ve Mahoney tarafından geliştirilmiştir. Tüm dünyada nörolojik özürlü bireylerin rehabilitasyon programlarının planlanması, değerlendirilmesi ve sonuçlarının izlenmesinde fonksiyonel durumu değerlendirmek için yaygın olarak kullanılır. Puanlama 0 ile 100 arasında değişmektedir. 0 puan tam bağımlılığı, 100 puan bağımsızlığı anlatır. Barthel İndeksini kullanan çalışmalarda sınır puan 60 olarak belirlenmiş olup 60'ın üzerindeki puanlar bağımsız olarak işlev yapabilmeyi açıklar (Shah 1994; US Department of Health and Human Services 1995).

3.7.5. Rankin Dizabilite (Yetiyitimi) Derecelendirmesi

Modifiye Rankin Skalası bağımlılığı saptamada ve fonksiyonel iyileşmeleri değerlendirmede kullanılan skalalardan biridir. Rankin skalası 6 kategoriye içerir. Bu kategoriler ortaya çıkan özür lülüğün günlük yaşamı ne derecede etkilediğini ve ne düzeyde yardım gerektirdiğini gösterir. Modifiye Rankin Skalasına göre 1 ve 2 puan alanlar bağımsız, 3 ve üzerinde puan alanlar bağımlı olarak yaşamı devam ettirmektedirler (Rundek ve Sacco 2004)

3.7.6. MMSE (Mini Mental State Examination)(Kısa Mental Durum İncelemesi)

Folstein ve arkadaşları tarafından, mental yetersizlikleri değerlendirmek amacıyla geliştirilen, klinik araştırma ve uygulamalarda oldukça sık kullanılan bir araçtır. Çok iyi yapılandırılmış geçerlik ve güvenilirliği sınanmış bir ölçektir. Ölçek beş temel zihinsel işlevi (yönelim, bellek, dikkat, hesap yapma ve dil) değerlendirmektedir. Ölçeğin maddeleri yönelim (oryantasyon), bellek ve dikkati araştırarak sorular ile objeleri isimlendirme, sözel ve yazılı emirleri yerine getirme, bir cümle yazma ve iç içe geçmiş çokgenleri kopyalama, geriye doğru sayma gibi görevler içerir. Bilişsel işlevleri değerlendiren diğer ölçeklerde olduğu gibi puanlar yaş ve eğitim düzeyinden etkilenir. Bu nedenle çalışmada örgün eğitim kurumuna gitmemiş hastalara, bu formun standart versiyonu yerine eğitimsizler için hazırlanmış versiyonu uygulanmıştır. Testten alınabilecek maksimum puan 30 olup, 23 puan ve altı zihinsel fonksiyonlardaki bozulmayı gösterir (Folstein ve ark. 1975).

3.7.7. Euro-QOL 5-D Sağlık Anketi

Sağlık yararlanımını ölçmek amacıyla Euro-QOL 5-D (EQ-5D) ölçeği uygulanmıştır. EQ-5D bir öz-bildirim ölçeğidir ve beş boyutu beş soruyla değerlendirmektedir. Bu beş boyut hareketlilik, öz-bakım, olağan günlük aktiviteler, ağrı/rahatsızlık hissi ve anksiyete/depresyondur. Ölçeğin her maddesi üçlü Likert tipi değerlendirilmiştir. Bu boyutların yanıt dağılımına bakıldığı gibi, sağlık yararlanım indeksi puanı da hesaplanabilmektedir (EQ-5D_{Skor}). 0-1 arasında puan alınan bu değerlendirmede 0 ölüm, 1 ise en iyi sağlık durumunu göstermektedir. Ayrıca ölçeğin içinde 0 ile 100 arasında yani “hayal edilebilecek en kötü sağlık durumu” ile “hayal edilebilecek en iyi sağlık durumu” biçiminde yanıtlanan bir görsel eşdeğerlilik skalası

(EQ-5D_{VAS}) bulunmaktadır. EQ-5D EuroQoL (European Quality of Life Instrument) çalışma grubu tarafından geliştirilmiştir (1990). Türkçe için geçerlilik ve güvenilirlik ile toplum norm değerlerinin belirlenmesi çalışmasını ise Eser ve ark. (2007) yapmışlardır. Türkçe form inmeli hasta grubunda da kullanılmış ve geçerlilik ve güvenilirliği onaylanmıştır (Aktaş 2010). Bu çalışmada EQ-5D skorunu hesaplamada ve yorumlamada York tarifi kullanılmıştır (EuroQol 1990; Kaya 2002; Eser ve ark. 2007).

3.7.8. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

1982 yılında Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve arkadaşları (1996) tarafından yapılarak Türk toplumuna uyarlanmıştır. Ölçek anksiyete ve depresyonun bilişsel, duygusal belirtilerini ele almaktadır. HADÖ 14 maddelik öz-değerlendirme ölçeği olup ölçeğin 7 maddesi (2,4,6,8,10,12,14) depresyonu, 7 maddesi anksiyeteyi (1,3,5,7,9,11,13) değerlendiren 2 alt boyutu bulunmaktadır. Yanıtlar üçlü likert biçiminde değerlendirilmektedir ve 0-3 arasında puanlandırılmaktadır. Yüksek puan anksiyete ve depresyonu göstermektedir. Kesim puanı anksiyete için 10, depresyon için 7 olarak belirlenmiştir (Aydemir ve ark. 1997).

3.7.9. SF-36 (Medical Outcome Study, MOS) Yaşam Kalitesi Ölçeği

SF-36 Ware ve Sherbourne (1992) tarafından geliştirilmiş ve Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması ise Koçyiğit ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır. SF-36 bir öz-bildirim ölçeğidir ve fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik, rol güçlükleri (fiziksel ve emosyonel), ruhsal sağlık, canlılık (vitalite), ağrı ve sağlığın genel olarak algılanması gibi sağlığın 8 boyutunu 36 madde ile incelemektedir. Ölçek 0 ila 100 arasında değerlendirme sağlamaktadır ve daha yüksek puan daha iyi sağlık düzeyini göstermektedir. SF-36'nın Türk toplumu için toplum norm değerleri Demiral ve ark. (2006) tarafından belirlenmiştir (Ware ve Sherbourne 1992; Koçyiğit ve ark. 1999; Demiral ve ark. 2006).

3.7.10. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği:

Zimet, Dahlem ve ark. (1988) literatürde bildirilen sosyal destek ölçeklerinin eksikliklerinden yola çıkarak “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini”

(Multidimensional Scale of Perceived Social Support) geliştirmişlerdir. Türkçe geçerliği ve güvenirliliği yapılmıştır (Eker ve Arkar 1995). Çevirisinde Türkçe formunun puan değişmezliğinin, iç tutarlılığı ve yapı geçerliliğinin tatmin edici olduğu ve de orijinaline benzer bir faktör yapısı gösterdiği belirtilmiştir. 12 maddelik bu kısa ölçek “aile”, “arkadaş” ve “diğer önemli kişi” ya da “özel bir kişi” gibi üç kaynaktan kaynaklanan desteğin yeterliliğini değerlendirmek üzere geliştirilmiştir. Her biri 4’er maddeyi içeren üç alt ölçekten oluşan (3,4,8,11 aile, 6,7,9,12 arkadaşlar ve 1,2,5,10 özel bir insan) ÇBASD ölçeği 1 den 7’ye kadar puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin kesme noktası olmayıp yüksek puan sosyal desteğin yüksek olduğunu gösterir.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın tek bir merkezde gerçekleştirilmiş olması sonuçların genellenebilmesini sınırlamaktadır.
- Çalışmanın süre sınırı olduğundan, hasta ve bakım vericilerin bir kez değerlendirilmesi nedeniyle, yük kavramının hastalığın çeşitli aşamalarında gösterdiği farklılıkları izleme fırsatı olamamıştır.

3.9. İstatistik Değerlendirme Yöntemleri

Tez çalışmasında tanımlayıcı özellikler için sayı, yüzdeler, ortalama ve medyan; inmeli hastalarda bakım vericinin yükünü etkileyen faktörlerin incelenmesinde verilerin normal dağılım göstermemesinden dolayı non-parametrik testler kullanıldı; iki grup ortalamasını karşılaştırmada Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla grubun ortalamasını karşılaştırmada ise Kruskal-Wallis testi kullanıldı. İki değerken arasındaki ilişki ise Spearman korelasyon katsayısı ile analiz edildi. İstatistiksel olarak anlamlı bulunan değerkenler Linear Regresyon analizi ile değerlendirildi. Anlamlılık seviyesi olarak 0,05 kullanıldı. Tüm analizler bilgisayarda, Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 11.0 paket programı kullanılarak yapıldı.

4. BULGULAR

İnmeli hastaların bakım vericilerinin yükünü değerlendirmek ve bunu etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada bulgular üç ana başlık altında sunulmuştur:

1. Bakım verici bireylere ilişkin özellikler
 - a. Sosyo-demografik özellikler
 - b. Bakım verme deneyimine ilişkin özellikler
 - c. Fonksiyonel durum
 - d. Yaşam kalitesi
 - e. Bakım verici yükü
2. Hasta bireylere ilişkin özellikler
 - a. Sosyo-demografik özellikler
 - b. Hastalığa ilişkin özellikler
 - c. Fonksiyonel durum
 - d. Yaşam kalitesi
3. Bakım verici yükünü etkileyen faktörler
 - a. Bakım vericiye ait faktörler
 - b. Hastaya ait faktörler

4.1. Bakım Verici Bireylere İlişkin Özellikler

4.1.1. Bakım Vericilere İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler

Tablo 4-1: Bakım vericilerin sosyo-demografik özellikleri

	n	%
Yaş (X±SD)(min-max)	50,10±13,24	23-80
Cinsiyet		
Kadın	83	75,5
Erkek	27	24,5
Medeni durum		
Evli	94	85,4
Bekar	12	10,9
Dul	4	3,7
Çocuk varlığı		
Yok	14	12,7
Var	96	87,3
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	6	5,4
Okur yazar	30	27,3
İlkokul	41	37,3
Ortaokul	13	11,8
Lise	11	10,0
Üniversite	9	8,2
Mesleği		
Memur	5	4,7
İşçi	12	12,1
Serbest meslek	3	2,8
Emekli	24	21,5
Ev hanımı	65	58,9
Çalışma Durumu		
Tam gün	17	85
Yarım gün/esnek	3	15
Sosyal Güvencesi		
Yok	30	27,8
Var	78	72,2
Gelir düzeyi		
Giderini karşılıyor-İyi geçiniyor	4	3,7
Giderini karşılıyor-İdare ediyor	89	83,2
Giderini karşılamıyor-Zor geçiniyor	14	13,1
Birlikte yaşadığı kişiler*		
Eş	92	86,0
Çocuk	71	66,4
Anne-baba	33	30,8
Bakmakla yükümlü olduğu kişi(ler)*		
Yok	67	62,0
Var	41	38,0
Çocuk	27	67,5
Eş	14	35,0
Anne/baba	8	20,0
Akraba	6	15,0
Diğer	3	7,5
Hasta ile yakınlık derecesi		
Eşi	50	46,3
Çocuğu	41	38,0
Anne-baba	5	4,6
Akraba	12	11,1

* Birden fazla seçenek işaretlendi.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin yaş ortalamasının 50,1 olduğu, %75,5'inin kadın olduğu, %85,4'ünün evli olduğu, %87,3'ünün çocuk sahibi olduğu, %70'inin eğitim düzeyinin ilkokul veya altında olduğu, %58,9'unun ev hanımı olduğu, çalışan 20 kişiden 17'sinin tam gün çalıştığı, örneklemin %72,2'sinin sosyal güvencesinin olduğu, %83,2'sinin gelir düzeyinin idare eder olduğu, %86'sının eşi, %66,4'ünün çocuğu ile birlikte yaşadığı, %38'inin inmeli hasta dışında bakmakla yükümlü oldukları kişi/kişiler olduğu, %46,3'ünün hastanın eşi ve %38'inin çocuğu olduğu görüldü (Tablo 4.1).

Tablo 4-2: Bakım vericinin sağlık durumuna ilişkin özellikler

	n	%
Herhangi bir kronik hastalık varlığı		
Yok	44	41,1
Var	63	58,9
Genel sağlık algısı (X±SD)(min-max)	5,78±2,35	0-10

Bakım vericinin sağlık durumuna ilişkin özellikler incelendiğinde %58,9'unun (n=63) herhangi bir kronik hastalığının olduğu ve 0-10'luk skala ile değerlendirilen genel sağlık algısı ortalamasının 5,78±2,35 olduğu görüldü (Tablo 4.2).

4.1.2. Bakım Vericilerin Bakım Verme Deneyimine İlişkin Özellikler

Bakım veren bireye bakım verme ile ilgili sorular sorulduğunda, bakım vericilerin neredeyse yarısının inmeli hastaya 3 yıldan uzun süredir bakım verdiği, hasta ile bir günde geçirilen ortalama sürenin 19,70 saat, bu süreden direkt bakım için harcanan ortalama sürenin 5,03 saat olarak beyan edildiği, bakım vericilerin %88,9'unun (n=96) inmeli hasta ile aynı evde yaşadığı, %66,7'sinin (n=72) apartmanda yaşadığı, %90,7'sinin (n=98) apartmanında asansör olmadığı, %32,4'ünün (n=73) evinde hastaya ait oda olmadığı ve hastaların %36,8'inin (n=39) evde bakılmasının bakım vericinin yaşam alanını sınırladığı görüldü. Bakım veren bireylerin %54,2'sinin (n=58) bakım konusunda yardım almadığı, yardım alanların neredeyse tümünün bir yakınından haftada en az bir gün destek aldığı, %89,8'inin (n=44) aldığı destekten memnun olduğu, %61,5'inin (n=59) hastayı işi olduğunda bırakabileceği gündüz bakım evlerinin olmasını istediği, %96,3'ünün (n=103) devletten maddi destek almadığı saptandı. Bakım vericilere daha önce bakım konusunda deneyim yaşayıp yaşamadıkları sorulduğunda, %41,7'sinin (n=45) daha önce başka bir hastanın bakımı konusunda deneyim yaşadığı, %77,7'sinin (n=35) önceki bakım deneyiminin bir yıldan fazla olduğu saptandı (Tablo 4-3).

Gündüz bakım evi konusundaki görüş sorulduğunda bakım vericilerin %61,5'i olumlu yönde görüş belirtti (Tablo 4.3); “Hastama kendim bakmak isterim”, “Hastam istemez” diyenler olduğu gibi “Çalışanlar gülyüzlü ise isterim”, “Transfer aracı var ise isterim”, “Ağır hastalar için iyi olur”, “Hastamın sosyalleşmesi açısından iyi olur”, “Hastamın hareketi açısından iyi olur” şeklinde görüş bildirenler de oldu.

Bakım verici bireylerin hasta bakımındaki eğitim gereksinimlerine bakıldığında %54,8'inin (n=57) hastaya bakım vermede kendini kısmen yeterli hissettiği, %91,7'sinin (n=99) hasta bireyin bakımı konusunda eğitim almadığı, % 51,9'unun (n=54) hasta bireyin bakımı konusunda eğitime gereksinim duymadığı saptandı (Tablo 4.4).

Tablo 4-3: Bakım verme deneyimine ilişkin özellikler

	n	%
Bakım süresi		
Hastaya bakım verme süresi		
0 -12 ay	30	28,0
13 - 24 ay	17	15,9
25 - 36 ay	8	7,5
37 ve üzeri	52	48,6
Hasta ile geçirilen ortalama süre (sa/gün, X ±SD) (min-max)	19,70±7,34	1-24
Direkt bakım için harcanan süre (sa/gün, X ±SD) (min-max)	5,03±4,41	0-20
Bakım verilen ortam		
İnmeli hasta ile aynı evde mi yaşıyor?		
Evet	96	88,9
Hayır	12	11,1
Hastanın yaşadığı evin tipi		
Apartman	72	66,7
Müstakil ev	36	33,3
Ev kaçınca katta? (sa/gün, X ±SD) (min-max)	2,48±2,03	1-14
Asansör var mı?		
Var	10	9,3
Yok	98	90,7
Evde hastaya ait oda var mı?		
Evet	73	67,6
Hayır	35	32,4
Hastanın evde bakılması, yaşam alanını sınırlıyor mu?		
Evet	39	36,8
Hayır	67	63,2
Bakım konusunda destek/ yardım		
Bakım konusunda yardım aldığı kişi(ler)		
Var	49	45,8
Yok	58	54,2
Cevabı evet ise kimden destek alıyor?		
Bir yakını	45	92,0
Profesyonel	4	8,0
Destek alma sıklığı		
Her gün	20	40,8
Haftada bir veya birkaç gün	24	49,0
İki haftada bir / ayda bir	5	10,2
Aldığı destekten memnun mu?		
Evet	44	89,8
Hayır	5	10,2
Hastaya bakma konusunda yardıma gereksinimi var mı?		
Evet	62	60,8
Hayır	40	39,2
Hastayı bırakabileceği gündüz bakımevleri olmasını ister mi?		
Evet	59	61,5
Hayır	37	38,5
Devletten bakım için maddi destek alıyor mu?		
Evet	4	3,7
Hayır	103	96,3

Tablo 4-4: Bakım vericinin hasta bakımı konusunda eğitim gereksinimi

	n	%
Hastaya bakım vermede kendini nasıl hissediyor?		
Yeterli	39	37,5
Kısmen yeterli	57	54,8
Yetersiz	8	7,7
Hastanın bakımı konusunda eğitim aldı mı?		
Evet	9	8,3
Hayır	99	91,7
Kimden eğitim/ bilgi aldı?*		
Hemşire	4	44,4
Hekim	4	44,4
Başka bir hasta	2	22,2
Kitap/internet	3	33,3
Eğitime gereksinimi var mı?		
Evet	50	48,1
Hayır	54	51,9

* Birden fazla seçenek işaretlendi.

Bakım vericilere, inmeli hastaya bakma nedeni sorulduğunda, çok büyük çoğunluğu ailevi sorumluluktan dolayı (n=101, %93,5) ve sevdikleri için (n=103, %95,4) baktıklarını belirtti. Diğer nedenler olarak bakacak başka kimsenin olmaması (n=21, %19,4), evde bakım hizmetlerinin yetersizliği (n=6, %5,6) ve hastanın eve ekonomik katkısı (n=5, %4,6) belirtildi. Bakım vericilere, inmeli hastaya bakım verme ile ilgili olarak en çok hangi konuda sıkıntı yaşadığı ve bakım vermenin olumlu yönleri açık uçlu olarak soruldu. Bakım verenler, sıkıntı yaşadıkları konular olarak hastanın kendi başına hareket edemediği için indirip-kaldırılması (n=14), hastanın hijyenik bakımı (n=14), hastanın davranışsal sorunları (n=5), maddi sıkıntı (n=4), ailevi sorunlar (n=2), destek olacak kimsenin olmaması (n=2), hastanın konuşamaması (n=1) olduğu görüldü. Hastaya bakmanın olumlu yönleri olarak bakımın verdiği manevi tatmin duygusu (huzur, vicdani rahatlık, görev, Allah rızası, dua alma, faydalı olma, kendi başına gelme korkusu) (n=15), mutluluk duygusu (aşığım, annemi/eşimi çok seviyorum) (n=3) ve ekonomik katkısının olması (n=1) belirtildi.

Çalışma kapsamına alınan hasta yakınlarına “inme hastalığı”, “hastam”, “bakım vermek”, “ailem”, “kendim” ifadelerinin kendilerine neler çağrıştırdığı soruldu. Bu soruya gelen yanıtlar aşağıda yer almaktadır. “Inme hastalığı” için felç (n=10), çaresizlik (n=2), moral bozukluğu (n=1), çok zor (n=1), yalnızlık (n=1), yarım adam olmak (n=1) kelimeleri ifade edildi. “Hastam” kelimesine ilk verdikleri cevap ailem (n=9), daha sonra sorumluluk (n=1), sıkıntı (n=1), sabır (n=1), yaşlılık (n=1), yardıma

muhtaç insan (n=1) şeklinde idi. “Bakım vermek” kelimesinin ilk olarak çağrıştırdığı zor (n=2), yardım etmek (n=2), daha sonra emek vermek (n=1), sıkıntı (n=1), görev (n=1), bıkkınlık (n=1), ıstırap (n=1), sabır (n=1), sevmek (n=1) şeklinde idi. “Ailem” kelimesinin çağrışımı çocuklarım ve eşim (n=4), destek (n=1), beraberlik (n=1), yalnızlık (n=1) şeklinde ifade edildi. “Kendim” kelimesinin çağrıştırdıkları çaresiz (n=1), hiçbir şey (n=1), yorgun, bezmiş, kimsesiz (n=1), yalnız (n=1), hizmetçi (n=1), mutsuz (n=1), kişiliğim (n=1) şeklinde ifade edildi.

4.1.3. Bakım Vericilerin Fonksiyonel Durumu

Bakım veren bireylerin ruhsal ve sosyal fonksiyonel durumları incelendiğinde %51,9’unun (n=56) anksiyeteli ve %80,6’sının (n=87) depresif olduğu saptandı. Bakım vericilerin sosyal destek ortalama puanının $49,52 \pm 22,72$ olduğu, en fazla sosyal desteğin aileden geldiği ($18,85 \pm 8,79$) ve onu özel bir insanın ($17,41 \pm 9,04$) izlediği görüldü (Tablo 4.5).

Tablo 4-5: Bakım vericilerin fonksiyonel durumu

	X $\pm$ SD	Min-Max
HADÖ: Anksiyete	$11,43 \pm 5,36$	1-21
Anksiyete yok (0-10 p) (n, %)	52	48,1
Anksiyete var (>10 p) (n, %)	56	51,9
HADÖ: Depresyon	$12,12 \pm 4,74$	4-21
Depresyon yok (0-7 p) (n, %)	21	19,4
Depresyon var (>7 p) (n, %)	87	80,6
SDÖ: Aile	$18,85 \pm 8,79$	4-28
SDÖ: Arkadaş	$13,25 \pm 9,00$	4-28
SDÖ: Özel insan	$17,41 \pm 9,04$	4-28
SDÖ: Total	$49,52 \pm 22,72$	12-84

4.1.4. Bakım Vericilerin Yaşam Kalitesi

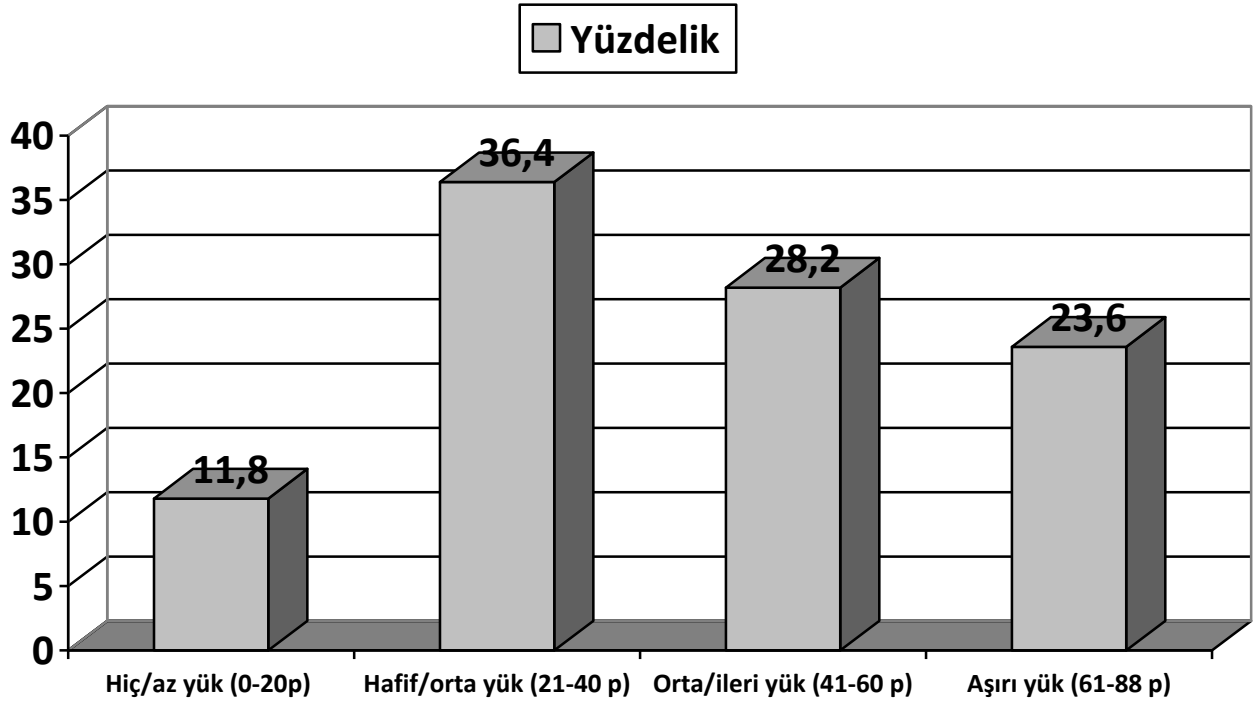
Bakım veren bireylerin yaşam kalitesi incelendiğinde, alt boyut puan ortalamalarının fiziksel fonksiyon için $50,94 \pm 35,67$, sosyal fonksiyon için $50,52 \pm 26,34$, fiziksel rol için $18,39 \pm 37,04$, emosyonel rol fonksiyonu için $19,49 \pm 37,89$, mental sağlık için $47,50 \pm 20,83$, yaşamsallık için $39,48 \pm 21,50$, ağrı için $50,70 \pm 21,20$ ve genel sağlık algısı için $37,38 \pm 24,25$ olduğu saptandı (Tablo 4.6).

Tablo 4-6: Bakım vericilerin yaşam kalitesi

SF-36 Alt Boyutları	X±SD	Medyan	Min-Max
Fiziksel fonksiyon	50,94±35,67	50	0,00-100,00
Sosyal fonksiyon	50,52±26,34	50	0,00-100,00
Fiziksel rol	18,39±37,04	0	0,00-100,00
Emosyonel rol fonksiyonu	19,49±37,89	0	0,00-100,00
Mental sağlık	47,50±20,83	52	0,00-100,00
Yaşamsallık	39,48±21,50	45	0,00-100,00
Ağrı	50,70±21,20	51	0,00-90,00
Genel sağlık algısı	37,38±24,25	35	0,00-95,00

4.1.5. Bakım Verici Yüğü

Bakım veren bireylerin yüğü incelendiğinde yükün ortalama değerinin 43,52 ±22,21 (range: 0-88) olduğu görüldü. Bakım verenlerin yarısından fazlası (%51.8) orta dereceden aşırı dereceye varan bakım yüğü bildirdi (Şekil 4-1).



4.2. Hasta Bireylere İlişkin Özellikler

4.2.1. Hastalara İlişkin Sosyo-Demografik Özellikler

İnmeli hastaların yaş ortalamasının $65,52 \pm 12,22$, %56,4'ünün (n=62) kadın, %70'inin (n=77) evli, %97,3'ünün (n=107) çocuk sahibi olduğu, hastaların %34,5'inin (n=38) okur yazar olmadığı, %52,3'ünün (n=57) ev hanımı, %38,5'inin (n=42) emekli olduğu, %81,8'inin (n=90) sosyal güvencesinin olduğu, %82,7'sinin (n=91) gelirinin giderini idare eder düzeyde karşıladığı saptandı (Tablo 4.8).

Tablo 4-8: Hastaların sosyo-demografik özellikleri

	n	%
Yaş (X $\pm$ SD)(min-max)	65,52 $\pm$ 12,22	33-91
Cinsiyet		
Kadın	62	56,4
Erkek	48	43,6
Medeni durum		
Evli	77	70,0
Boşanmış	1	0,9
Dul	32	29,1
Çocuk varlığı		
Var	107	97,3
Yok	3	2,7
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	38	34,5
Okur yazar	35	31,8
İlkokul	17	15,5
Ortaokul	9	8,2
Lise	7	6,4
Üniversite	4	3,6
Mesleği		
Memur	1	0,9
İşçi	3	2,8
Serbest meslek	6	5,5
Emekli	42	38,5
Ev hanımı	57	52,3
Çalışma Durumu		
Tam gün	2	25
Yarım gün/esnek	6	75
Sosyal Güvencesi		
Var	90	81,8
Yok	20	18,2
Gelir düzeyi		
Giderini karşılıyor- İyi geçiniyor	1	0,9
Giderini karşılıyor- İdare ediyor	91	82,7
Giderini karşılamıyor- Zor geçiniyor	18	16,4

4.2.2. Hastalığa İlişkin Özellikler

Hastalık sürecine ilişkin özellikler incelendiğinde hastaların %91,4'ünün (n=96) inme tipinin iskemik olduğu, %57,3'ünün (n=59) sol hemisferinin etkilendiği, %84,3'ünde (n=91) hipertansiyon, %46,3'ünde (n=50) diyabet ve hiperkolesterolemi olduğu, çoğunun antitrombotik ve antihipertansif ilaç kullandığı, %72,7'sinin (n=80) taburculuk sonrası kendi evinde yaşadığı görüldü. Verilen bakımdan hastanın memnuniyetinin $6,82 \pm 1,94$ puan, bakım vericiye göre hastanın memnuniyetinin $7,00 \pm 1,81$ puan olduğu saptandı (Tablo 4.9).

Tablo 4-9: Hastalığa ilişkin özellikler

	n	%
İnme süresi (ay) (X $\pm$ SD)(min-max)	37,24 $\pm$ 47,67	2-360
SVH türü		
Serebral hemoraji	9	8,6
Serebral infarkt	96	91,4
Etkilenen bölge		
Sağ hemisfer	37	35,9
Sol hemisfer	59	57,3
Beyin sapı	6	5,8
Serebellum	1	1
İkinci bir inme geçirme	40	36,4
Risk faktörleri*		
Hipertansiyon	91	84,3
Diyabet	50	46,3
Hiperkolesterolemi	50	46,3
Sigara	13	12,0
Aile anamnezi	16	14,8
Halen kullanmakta olduğu ilaçlar*		
Antitrombotik	102	95,3
Antihipertansif	82	75,2
Kardiyak	47	43,1
Antihiperlipidemik	29	26,9
Oral antidiyabetik	23	21,1
İnsülin	15	13,8
Taburculuk sonrası yaşadığı yer		
Ev	110	100
Kendi evi	80	72,7
Çocuğunun evi	30	27,3
Rehabilitasyon merkezi	-	-
Kronik bakım hastanesi	-	-
Verilen bakımdan hastanın memnuniyeti (X $\pm$ SD)(min-max)	6,82 $\pm$ 1,94	2-10
Bakım vericiye göre hastanın memnuniyeti (X $\pm$ SD)(min-max)	7,00 $\pm$ 1,81	2-10

* Birden fazla seçenek

4.2.3. Hastaların Fonksiyonel Durumu

Hastaların fonksiyonel durumlarına bakıldığında Rankin ortalamasının $3,02 \pm 1,48$ olduğu, hastaların %63,2'sinde orta derecede ve üzerinde yetiyitimi olduğu, Barthel GYA İndeksi puan ortalamasının $54,33 \pm 39,83$, MMSE ortalamasının $17,97 \pm 9,84$, HADÖ anksiyete skoru ortalamasının $11,10 \pm 5,68$, depresyon skorunun ortalamasının $12,34 \pm 4,87$ olduğu saptandı (Tablo 4.10).

Tablo 4-10: Hastaların fonksiyonel durumu

	n	%
Rankin skoru (X $\pm$ SD)(min-max)	3,02 $\pm$ 1,48	0-5
Hiç semptom yok	6	5,7
Semptom var-önemli yetiyitimi yok	14	13,2
Hafif yetiyitimi mevcut	19	17,9
Orta derecede yetiyitimi	17	16
Orta-ağır derecede yetiyitimi	32	30,2
Ağır derecede yetiyitimi	18	17
Barthel skoru (X $\pm$ SD)(min-max)	54,33 $\pm$ 39,83	0-100
MMSE skoru (X $\pm$ SD)(min-max)	17,97 $\pm$ 9,84	0-30
Normal (24-30 p)	34	33,7
Hafif disfonksiyon (<24 p)	67	66,3
HADÖ: Anksiyete skoru (X $\pm$ SD)(min-max)	11,10 $\pm$ 5,68	0-21
Anksiyete yok (0-10 p)	48	48,5
Anksiyete var (>10 p)	51	51,5
HADÖ: Depresyon skoru (X $\pm$ SD)(min-max)	12,34 $\pm$ 4,87	0-21
Depresyon yok (0-7 p)	13	13,1
Depresyon var (>7 p)	86	86,9

Hastaların fiziksel fonksiyon durumu incelendiğinde hastaların çoğunun banyo yapma ve kendine bakımda, yaklaşık yarısının merdiven inip çıkma ve düz yüzeyde yürümede, büyük çoğunluğunun ev işleri, günlük alışveriş, ailevi sorumluluklar, tedavi, hastane işleri ve mali işlerde bağımlı olduğu veya maksimum yardıma gereksinim duyduğu saptandı (Tablo 4.11).

Tablo 4-11: Hastaların fiziksel fonksiyonel durumu

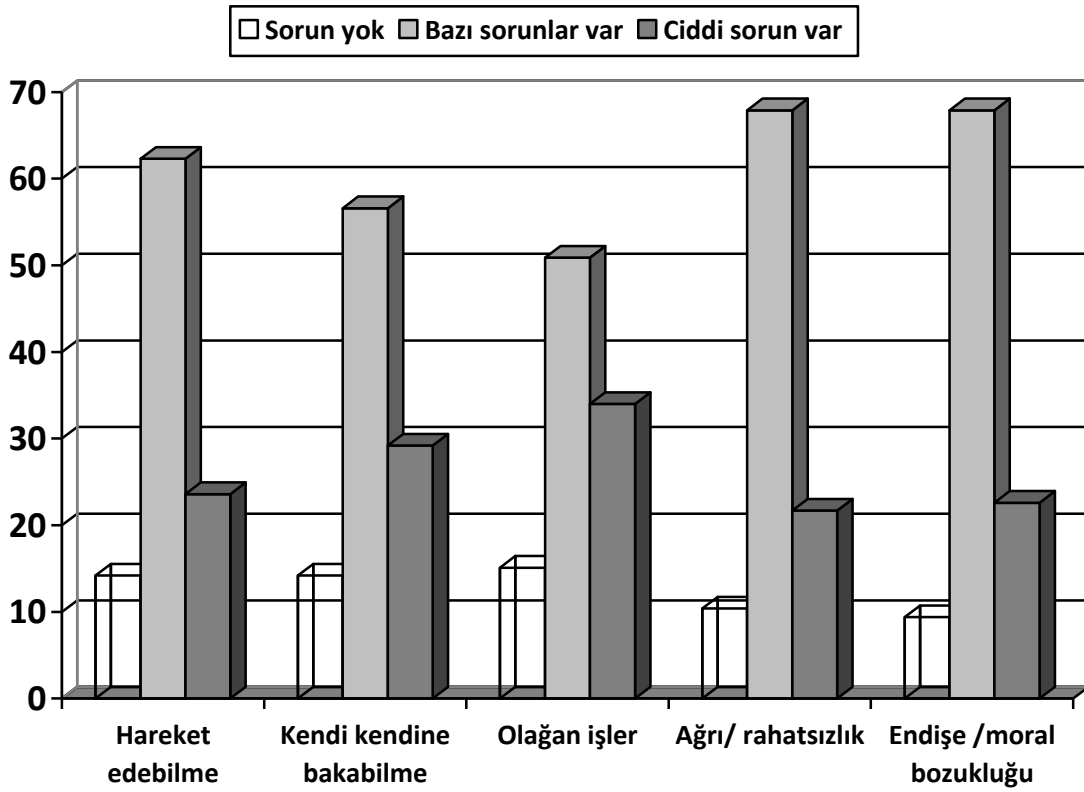
	Bağımlı / max yardım		Bağımsız / min yardım	
	n	%	n	%
Beslenme	29	27,4	77	71,9
Yatak/koltuk transferi	39	36,5	67	62,5
Kendine bakım	59	55,7	47	44,3
Klozete oturup kalkma	37	34,9	69	65,1
Banyo yapma	75	70,8	31	29,2
Düz yüzeyde yürüme/ tekerlekli iskemle kullanma	44	41,5	62	58,5
Merdiven inip çıkma	49	46,2	57	53,7
Giyinip soyunma	41	38,7	65	61,3
Barsak kontrolü	33	31,1	73	68,8
Mesane kontrolü	33	31,1	73	68,9
Temel ev işleri	84	78,5	23	21,5
Günlük alışveriş	94	87,9	13	12,1
Ailevi rol/sorumluluklar	95	88,8	12	11,2
Tedavi ile ilgili işler (randevular, ilaç uyg)	91	85,0	16	15,0
Mali işler (faturalar vb)	92	86,0	15	14,0

4.2.4. Hastaların Yaşam Kalitesi

Hastaların yaşam kalitesi puanları incelendiğinde, puan ortalamalarının hareket edebilme alt boyutu için $2,09 \pm 0,61$, kendi kendine bakabilme için $2,15 \pm 0,64$, olağan işlerini yapabilme için $2,19 \pm 0,68$, ağrı ve rahatsızlık için $2,11 \pm 0,56$, endişe ve moral bozukluğu için $2,13 \pm 0,55$ olduğu saptandı (Tablo 4.12).

Tablo 4-12: Hastaların yaşam kalitesi

EQ-5D alt boyutları	X $\pm$ SD	Min-Max
Hareket edebilme	2,09 $\pm$ 0,61	1-3
Kendi kendine bakabilme	2,15 $\pm$ 0,64	1-3
Olağan işler	2,19 $\pm$ 0,68	1-3
Ağrı /rahatsızlık	2,11 $\pm$ 0,56	1-3
Endişe /moral bozukluğu	2,13 $\pm$ 0,55	1-3
EQ-5D _{skor}	0,26 $\pm$ 0,47	(-0,59)-1
EQ-5D _{VAS}	46,1 $\pm$ 20,9	10-97



Şekil 4-2: Hastaların yaşam kalitesi ölçeği boyutlarındaki sorunların dağılımı

Hastaların EQ-5D yaşam kalitesi ölçeği puan dağılımları incelendiğinde (Şekil 4.2) sorun yaşamayanların oranı hareket edebilme alt boyutunda %14,2, kendi kendine bakabilme %14,2, olağan işler %15,1, ağrı/rahatsızlık %10,4 ve endişe/moral bozukluğu %9,4 olduğu görüldü. Ciddi sorun görülme oranları ise aynı sırayla bakılacak olursa %23,6, %29,2, %34,0, %21,7, %22,6 olarak bulundu.

4.2. Bakım Verici Yükünü Etkileyen Faktörler

Bu bölümde bakım verici yükünü etkileyen faktörler, hastaya ve bakım vericiye ilişkin faktörler olmak üzere iki başlık altında ele alındı.

4.3.1. Hastaya İlişkin Özelliklerin Bakım Verici Yüküne Etkisi

Hastaya ilişkin özelliklerden sosyo-demografikler, hastalık sürecine ilişkin özellikler, hastanın fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesinin bakım verici yükü ile ilişkisi araştırıldı.

Hastanın sosyo-demografik özelliklerine göre bakım verici yükü incelendiğinde, bakım verici yükü puanlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence ve gelir düzeyi değişkenlerine göre değişmediği görüldü ($p>0,05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4-13: Hastanın sosyo-demografik özelliklerine göre bakım verici yükü

	X±SD	Medyan	z_{MWU} / χ^2	p
Yaş (n=110) (r_s)			-0,06	0,50
Cinsiyet				
Kadın (n=62)	42,38±21,28	39,50		
Erkek (n=48)	45,00±23,51	41,50	-0,90	0,37
Medeni durumu				
Evli (n=77)	40,83±21,32	40,00		
Boşanmış-Dul (n=33)	49,81±23,30	48,00	-1,63	0,10
Eğitim				
Okur yazar değil (n=38)	41,07±20,13	34,50		
Okur yazar (n=35)	48,65±24,01	51,00	2,86	0,24
İlkokul ve üzeri (n=37)	41,18±22,26	41,00		
Meslek				
Emekli (n=57)	42,70±22,13	39,00		
Ev hanımı (n=42)	45,71±22,19	41,50	-0,94	0,35
Çalışma durumu				
Çalışan (n=8)	39,00±20,83	40,50		
Çalışmayan (n=41)	45,90±22,43	42,00	-0,66	0,51
Sosyal güvencesi				
Var (n=90)	43,78±22,95	41,00		
Yok (n=20)	42,35±19,04	45,50	-0,70	0,94
Gelir düzeyi				
İyi - orta (n=92)	42,54±22,57	41,00		
Kötü (n=18)	48,55±20,14	44,00	-1,05	0,29

Hastanın hastalık sürecine göre bakım verici yükü incelendiğinde, bakım verici yükü puanlarının inme türü, etkilenen bölge, risk faktörleri, ilaç kullanımı ve bakımın verildiği yer değişkenlerine göre değişmediği görüldü ($p>0,05$) (Tablo 4.14).

Bakım verici yükü ile hastanın bakımdan memnuniyeti ve bakım vericiye göre hastanın memnuniyeti arasındaki ilişki incelendiğinde (Tablo 4.14), her iki değişken ile bakım yükü arasında negatif yönde zayıf bir korelasyon saptandı (sırasıyla $p=0,02$, $p=0,00$).

Tablo 4-14: Hastalık sürecine göre bakım verici yükü

	X±SD	Medyan	Z_{MWU}	p
İnme süresi (r _s) (n=110)			-0,85	0,37
SVH türü				
Serebral hemoraji (n=9)	47,00±24,41	40,00	-0,55	0,57
Serebral infarkt (n=89)	44,13±22,42	44,13		
Etkilenen bölge				
Sağ hemisfer (n=37)	46,27±20,83	46,00	-1,20	0,23
Sol hemisfer (n=59)	42,22±22,74	39,00		
Risk faktörleri				
Var (n=91)	43,87±22,47	41,00	-1,41	0,20
Yok (n=7)	51,14±13,82	51,00		
İlaç kullanımı				
Var (n=96)	44,62±22,16	42,50	-0,71	0,47
Yok (n=2)	33,50±6,36	33,50		
Bakımın verildiği yer				
Kendi evi (n=68)	43,14±21,73	41,00	-0,85	0,39
Başkasının evi (n=30)	47,23±22,69	46,50		
Bakımdan memnuniyet (r _s) (n=105)			-0,21	0,02
Bakım vericiye göre hastanın memnuniyeti (r _s) (n=104)			-0,28	0,00

Hastanın fonksiyonel durumu ile bakım verici yükü arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, Barthel, Rankin, MMSE ve HADÖ depresyon ve anksiyete puanları ile bakım verici yükü arasında istatistik olarak anlamlı korelasyon bulundu (p=0,00) (Tablo 4.15). Korelasyon Barthel ve MMSE için negatif, Rankin ve HADÖ için pozitif ve orta derecede güçlü idi.

Tablo 4-15: Hastanın fonksiyonel durumunun bakım verici yükü ile ilişkisi

	r_s	p
Barthel skoru	-0,48	0,00
Rankin skoru	0,47	0,00
MMSE skoru	-0,3	0,00
HADÖ: Depresyon	0,39	0,00
HADÖ: Anksiyete	0,35	0,00

Hastanın yaşam kalitesi ile bakım verici yükü arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları ile bakım verici yükü ölçeği toplam puanı arasında orta derecede güçlü ve negatif yönde korelasyon bulundu ($p=0,00$) (Tablo 4.16).

Tablo 4-16: Hastanın yaşam kalitesinin bakım verici yükü ile ilişkisi

EQ-5D	r_s	p
EQ-5D _{skor}	-0.48	0.00
EQ-5D _{VAS}	-0.41	0.00

4.3.2. Bakım Vericiye İlişkin Özelliklere Göre Bakım Verici Yükü

Bakım vericiye ilişkin özelliklerden sosyo-demografikler, sağlık durumu, bakım verme deneyimi, eğitim gereksinimi, fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesinin bakım verici yükü ile ilişkisi araştırıldı.

Sosyo-demografik özelliklere göre bakım verici yükü incelendiğinde, bakım verici yükü puanlarının yaş, medeni durum, çocuk varlığı, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir düzeyi ve bakmakla yükümlü olunan kişi varlığı değişkenlerine göre fark göstermediği saptandı ($p>0,05$). Cinsiyet ve hasta ile yakınlık derecesi değişkenlerinde istatistik olarak anlamlı fark saptandı. Kadınların erkeklere göre ($p=0.03$), hasta ile yakınlık derecesi bakımından anne ve babaların eş, çocuk ve akrabaya göre ($p=0.02$) bakım verici yükü puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.17).

Tablo 4-17: Bakım vericinin sosyo-demografik özelliklerine göre bakım verici yükü

	X±SD	Medyan	z_{MWU} / χ^2	p
Yaş (n=107) (r_s)			0,07	0,48
Cinsiyet				
Kadın (n=83)	46,24±22,53	43,50	-2,07	0,03
Erkek (n=27)	35,65±20,24	32,00		
Medeni durum				
Evli (n=94)	43,02±21,70	41,00	-0,69	0,48
Bekar /Dul (n=16)	47,86±26,61	48,00		
Çocuk varlığı				
Var (n=96)	43,87±22,33	41,00	-0,36	0,71
Yok(n=14)	42,38±23,53	35,00		
Eğitim				
İlkokul ve altı (n=77)	43,41±23,68	40,50	-0,38	0,70
Ortaokul ve üstü (n=33)	44,50±18,48	45,00		
Meslek				
Memur/işçi/serbest (n=20)	43,04±20,45	46,00	1,80	0,40
Emekli (n=24)	39,30±23,08	33,00		
Ev hanımı (n=65)	45,83±22,84	43,00		
Çalışma durumu				
Çalışıyor (n=20)	45,10±20,58	45,50	-1,38	0,16
Çalışmıyor (n=21)	36,81±21,46	32,00		
Sosyal güvencesi				
Var (n=78)	41,63±21,44	34,00	-1,49	0,13
Yok (n=30)	49,07±24,20	61,00		
Gelir düzeyi				
İyi - orta (n=93)	42,69±22,92	34,50	-1,22	0,22
Kötü (n=14)	49,86±18,73	40,00		
Bakmakla yükümlü olduğu kişi				
Var (n=41)	43,90±24,33	39,00	-0,10	0,98
Yok (n=67)	43,56±21,27	42,00		
Hasta ile yakınlık derecesi				
Eşi (n=49)	40,77±22,72	40,00	9,20	0,02
Çocuğu (n=41)	42,70±19,97	41,00		
Anne-baba (n=5)	75,20±5,71	75,00		
Akraba (n=13)	45,69±24,50	39,00		

Tablo 4-18: Bakım vericinin sağlık durumuna göre bakım verici yükü

	X±SD	Medyan	Z_{MWU}	p
Kronik hastalık				
Var (n=63)	49,41±22,79	45,00	-2,93	0,00
Yok (n=44)	35,34±19,37	35,00		
İlaç kullanımı				
Var (n=33)	52,27±22,44	51,00	-0,02	0,97
Yok (n=11)	52,09±18,51	45,00		
Genel sağlık algısı (r _s)			-0,49	0,00

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin sağlık durumuna göre bakım verici yükü değerlendirildiğinde, kronik hastalığı olan bireylerin yük ortalamasının olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,00$). İlaç kullanımına göre bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Bakım vericinin genel sağlık algısı ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,00$), negatif yönde orta derecede güçlü bir korelasyon tespit edildi (Tablo 4.18).

Bakım verme deneyiminin özellikleri açısından bakım verici yükü değerlendirildiğinde, bakım verici yükü puanlarının bakım verme süresi, hasta ile aynı evde yaşama durumu, bakım konusunda aldığı yardım ve bunun sıklığı ve önceki bakım deneyimine göre fark göstermediği saptandı ($p>0,05$). Direkt bakım için harcanan süre, evde hastaya ait oda varlığı, hastadan dolayı yaşam alanının sınırlandırılması, bakım konusunda yardım gereksinimi ve gündüz bakımevi gereksinimi konularında bakım verici yükü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Direkt bakım için harcanan süre arttıkça yükün arttığı ($p=0,00$), evde hastaya ait odanın olmadığı ($p=0,01$) ve bakım vericinin yaşam alanının sınırlandırıldığı ($p=0,04$) durumlarda yükün arttığı, bakım için yardıma ($p=0,00$) ve gündüz bakımevlerine ($p=0,00$) gereksinim duyanların bakım verici yükünün daha fazla olduğu saptandı (Tablo 4.19).

Tablo 4-19: Bakım verme deneyimine göre bakım verici yükü

	X±SD	Medyan	z_{MWU}/χ^2	p
Bakım süresi				
Hastaya bakım verme süresi				
0-24 ay (n=47)	42,74±21,12	38,00	-0,29	0,76
25 ay ve üzeri (n=60)	44,50±23,62	41,50		
Direkt bakım için harcanan süre (sa/gün) (n=100)(r _s)			0,27	0,00
Bakım verilen ortam				
İnmeli hasta ile aynı evde mi yaşıyor?				
Evet (n=96)	45,33±20,62	40,50	-0,50	0,61
Hayır (n=12)	47,80±17,52	50,00		
Asansör gerektiği halde var mı?				
Var (n=10)	37,10±20,67	37,50	-0,80	0,42
Yok (n=98)	44,36±22,52	42,00		
Evde hastaya ait oda var mı?				
Evet (n=73)	42,52±20,33	41,00	-2,39	0,01
Hayır (n=35)	50,50±19,32	51,50		
Hastanın evde bakılması, yaşam alanını sınırılıyor mu?				
Evet (n=39)	48,00±19,14	43,00	-2,03	0,04
Hayır (n=67)	43,59±21,09	40,50		
Bakım konusunda destek/ yardım				
Bakım konusunda yardım aldığı kişi(ler)				
Var (n=49)	45,62±20,45	41,50	-0,46	0,64
Yok (n=58)	43,32±23,37	41,50		
Destek alma sıklığı				
Her gün (n=20)	44,10±19,45	43,00	-0,07	0,94
Haftada bir veya daha az sıklıkta (n=29)	46,06±21,33	41,00		
Bakım konusunda yardıma gereksinimi var mı?				
Evet (n=62)	51,37±22,28	51,50	-3,29	0,00
Hayır (n=40)	35,47±17,68	35,00		
Gündüz bakımevleri olmasını ister mi?				
Evet (n=62)	50,20±19,89	43,00	-3,29	0,00
Hayır (n=40)	34,58±16,50	31,50		
Önceki bakım deneyimi				
Önceki bakım deneyimi				
Var (n=45)	44,47±20,68	41,00	-1,42	0,15
Yok (n=63)	46,63±19,99	41,50		

Bakım verici yükü bakım vericinin hasta bakımındaki eğitim gereksinimi açısından incelendiğinde, hastaya bakım vermede kendini kısmen yeterli veya yetersiz hissedenlerin yeterli hissedenlere göre ($p=0,00$), eğitime gereksinim duyanların

duymayanlara göre ($p=0,00$) bakım yükü puanlarının daha yüksek olduğu görüldü. Bakım vericinin hastanın bakımı konusunda eğitim alma durumu ile karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulundu ($p>0,05$) (Tablo 4.20).

Tablo 4-20: Bakım vericinin hasta bakımındaki eğitim gereksinimine göre bakım verici yükü

	X±SD	Medyan	z_{MWU}	P
Hastaya bakım vermede kendini nasıl hissediyor?				
Yeterli (n=39)	36,15±22,40	32,00	-2,69	0,00
Kısmen yeterli /Yetersiz (n=65)	48,67±20,56	44,00		
Hastanın bakımı konusunda eğitim aldı mı?				
Evet (n=9)	41,11±22,49	33,00	-0,46	0,64
Hayır (n=95)	44,28±22,02	43,00		
Eğitime gereksinimi var mı?				
Evet (n=50)	52,50±20,62	47,50	-3,76	0,00
Hayır (n=54)	36,14±20,35	32,50		

* Birden fazla seçenek işaretlendi

Araştırma kapsamına alınan bakım verici bireylerin fonksiyonel durumları ile bakım verici yükü arasındaki ilişki incelendiğinde, ruhsal ve sosyal fonksiyon ile bakım verici yükü arasında istatistik açıdan ileri derecede anlamlı korelasyonlar görüldü ($p=0,00$). Bakım verici yükü ile HADÖ anksiyete ve depresyon puanları arasında pozitif yönde iyi derecede bir korelasyon, sosyal destek total puanı ve alt boyut puanları ile negative yönde orta derecede güçlü bir korelasyon tespit edildi (Tablo 4.21).

Tablo 4-21: Bakım vericinin fonksiyonel durumu ile bakım verici yükünün ilişkisi

	r_s	P
HADÖ-anksiyete skoru	0,54	0,00
HADÖ-depresyon skoru	0,53	0,00
SDÖ-aile	-0,40	0,00
SDÖ-arkadaş	-0,36	0,00
SDÖ-özel insan	-0,30	0,00
SDÖ-total	-0,42	0,00

Bakım vericinin yaşam kalitesi (SF-36) ile bakım verici yükü arasındaki ilişkiye bakıldığında, yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ile bakım verici yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta derecede güçlü negatif yönde korelasyonlar olduğu tespit edildi (Tablo 4.22).

Tablo 4-22: Bakım vericinin yaşam kalitesi ile bakım verici yükünün ilişkisi

SF-36 Alt Boyutları	r_s	p
Fiziksel fonksiyon	-0,51	0,000
Sosyal fonksiyon	-0,52	0,000
Fiziksel rol fonksiyonu	-0,27	0,005
Emosyonel rol fonksiyonu	-0,25	0,008
Mental sağlık	-0,45	0,000
Yaşamsallık	-0,46	0,000
Ağrı	-0,28	0,003
Genel sağlık algısı	-0,38	0,000

Bakım verici yükünü etkileyen, bakım vericiye ve hastaya ilişkin faktörler linear regresyon analizine sokulduğunda (Tablo 4.23), Zarit toplam puanının bakım vericinin anksiyetesi ve hastanın depresyonunu pozitif yönde; bakım vericinin sosyal desteği, hastanın GYA işlevselliği (Barthel) ve hastanın bakımdan memnuniyetini negatif yönde etkilediği görüldü.

Tablo 4.23: Bakım verici yükünü etkileyen faktörler

	SE	Sß	t	P
<i>Bakım vericiye ilişkin değişkenler</i>				
Sağlık durumu	3,50	0,08	1,14	0,250
HADÖ-Anksiyete	0,30	0,30	4,10	0,000
SDÖ-Total	0,07	-0,20	-2,69	0,009
SF-Fiziksel fonksiyon	0,04	-0,14	-1,85	0,068
SF-Sosyal fonksiyon	0,06	-0,08	-0,96	0,335
<i>Hastaya ilişkin değişkenler</i>				
Barthel	0,04	-0,30	-3,98	0,000
MMSE	0,17	0,02	0,37	0,712
HADÖ-Depresyon	0,35	0,24	3,38	0,001
Bakımdan memnuniyet	0,83	-0,14	-2,10	0,038
$R^2=0,69$				

5. TARTIŞMA

5. 1. Bakım Verici Bireylere İlişkin Özelliklerin Tartışılması

Araştırma kapsamına alınan bakım verici bireylerin çoğunluğunun kadın, orta yaşlı, evli, çocuk sahibi, ev hanımı, eğitim düzeyinin ilköğretim ve altı olduğu görüldü. Toplumumuzda kadının ailede geleneksel olarak bakım verici rolü üstlenmesinin, çalışma hayatına erkeklerden daha az girmiş olmasının bakım verenlerin çoğunun kadın olmasında etkili olduğu düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde de bakım vericilerin çoğunun kadın olduğu görüldü (Clark ve ark. 2004; McCullagh ve ark. 2005; Chow ve ark. 2006; Green ve King 2007; Qiu ve Li, 2007; Nelson ve ark. 2008; Visser-Meily ve ark. 2009). Bakım vericilerin yaşının, inme hastalarının yaşına göre daha genç olduğu ve diğer çalışma sonuçları ile paralel olduğu görüldü (Clark ve ark. 2004; Chow ve ark. 2006; Green ve King 2007; Carod ve Egidio 2009; Vincent ve ark. 2009). Örneklemimiz devlet hastanesinden seçilmesi nedeniyle bakım vericilerin tamamına yakınının sosyal güvencesinin olduğu ve gelir düzeyinin orta-kötü olduğu görüldü. Örneklemimizin %38'inin inme hasta dışında bakmakla yükümlü oldukları kişi/kişiler olduğu görüldü. Bakım vericilerin yarıya yakını inme hastasının eşi, yaklaşık %40'ı çocuğu idi. McCullagh ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında bakım vericilerin %70,6'sının eşi tarafından, %20'sinin aileden biri tarafından bakıldığı görülmüştür. Sağlık durumuna ilişkin özellikler incelendiğinde bakım vericilerin yarıdan fazlasında bir kronik hastalığının olduğu ve genel sağlık algılarının orta düzeyde olduğu görüldü. Wright ve arkadaşlarının (1999) Alzheimer ve inme hastalarının bakım verici eşleri ile sağlıklı kontrol grubundaki eşleri karşılaştırdığı çalışmada, inme hasta bakım vericilerinin genel sağlık algısı bizim sonuçlarımıza benzer biçimde orta düzeyde bulunmuş; diğer iki gruba göre belirgin derecede düşük olduğu saptanmıştır.

Örneklemimizdeki bakım vericilerin neredeyse yarısının inme hastaya 3 yıldan uzun süredir bakım verdiği saptandı. Ayrıca yarıya yakını daha önce başka bir hastanın bakımı konusunda deneyim yaşadığını ifade etti. Bakım vericilerin beyanına dayanılarak hasta ile günde ortalama 19 saat geçirildiği ve direkt bakım için 5 saat harcandığı saptandı. Bakım vericilerin yarısının hastanın eşi olması ve tamamına yakınının hasta ile aynı evde yaşaması nedeniyle hasta ile gün içinde geçirilen süre uzundur. Ancak bu sonuç objektif değerlendirmeye değil, bakım verici beyanına dayanmaktadır. Akçay ve Akdemir'in (2009) Alzheimer hastalarına bakım verenlerin

yaşadıkları güçlükleri değerlendirdikleri çalışmada, bakım verenlerin hastaların direkt ve dolaylı bakımı için harcadıkları süre ortalama 15.4 saat olarak rapor edilmiştir. Marin ve arkadaşlarının alzheimer hastalarının bakım vericilerinde yaptıkları çalışmada (2002) bakım verenlerin hastanın gözetim, iletişim, hareket, giyinme-soyunma, beslenme ve genel görünümüne ilişkin işlerini yürütmek için ortalama 13.1 saat ayırdıkları bildirilmektedir. Bakım için ayrılan zaman arttıkça bakım vericilerin kendilerine zaman ayırmada ve günlük yaşamlarında sorunlar yaşadığı bildirilmektedir.

Bakım verilen ortam değerlendirildiğinde çoğunun asansörü olmayan apartmanda yaşadığı, 1/3'ünün evinde hastaya ait oda olmadığı ve hastaların evde bakılmasının bakım vericinin yaşam alanını sınırladığı görüldü.

Bakım verici bireylerin ancak yarısının bakım konusunda yardım aldığı, yardım alınan kişinin bir profesyonel (evde bakım firması, hemşire, fizyoterapist vb) değil bir akraba olduğu, haftada en az bir gün gelebildikleri ve bakım vericinin bu destekten memnun olduğu görüldü. Örneklem grubundaki hastaların hiçbiri kurumsal /profesyonel bir bakım almıyordu. McCullagh ve arkadaşlarının (2009) Londra'da yaptıkları çalışmada aileden/arkadaşlardan yardım alma oranı %38 olarak bildirilmiştir. Ancak bu sonuçlar değerlendirilirken batı kaynaklı çalışmalarda, aileden /arkadaşlardan alınan desteğin, devlet tarafından sunulan evde bakım hizmetlerine ilave olduğu hatırlanmalıdır. Çalışmamızda bakım vericilerin tamamına yakını devletten bakım için maddi destek alamadığını belirtti.

Gündüz bakım evi konusundaki görüş sorulduğunda, bakım konusunda zorlanmalarına rağmen bakım vericilerin yarıya yakını olumsuz görüş bildirdi. Bu durum, örneklemimizin yarısını oluşturan kadın eşlerin sahiplenme duygusunun yoğunluğuna, hastanın evden merkeze transferi ile ilgili kaygılara, bakım evleri konusundaki önyargılara bağlı olabilir.

Bakım verici bireylerin hasta bakımındaki eğitim gereksinimlerine bakıldığında, yarıdan fazlasının hastaya bakım vermede kendini kısmen yeterli/yetersiz hissettiği, neredeyse hiçbirinin hasta bireyin bakımı konusunda eğitim almadığı, ancak yine yarıdan fazlasının eğitime gereksinim duymadığı saptandı. Bu durum daha önce bakım konusunda deneyimlerinin olmasından ve ayrıca eğitim için zaman ayıramayacak olmalarından kaynaklanabilir.

Bakım vericilerin, inmeli hastaya bakım verme ile ilgili olarak en çok sıkıntı yaşadığı konular hastanın hareket sorunundan dolayı GYA gerçekleştirememesi,

hastanın davranış/konuşma sorunları, maddi sıkıntı, ailevi sorunlar, destek olacak kimsenin olmaması idi. Ancak ailevi sorumluluk, vicdani rahatlık, dua alma, faydalı olma duygusu vb bakımın verdiği manevi tatmin duygusu ve hastaya olan sevgi ve bağlılık duyguları bakım verme yükünü katlanılır kılmaktadır.

Çalışma kapsamına alınan hasta yakınlarına “inme hastalığı”, “hastam”, “bakım vermek”, “kendim” kelimelerinin çağrışımları sorulduğunda, olumsuzluk ve güçlük içeren ifadeler dile getirilmiştir. Bakım vericilerin ailevi sorumluluk ve görev duygusunu ön plana çıkardığı, kendilerini hastalarına adadıkları ve mutsuzluk ifade ettikleri görüldü. Batı toplumlarında yapılmış çalışmalarda ise bakım vermenin zorluklarına karşın bakım vericilerin bu deneyimde olumlu yönler de bulabildiği; yakınının hastalığından sonra yaşamın değeri ile ilgili farkındalıklarının arttığı, yaşamayı daha değerli ve anlamlı buldukları, hastalığın yaşamdaki öncelikleri gözden geçirme konusunda bir fırsat olarak görüldüğü belirtilmektedir (Bacon ve ark. 2009; Haley ve ark. 2009).

Bakım veren bireylerin ruhsal ve sosyal fonksiyonel durumları incelendiğinde yarısının anksiyeteli ve çoğunun depresif olduğu saptandı. Bakım vericilerde depresyon ve anksiyetenin araştırıldığı birçok çalışma vardır. Bunlardan Crow’un (2006) çalışmasında, inmesi olan ve inme dışında nörolojik hastalığı olan iki grup hastanın bakım vericileri, bakım vermenin 3. ve 6. aylarında depresyon ve anksiyete açısından karşılaştırılmıştır. Çalışmada iki grup arasında anlamlı fark bulunmuş; inmeli hastaların bakım vericilerinde depresyon ve anksiyetenin daha fazla olduğu, kısa dönemde anksiyetenin, uzun dönemde depresyonun daha ön planda olduğu görülmüştür. Wright ve arkadaşlarının (1999) yaptığı çalışmada da inmeli hasta bakım vericilerinin depresif olduğu, uzun dönemde de depresyonun arttığı, ancak bunun sosyokültürel yapıya göre değişiklik gösterdiği belirtilmiştir. Qiu ve Li’nin (2007) çalışmalarında inmede bakım vericilerde depresyon saptanmıştır. Visser-Miely ve arkadaşları (2009) inmeli hasta yakınlarında depresyonun zamanla arttığını bildirmişlerdir. Ostwald ve arkadaşları da (2009) inmeli hastaları ve bakım vericilerini bir yıl boyunca izledikleri çalışmalarında, bakım vericilerin kısa ve uzun vadede yüksek düzeyde stresinin olduğunu bildirmişlerdir. Bakım vericilerin sosyal desteğinin orta düzeyde olduğu, en fazla sosyal desteğin aileden geldiği görüldü. En fazla sosyal desteğin aileden olması, Türk toplumunun aile dayanışmasını önemseyen yapısından kaynaklanan beklenen bir sonuçtur.

Bakım veren bireylerin yaşam kalitesi incelendiğinde, alt boyut puanlarının orta düzeyde olduğu ve sırasıyla fiziksel fonksiyon, ağrı, sosyal fonksiyon, mental sağlık, yaşamsallık ve genel sağlık algısı şeklinde olduğu görüldü. Fiziksel rol ve emosyonel rol açısından ise yaşam kalitesinin kötü olduğu saptandı. Jönsson ve arkadaşlarının (2005) İsveç'te inmeli hastaların bakım vericilerinin yaşam kalitesini aynı ölçek ile değerlendirdikleri çalışmalarında, yaşam kalitesi değerleri bizim grubumuzdan daha iyi bulunmuştur. Carod-Artal ve arkadaşlarının (2009) yapmış olduğu çalışmada da bakım vericilerin yaşam kalitesi bizim örneklemimizden daha iyi bulunmuştur. Carod-Artal ve Egido'nun yazdığı derlemede (2009), inmeli hasta bakım vericilerinde yaşam kalitesinin azaldığı, yaşam kalitesinin en fazla etkilenen boyutlarının sosyal yaşam, eğlenme-dinlenme aktiviteleri ve finansal durum olduğu belirtilmektedir. Her ne kadar yukarıda sözü edilen Batı kaynaklı çalışmalar ile bizim örneklemimiz bakım vericinin çoğunlukla kadın olması açısından benzerlik gösterebilir de, yaşam kalitesi ortalamaları ve etkilenen yaşam kalitesi boyutları farklılık göstermektedir. Bu fark ülkeler arasındaki yaşam standartları farkına, sosyokültürel algılama farkına, emeklilik yaşı, kadının çalışma yaşamına katılımı vb faktörlere bağlı olabilir.

Bakım veren bireylerin Zarit ölçeği ile ölçülen yükü incelendiğinde yükün ortalama değerinin 43,5 olduğu görüldü. Bakım verenlerin yarıdan fazlası orta dereceden aşırı dereceye varan bakım yükü bildirdi. Carod-Artal ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında bakım vericinin Zarit ölçeği ile ölçülen yükü bizim çalışmamıza göre daha az ve ortalama 27,2 olarak rapor edilmiştir. McCullagh ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında ise bakım verici yükü ortalaması bizim çalışmamıza benzer bulunmuş, zaman içinde (1 yıl sonraki kontrolde) yükün azaldığı rapor edilmiştir. Başka çalışmalarda da bakım vericilerin yükü, fiziksel ve psikolojik sağlıkları, sosyal destekleri ve yaşam kalitelerinde ilk üç ay içinde olumsuz değişiklikler olduğu, altı aydan sonra bakım vericilerin rollerine adapte olmasından dolayı yükün azaldığı, yaşam kalitesinin artmaya başladığı bildirilmiştir (Lansor ve ark. 2005; Nir ve ark. 2009).

5.2. Hasta Bireylere İlişkin Özellikler

İnmeli hastaların yaş ortalamasının 65, yarısının kadın, 2/3'ünün evli, kalanının dul, çoğunun çocuk sahibi olduğu, hastaların 2/3'ünün eğitimsiz, yarısının ev hanımı, %38,5'inin emekli, çoğunun sosyal güvence sahibi olduğu, çoğunun gelirinin giderini idare eder düzeyde karşıladığı saptandı. İnme ilerleyen yaş ile sıklığı artan bir hastalık olduğundan grubumuzun yaş ortalaması yüksek, çoğunluğu evli ve emeklidir.

Hastaların tamamına yakınının inme tipinin iskemik olduğu, yarısında sol hemisferin etkilendiği, ayrıca sağ hemisfer ve serebellar etkilenimin de olduğu görüldü. Bu bulgu iskemik inmenin hemorajik inmeden daha sık görülmesi ile uyumludur. İnmenin heterojen yapısını da yansıtmaktadır. Hastalarda risk faktörleri olarak en sık hipertansiyon, diyabet ve hiperkolesterolemi olduğu, çoğunun antitrombotik ve antihipertansif ilaç kullanmakta olduğu, taburculuk sonrası 2/3'ünün kendi evinde, 1/3'ünün çocuğunun evinde yaşadığı görüldü. Örneklem grubumuzda rehabilitasyon merkezi veya kronik bakım hastanesinde yaşayan hasta yoktu. Bu sonucun ülkemizde rehabilitasyon hizmetlerinin sınırlı oluşuna ve çoğunlukla özel kurumlar tarafından sunulmasına bağlı olduğu düşünülmektedir (Özyemişçi ve ark. 2011). Buna rağmen hastaların bakım verici tarafından kendisine verilen bakımdan memnun olduğu ve bakım vericinin algılayışına göre hastanın memnuniyetinin paralel olduğu görüldü.

Hastaların fonksiyonel durumlarına bakıldığında Rankin ortalamasının $3,02 \pm 1,48$ olduğu, Barthel GYA İndeksi puan ortalamasının $54,33 \pm 39,83$, MMSE ortalamasının $17,97 \pm 9,84$, HADÖ anksiyete skoru ortalamasının $11,10 \pm 5,68$, depresyon skorunun ortalamasının $12,34 \pm 4,87$ olduğu saptandı. Buna göre hastaların yarısının yardımsız yürüyemeyecek durumda, günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı oldukları, 2/3'ünde hafif mental disfonksiyon olduğu, yarısının anksiyeteli, çoğunun depresif olduğu görüldü.

Hastaların fiziksel fonksiyon durumu incelendiğinde hastaların büyük çoğunluğunun ev işleri, günlük alışveriş, ailevi sorumluluklar, tedavi, hastane işleri ve mali işlerde, ayrıca banyo yapma ve kendine bakımda, yaklaşık yarısının merdiven inip çıkma ve düz yüzeyde yürümede bağımlı olduğu veya maksimum yardıma gereksinim duyduğu görüldü.

Hastaların yaşam kalitesi incelendiğinde, alt boyutlarda sorun yaşamayan hasta oranları düşük olup %9-15 arasında değişmekte idi. EQ-5D_{skor} ve EQ-5D_{VAS}

ortalamalarının 0,26 ve 46,1 olduğu görüldü. İnme yaşamın birçok boyutunu etkileyen bir hastalık olduğundan yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesi kaçınılmazdır.

5.3. Bakım Verici Yükünü Etkileyen Faktörler

5.3.1. Hastaya İlişkin Faktörlerin Bakım Verici Yüküne Etkisi

Hastaya ilişkin sosyo-demografik özellikler, hastalık sürecine ilişkin özellikler, hastanın fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesinin bakım verici yükü ile ilişkisi araştırıldı.

Birçok çalışmada bakım verici yükünü etkileyen hastaya ait faktörler incelenmiş; erkek cinsiyet, ileri yaş, düşük eğitim düzeyi ve düşük gelir düzeyinin yükü artırdığı bildirilmiştir (McCullagh ve ark. 2005; Carod-Artal ve ark. 2009; Nelson ve ark. 2009). Çalışmamızda, hastanın sosyo-demografik özelliklerine göre bakım verici yükü incelendiğinde, bakım verici yükü puanlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence ve gelir düzeyi değişkenlerine göre değişmediği görüldü ($p>0,05$).

Hastanın hastalık sürecine göre bakım verici yükü incelendiğinde, bakım verici yükü puanlarının inme türü, etkilenen bölge, risk faktörleri, ilaç kullanımı ve bakımın verildiği yer değişkenlerine göre değişmediği görüldü ($p>0,05$).

Bakım verici yükü ile hastanın bakımdan memnuniyeti arasındaki ilişki incelendiğinde, her iki değişken ile bakım yükü arasında negatif yönde zayıf bir korelasyon saptandı (sırasıyla $p=0,02$, $p=0,00$). Buna göre bakım vericinin algıladığı yük arttıkça hastanın bakımdan memnuniyeti azalmaktaydı.

Hastanın fonksiyonel durumu ile bakım verici yükü arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, Barthel, Rankin, MMSE ve HADÖ depresyon ve anksiyete puanları ile bakım verici yükü arasında istatistik olarak anlamlı korelasyon bulundu ($p=0,00$). Hastanın GYA işlevselliği, mental fonksiyonu arttıkça yükün azaldığı; yetiyitimi, anksiyete ve depresyon arttıkça yükün arttığı görüldü. Nelson ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında hastanın nörolojik ve psikolojik durumu kötüleştikçe bakım vericinin yükünün arttığı görülmüştür. Klinik prognozu kötüleşen hastaların bakım vericilerinde yükün arttığı, bu nedenle durumu kötüleşen hastaların bakım vericilerinin eğitim programlarıyla desteklenmesi vurgulanmaktadır.

Hastanın yaşam kalitesi ile bakım verici yükü arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, EQ-5D Yaşam Kalitesi Ölçeği puanları ile bakım verici yükü ölçeği toplam puanı arasında orta derecede güçlü ve negatif yönde korelasyon bulundu ($p=0,00$). Hastanın yaşam kalitesi ile bakım verici yükü arasındaki ilişki, McCullagh ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmanın sonuçları ile paralellik göstermektedir.

5.3.2. Bakım Vericiye İlişkin Özelliklerin Bakım Verici Yüküne Etkisi

Bakım vericiye ilişkin özelliklerden sosyo-demografik özellikler, sağlık durumu, bakım verme deneyimi, eğitim gereksinimi, fonksiyonel durumu ve yaşam kalitesinin bakım verici yükü ile ilişkisi araştırıldı.

Sosyo-demografik özelliklere göre bakım verici yükü incelendiğinde, bakım verici yükü puanlarının yaş, medeni durum, çocuk varlığı, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir düzeyi ve bakmakla yükümlü olunan kişi varlığı değişkenlerine göre fark göstermediği saptandı ($p>0,05$). Birçok çalışmada bakım verici yükünü etkileyen bakım vericiye ait faktörler incelenmiş; kadın cinsiyet, genç yaş, düşük eğitim düzeyi, düşük gelir düzeyi ve kadın eş olmanın yükü artırdığı bildirilmiştir (Larson ve ark. 2005; Carod-Artal ve ark. 2009; Ostwald ve ark. 2009). Bu çalışmada cinsiyet ve hasta ile yakınlık derecesi değişkenlerinde istatistik olarak anlamlı fark saptandı. Kadınların erkeklere göre ($p=0.03$), hasta ile yakınlık derecesi bakımından anne ve babaların eş, çocuk ve akrabaya göre ($p=0.02$) bakım verici yükünün daha fazla olduğu görüldü. Birçok çalışmada (Nelson ve ark. 2008; Carod ve Egido 2009; Green ve King 2009; Özge ve ark. 2009) kadın bakım vericilerin yükünün daha kötü olduğu görülmüştür. Green ve King (2009) yaptıkları niteliksel çalışmada bakım vericinin kadın eş ve hastanın erkek olduğu durumlarda, erkeğin maskülen imajının zedelenmesi nedeniyle daha hassas olduğunu, kadın eşlerin ise anaç duygularının öne çıktığını ve daha koruyucu tavır takındıklarını ve bakım yükünün fazla olduğunu saptamışlardır. Hastaya olan yakınlık da çalışmalarda yük açısından incelenen bir değişken olmuştur. Ancak bakım vericiler çoğunlukla eş veya çocuk olduğundan onlar arasında karşılaştırma yapılmıştır. Bu çalışmada hastanın ebeveyni olan bakım vericilerde yükün daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu sonuç, yaş ilerledikçe sağlık sorunları nedeniyle bakım yükünün artışıyla bağlanabilir. Çalışmalar bakım vericinin hasta ile iletişiminin, yakınlığının ve bakım verici rolüne hazır oluşunun bakım verici yükünü etkilediğini rapor etmektedir (Carod-Artal ve ark. 2009; Ostwald ve ark. 2009). Bakım vericinin

ebeveyn olduğu durumlarda role hazır oluşluk daha güç olabilir. Çalışmada bakım veren ve alan arasındaki ilişki araştırılmadığından bunun yüke etkisi bilinmemektedir.

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin sağlık durumuna göre bakım verici yükü değerlendirildiğinde, kronik hastalığı olan bireylerin yük ortalamasının olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,00$). İlaç kullanımına göre bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0,05$). Bakım vericinin genel sağlık algısı ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p=0,00$), negatif yönde orta derecede güçlü bir korelasyon tespit edildi, genel sağlık algısı kötüleştikçe yük artmaktaydı. Genel sağlık algısındaki kötüleşme ile bakım verici yükü arasındaki ilişki başka çalışmalarda da doğrulanmıştır (Ostwald ve ark. 2009).

Bakım verme deneyiminin özellikleri açısından bakım verici yükü değerlendirildiğinde, bakım verici yükü puanlarının bakım verme süresi, bakım konusunda aldığı yardım ve bunun sıklığı ve önceki bakım deneyimine göre fark göstermediği saptandı ($p>0,05$). Direkt bakım için harcanan süre, evde hastaya ait oda varlığı, hastadan dolayı yaşam alanının sınırlandırılması, bakım konusunda yardım gereksinimi ve gündüz bakımevi gereksinimi konularında bakım verici yükü açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Direkt bakım için harcanan süre arttıkça yükün arttığı ($p=0,00$), evde hastaya ait odanın olmadığı ($p=0,01$) ve bakım vericinin yaşam alanının sınırlandırıldığı ($p=0,04$) durumlarda yükün arttığı, bakım için yardıma ($p=0,00$) ve gündüz bakımevlerine ($p=0,00$) gereksinim duyanların bakım verici yükünün daha fazla olduğu saptandı. Bu bulgular bakım verici yükünde bakım verme süresi ve yardım alma durumu gibi objektif kriterler yerine, ortam koşullarının uygunluğu ve bakımda yardım gereksinimi gibi subjektif faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir. Farklı çalışmalardan elde edilen bulgular bu sonuca paralellik göstermektedir (Nelson ve ark. 2008; Nir ve ark. 2009).

Bakım verici yükü bakım vericinin hasta bakımındaki eğitim gereksinimi açısından incelendiğinde, hastaya bakım vermede kendini kısmen yeterli veya yetersiz hissedenlerin yeterli hissedenlere göre ($p=0,00$), eğitime gereksinim duyanların duymayanlara göre ($p=0,00$) bakım yükü puanlarının daha yüksek olduğu görüldü.

Araştırma kapsamına alınan bakım verici bireylerin fonksiyonel durumları ile bakım verici yükü arasındaki ilişki incelendiğinde, ruhsal ve sosyal fonksiyon ile bakım verici yükü arasında istatistik açıdan ileri derecede anlamlı korelasyonlar görüldü ($p=0,00$). Bakım verici yükü ile HADÖ anksiyete ve depresyon puanları arasında pozitif

yönde iyi derecede bir korelasyon, sosyal destek total puanı ve alt boyut puanları ile negatif yönde orta derecede güçlü bir korelasyon tespit edildi. Sosyal desteğin bakım verici yükü ve yaşam kalitesi üzerindeki etkileri çeşitli çalışmalar ile gösterilmiştir (Karen ve ark. 2010; Ostwald ve ark. 2009; Visser-Meily ve ark. 2009). Ayrıca bakım vericinin depresyonunun (Carod-Artal ve ark. 2009) ve anksiyetesinin (McCullagh ve ark. 2009) bakım vericinin yükünde önemli bir faktör olduğunu ortaya koymuşlardır. Huang ve arkadaşları ise (2009) sosyal destek arttıkça bakım verici depresyonunun azaldığını göstermişlerdir.

Literatürde bakım verici yükü ile ilişkili bulunan faktörlerden biri de bakım verici yaşam kalitesidir (Carod-Artal ve Egido 2009; Doyle ve ark. 2003; McCullagh ve ark. 2009). Çalışmamızda yaşam kalitesinin tüm alt boyutları ile bakım verici yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı, orta derecede güçlü negatif yönde korelasyonlar tespit edildi. Buna göre yaşam kalitesi arttıkça bakım vericinin yükü azalmaktadır.

Bakım verici yükünü etkileyen bakım vericiye ve hastaya ilişkin faktörler lineer regresyon analizine sokulduğunda, Zarit toplam puanını bakım vericinin anksiytesi ve hastanın depresyonunun pozitif yönde; bakım vericinin sosyal desteği, hastanın GYA işlevselliği ve bakımdan memnuniyetinin negatif yönde etkilediği görüldü. Bir başka deyişle, bakım vericinin anksiytesi ve hastanın depresyonunun bakım verici yükünü artırdığı, sosyal destek, hastanın fonksiyonel durumu ve bakımdan memnuniyetinin yükü azalttığı söylenebilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

İnmeli hastalarda bakım verici yükünü değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen sonuçlar şunlardır:

- Araştırma kapsamına alınan bakım verici bireylerin çoğunluğu kadın, orta yaşlı, evli, çocuk sahibi, ev hanımı, eğitim düzeyi ilkokul ve altı, sosyal güvence sahibi, orta-kötü gelir grubundan idi.
- Bakım vericilerin yarıya yakını inmeli hastanın eşi, yaklaşık %40'ı çocuğu idi.
- Bakım vericilerin yarıdan fazlasında bir kronik hastalık olduğu, ilaç kullandıkları ve genel sağlık algılarının orta düzeyde olduğu,
- Neredeyse yarısının inmeli hastaya 3 yıldan uzun süredir bakım verdiği, hastanın direkt bakımı için günde 5 saat harcadıkları,
- Bakım verilen ortama ilişkin olarak çoğunluğun asansörü olmayan apartmanda yaşadığı, 1/3'ünün evinde hastaya ait oda olmadığı ve hastaların evde bakılmasının bakım vericinin yaşam alanını sınırladığı,
- Bakım verici bireylerin hiçbirinin bakım konusunda profesyonel yardım almadığı, yarısının bir yakınından haftada en az bir gün yardım aldığı ve bu destekten memnun olduğu, devletten bakım için maddi destek almak istediği ,
- Bakım konusunda zorlanmalarına rağmen bakım vericilerin yarıya yakınının gündüz bakımevi konusunda olumsuz görüş bildirdiği,
- Yarıdan fazlasının hastaya bakım vermede kendini kısmen yeterli/yetersiz hissettiği, neredeyse hiçbirinin hasta bireyin bakımı konusunda eğitim almadığı saptandı, ancak yine yarıdan fazlası eğitime gereksinim duymadığını ifade etti.
- Bakım verme ile ilgili olarak en çok sıkıntı yaşanan konular hastanın hareket sorunundan dolayı GYA gerçekleştirememesi, hastanın davranış/konuşma sorunları, maddi sıkıntı, ailevi sorunlar, destek olacak kimsenin olmaması idi. Olumlu yönler olarak manevi tatmin duygusu belirtildi.
- Çalışma kapsamına alınan hasta yakınlarına “inme hastalığı”, “hastam”, “bakım vermek”, “kendim” kelimelerinin kendilerine neler çağrıştırdığı sorulduğunda, olumsuzluk ve güçlük içeren ifadeler dile getirildi.

- Bakım verenlerin ruhsal ve sosyal fonksiyonel durumları incelendiğinde yarısının anksiyeteli ve çoğunun depresif olduğu saptandı. Bakım vericilerin sosyal desteğinin orta düzeyde olduğu, en fazla sosyal desteğin aileden geldiği,
- Bakım veren bireylerin yaşam kalitesi incelendiğinde, puanların orta düzeyde olduğu; en iyi puanın fiziksel fonksiyondan alındığı; fiziksel rol ve emosyonel rol açısından ise yaşam kalitesinin kötü olduğu,
- Bakım veren bireylerin yükü incelendiğinde ortalama değerin 43,5 olduğu; bakım verenlerin yarıdan fazlasının orta dereceden aşırı dereceye varan bakım yükü bildirdiği görüldü.
- Örnekleme alınan hastaların yaş ortalaması 65, yarısı kadın, 2/3'ü evli, kalanı dul, çoğu çocuk sahibi, eğitimsiz, yarısı ev hanımı, kalanların çoğu emekli idi. Hastaların sosyal güvencelerinin olduğu, gelirinin giderini idare eder düzeyde karşıladığı saptandı.
- Hastaların inme tipinin iskemik olduğu, yarısında sol hemisferin etkilendiği, risk faktörleri olarak en sık hipertansiyon, diyabet ve hiperkolesterolemi olduğu, çoğunun antikoagülan ilaç ve antihipertansif ilaç kullandığı, taburculuk sonrası 2/3'ünün kendi evinde, 1/3'ünün çocuğunun evinde yaşadığı görüldü. Hastalar bakım verici tarafından kendisine verilen bakımdan memnun idi.
- Hastaların Rankin ortalamasının $3,02 \pm 1,48$, Barthel GYA İndeksi puan ortalamasının $54,33 \pm 39,83$, MMSE ortalamasının $17,97 \pm 9,84$, HADÖ anksiyete skoru ortalamasının $11,10 \pm 5,68$, depresyon skorunun ortalamasının $12,34 \pm 4,87$ olduğu,
- Hastaların çoğunun banyo yapma vb etkinliklerde, yarısının merdiven inip çıkma ve düz yüzeyde yürümede bağımlı olduğu görüldü.
- Hastaların yaşam kalitesi incelendiğinde, alt boyutlarda sorun yaşamayan hasta oranları düşüktü; bu oranlar hareket edebilme için %13,6, kendi kendine bakabilme için %13,6, olağan işlerini yapabilme için %14,9, ağrı ve rahatsızlık için %10, endişe ve moral bozukluğu için %9 idi. EQ-5D_{index} ve EQ-5D_{VAS} ortalamaları 0,26 ve 46,1 idi.
- Bakım verici yükü hastaya ilişkin özellikler açısından incelendiğinde; sosyodemografik özellikler ve hastalık sürecine göre yükün değişmediği görüldü

- Hastanın bakımdan memnuniyeti ile bakım verici yükü arasında negatif korelasyon bulundu.
- Hastanın fonksiyonel durumu ile bakım verici yükü arasındaki ilişki incelendiğinde; Barthel ve Rankin ile negatif; MMSE, HADÖ depresyon ve anksiyete ile pozitif korelasyon gösterdi.
- Hastanın yaşam kalitesi ile bakım verici yükü arasında negatif yönde korelasyon bulundu.
- Bakım verici yükü bakım vericiye ilişkin özellikler açısından incelendiğinde; kadınların erkeklere göre, hasta ile yakınlık derecesi bakımından anne ve babaların eş, çocuk ve akrabaya göre bakım verici yükünün daha fazla olduğu görüldü.
- Kronik hastalığı olan bakım vericilerin yük ortalamasının olmayanlara göre daha yüksek olduğu saptandı. Bakım vericinin genel sağlık algısı ile bakım yükü arasında negatif yönde korelasyon tespit edildi.
- Bakım verme deneyiminin özellikleri açısından bakım verici yükü değerlendirildiğinde, direkt bakım için harcanan süre arttıkça yükün arttığı, evde hastaya ait odanın olmadığı ve bakım vericinin yaşam alanının sınırlandığı durumlarda yükün arttığı, bakım için yardıma ve gündüz bakımevlerine gereksinim duyanların bakım verici yükünün daha fazla olduğu saptandı.
- Hastaya bakım vermede kendini kısmen yeterli veya yetersiz hissedenlerin yeterli hissedenlere göre, eğitime gereksinim duyanların duymayanlara göre bakım yükü puanlarının daha yüksek olduğu görüldü.
- Bakım verici yükü ile HADÖ anksiyete ve depresyon puanları arasında pozitif yönde korelasyon, sosyal destek puanı ile negatif yönde korelasyon tespit edildi.
- Bakım vericinin yaşam kalitesi ile bakım verici yükü arasında negatif yönde korelasyon tespit edildi.
- Bakım verici yükünü etkileyen bakım vericiye ve hastaya ilişkin faktörler linear regresyon analizine sokulduğunda, bakım vericinin anksiyetesi ve hastanın depresyonunun bakım verici yükünü artırdığı, sosyal destek, hastanın fonksiyonel durumu ve bakımdan memnuniyetinin yükü azalttığı görüldü.

Sonuçlar doğrultusunda şunlar önerilebilir:

- İnmeli hastaların primer bakım vericilerinin bakım vermeden dolayı yaşanan yük açısından değerlendirilmesi,
- Bakım verici yükü açısından risk altında olan (hastanın ebeveyni, kadın, kronik hastalığı olan, genel sağlık algısı kötü, bakım verdiği ortam koşulları kötü, direkt bakım için harcadığı süre uzun olan) bakım vericilere özel dikkat gösterilmesi,
- Hastaların fiziksel fonksiyonunun kötü olması ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olması bakım verici yükünü ağırlaştırdığından, yararlanabilecek hastaların fiziksel rehabilitasyona yönlendirilmesi, hareket etmeyi ve günlük yaşamı kolaylaştırıcı ürünler ve ev içi düzenlemeler konusunda hasta ve bakım vericisine danışmanlık verilmesi,
- İnme ünitelerinde çalışan hemşirelerin bakım vericilerin ihtiyaçlarına duyarlı, terapötik iletişim teknikleri içeren yaklaşımlarda bulunması,
- Hastanın depresyonu hem hasta sonuçlarını hem bakım verici yükünü olumsuz etkileyen bir faktör olduğundan depresif hastaların profesyonel desteğe yönlendirilmesi,
- Hastanın yaşam kalitesi bakım vericinin yükünü etkilediğinden hastanın genel sağlık durumunu iyileştirmeye yönelik girişimlerde bulunulması,
- Bakım vericilere sosyal desteği artırmaya yönelik önerilerde bulunulması,
- Depresyon ve özellikle anksiyete bakım verici yükünü artırdığından, bakım vericinin duygudurumunun izlenmesi, gereğinde profesyonel destek sağlanması,
- Başetme kaynaklarının artırılması için ilgili kaynaklara yönlendirilmesi,
- Bakım vericilere devletin ve yerel yönetimlerin sunduğu olanaklar konusunda danışmanlık yapılması,
- İnmeli hastanın bakımı konusunda bakım vericilerin gereksinimlerine uygun ve sürekli eğitim programları düzenlenmesi,
- Primer bakım vericilerin karşılaştıkları güçlüklerde başvurabilecekleri danışma merkezlerinin oluşturulması önerilebilir,
- Bakım verenlerin hastalarını gereksinim duydukça ve/veya sürekli bırakabilecekleri kurumlar açılması,
- Ülkemizde inme hastalığına özgü rehabilitasyon hemşireliği ve evde bakım hemşireliği geliştirilmesi,

- İnme hastalarının ve bakım vericilerinin yaşamış olduğu güçlükler ve nedenlerine ilişkin, özellikle anksiyete ve depresyonun daha derinlemesine araştırıldığı daha kapsamlı ve kalitatif çalışma yapılması önerilebilir.

6.KAYNAKLAR

- Adams, H.P., Zoppo, G., Alberts, M.J., Bhatt, D.L., Brass, L., Furlan, A. ve ak. (2007b). Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. *Stroke*, **38**, 1655-1711.
- Adams, H.P., Zoppo, G.J. ve Kummer, R. (2007a). İnmeye yaklaşım: inmenin önlenmesi, değerlendirilmesi ve tedavisi için pratik bir kılavuz. Çeviri: Yüksel, A. AND danışmanlık eğitim yayıncılık. 69-102.
- Akdemir, N. (2005). ‘Sinir sistemi hastalıkları ve hemşirelik bakımı’. Akdemir, N., Birol, L. (Ed.) İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Genişletilmiş 2.Baskı, Ankara, 811-821.
- Akgün, S., Rao, C., Yardım, N., Basara, B.B., Aydın, O., Mollahaliloglu, S. and Lopez, A.D. (2007). Estimating mortality and causes of death in Turkey: Methods, results and policy implications. *The European Journal of Public Health*, **17**(6), 593-9
- Aktaş A. (2010). İnmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesi, anksiyete ve depresif belirti düzeyi üzerine etkisi. İÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi, İstanbul.
- Akyar, İ ve Akdemir, N. (2008). Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 32–49.
- Allender, J.A. and Spradley, B.W. (2001). Clients in home health, hospice, and long-term settings. *community health nursing concepts and practice*, Lippincott, 739-753.
- Arpacı, F. ve Arlı, M. (2001). Aile ortamında demanslı yaşlı bakımında karşılaşılan sorunlar. 1. Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı, 332–344.
- Aydemir, Ö., Güvenir, T., Küey, L., Kültür, S. (1997). Hastane anksiyete depresyon ölçeği türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, **8**, 280–287.
- Bacon E, Milne DL, Sheikh AI, Freeston MH (2009). Positive Experiences in Caregivers: An Exploratory Case Series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **37**, 95–114.
- Başara, B.B., Dirimeşe, V., Özkan, E. ve Varol, Ö. (2006). T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması 2004. Ünüvar, N., Mollahaliloglu, S. ve Yardım, N. (Ed.) Ankara, Türkiye, Erişim 10.5.2010, <http://www.hm.saglik.gov.tr>.
- Bejot, Y., Benatru, I., Rouaud, O., Fromont, A., Besancenot, J.P., Moreau, T. ve Giroud, M. (2007). Epidemiology of stroke in Europe: Geographic and environmental differences. *Journal of the Neurological Sciences*, Nov **15:262**(1-2), 85-8.
- Berssun, O. Şizofrenide Aile Faktörü: expressed emotion ölçek geliştirme ve uyarlama denemesi. Uzmanlık tezi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, 1991.

Brott, T., Adams, H.P. ve Olinger, C.P. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. *Stroke*, 1999, **20**, 864-70.

Burton, C. ve Gibbon, B. (2005). Expanding the role of the stroke nurse: a pragmatic clinical trial. *Journal of advanced nursing*, **52**(6), 640-650.

Buzlu, S. (2006). İnmede Duygudurum Sorunları. 3.Ulusal Beyin Damar Hastalıkları Kongresi 2. İnme Hemşireliği Kursu Notları. 6 Haziran 2006, Kervansaray Hotel, Antalya.

Crod-Arter, F. J., Coral, L.F., Trizotta, D.S. ve Moreira, C.M. (2009). Burden and perceived health status among caregivers of stroke patients. *Cerebrovascular Diseases*, **28**, 472-480.

Carod-Artal, F.J. ve Egido, J.A. (2009). Quality of life after stroke: the importance of a good recovery. *Cerebrovasc Diseases*, **27**(1), 204-14.

Çetinkaya, Y. (2006). Kanser hastalarına bakım verenlerde stres, stres yaratan durumlar ve etkilerinin incelenmesi.Yüksek lisans tezi, İzmir.

Chandra, V., Pandav, R., Laxminarayan, R., Tanner, C., Manyam, B., Rajkumar, S. ve ark. İçinde: Jamison, D.T., Breman, J.G., Measham, A.R., Alleyne, G., Claeson, M., Evans, D.B., Jha, P., Mills, A. ve Musgrove, P (Ed). *Disease Control Priorities in Developing Countries*. 2nd edition. Washington (DC): World Bank, 2006. Chapter 32.

Chow, K.Y.S. (2007). Coping and caring: support for family caregivers of stroke survivors, *journal of nursing and healthcare of chronic illness in association with journal of clinical nursing*. **16**(7b), 133-143.

Clark, P.C., Dunbar, S.B., Shields, C.G., Viswanathan, B., Aycock, D.M. ve Wolf, S.L. (2004). Influence of stroke survivor characteristics and family conflict surrounding recovery on caregivers mental and physical health. *Nursing Research*, **53**(6), 406-13.

Çoban, O. (2004). Beyin Damar Hastalıklarında Tanımlar, Sınıflama, Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri. Nöroloji ders notları. Öge, E. ve Zarko, S.B.(Ed.), Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul, 193-7.

Das S., Hazra A., Ray B.K., Ghosal M., Banerjee T.K., Roy T., Chaudhuri A., Raut D.K. ve Das S.K. (2010). Burden among stroke caregivers: results of a community-based study from Kolkata, India. *Stroke*, **41**(12), 2965-8.

Demiral, Y., Ergör, G. ve Ünal, B. (2006). Normative data and discriminative properties of short form 36 (SF-36) in Turkish urban population. *BMC Public Health*, **9**(6), 247.
Diamantopulos, D. (1999). Caring fort he elderly client with neurological deficits. İçinde: Zang, S., Allender, J.A. (Ed). *Home Care of the Elderly*, Lippincott, USA, 388-411.

Dileköz, A.Y. (2003). Alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarının tükenmişlik ve stresle başa çıkma tarzlarının karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.

Dorman, P., Slattery, J., Farrell, B., Dennis, M. ve Sandercock, P. (1997). Qualitative comparison of the reliability of health status assessment with the EuroQol and SF-36 questionnaires after stroke. *Stroke*, 1998, **29**, 63-68.

Doyle, P.J., McNeil, M.R., Mikolic, J.M., Prieto, L., Hula, W.D., Lustig, A.P. ve ark.Ross, K., Wambaugh, J.L., Gonzalez-Rothi, L.J. ve Elman, R.J. (2004). The burden of stroke scale (BOSS) provides valid and reliable score estimates of functioning and well-being in stroke survivors with and without communication disorders. *Journal of clinical epidemiology*. **57**, 997-1007.

Durna, Z., Krespi, Y., Memiş, S., Tülek, Z., Oruç, A. ve Nur, F. (2002). Akut inmeli hastalarda akut dönem hemşirelik bakımını iyileştirme çalışması. 1999-2002. İstanbul Üniversitesi araştırma fonu yayınlanmamış proje raporu. Proje no: 1295/050599.

Durna, Z., Krespi, Y., Memiş, S. ve Tülek, Z. (2003). Akut İnmeli Hastalarda Hemşirelik Bakımı Uygulama Rehberi. İ.Ü.Basımevi Yayın No: 4380, İstanbul.

Eker, D. ve Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, **10**, 45-55.

Eser, E., Dinç, G. ve Cambaz, S. (2007). EURO-QoL (EQ-5D) indeksinin toplum standartları ve psikometrik özellikleri: Manisa kent toplumu örnekleme. 2. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi Bildiri Özetleri Kitabı Meta Basımevi, İzmir, 78.

Feinberg, L.F. (2008). Caregiver Assessment: Understanding the issues. *American Journal of Nursing*, **108**(9), 38-39, <http://www.nursingcenter.com/ajnfamilycaregivers>, Erişim Tarihi: 12.10.2010.

Folstein, M.F., Folstein, S.E. ve McHugh, P.R. Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research* 1975, **12**, 189-198.

Garcés, J., Carretore, S., Ródenas, F. ve Alemán, C. (2009). A review of programs to alleviate the burden of informal caregivers of dependent persons. *Archives of gerontology and geriatrics*, **2036**, 6-12.

Greenwood, N., Mackenzie, A., Cloud, G.C. ve Wilson, N. (2008b). Informal primary carers of stroke survivors living at home – challenges, satisfactions and coping: A systematic review of qualitative studies. *Disability and Rehabilitation*, **31**(5), 337–351.

Greenwood, N., Mackenzie, A., Wilson, N. ve Cloud, G. (2008a). Managing uncertainty in life after stroke: A qualitative study of the experiences of established and new

Gülyüz, H. (2006). Nörolojik Hastalıklarda Evde Bakım. İçinde: Fadiloğlu, Ç., Ertem, G. ve Doğan, F. (Ed). *Evde Bakım*. Meta Basım, İzmir, 195-209.

Hafsteinsdóttir, T.B., Vergunst, M., Lindeman, E. ve Schuurmans, M. (2010). Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*. Erişim 10.10.2010, <http://www.sciencedirect.com/science/article>.

Haley, W.E., Allen, J.Y., Grant, J.S., Clay, O.J., Perkins, M. ve Roth, D.L. (2009). Problems and benefits reported by stroke family caregivers: Results from a prospective epidemiological study. *Stroke*, **40**, 2129-2133.

Hankey, G.J. ve Warlow, C. (1999). Treatment and second prevention of stroke: Evidence, costs and effects on individuals and populations. *Lancet*, **354**, 1457-63.

Heart and Stroke Foundation of Ontario. (2002). Tips and tools for everyday living: a guide for stroke caregiver. Internet:www.heartandstroke.ca (erişim tarihi:08.11.2010)

Hedberg, B., Cederborg, A.C. ve Johanson, M. (2007). Care-planning meetings with stroke survivors: nurses as moderators of the communication. *Journal of nursing management*, **15**, 214-221.

Hickey, J.V. (1997). *The Clinical Practice of Neurological and Neurosurgical Nursing*, Lippincott, NY.

Higginson, I.J. ve Gao, W. (2008). Caregiver assessment of patients with advanced cancer: Concordance with patients, effect of burden and positivity. *Health Qual Life Outcomes*, **2**(6), 42.

Hinojosa, M.S., Zsembik, B. ve Rittman, M. (2009). Patterns of informal care among Puerto Rican, African, American and white stroke survivors. *Ethnicity & Health*. 1-16.

Ho, C.S., Chan, A., Woo, J., Chong, P. ve Sham, A. (2009). Impact of caregiving on health and quality of life: A comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *Edical Sciences*, **64**(8), 873-879.

Honea, J. N., Brintnall, R., Given B., Sherwood P., Colao, B.D. ve Somers, C. S., (2008). Nursing assesment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, **12**(3), 507-516.

Huang, C., Sousa, V.D., Perng, S., Hwang, M., Tsai, C., Huang, M. ve Yao, S. (2009). Stressors, social support, depressive symtoms and general health status of Taiwanese caregivers of persons with stroke or Alzheimer's disease. *Journal of Clinical Nursing*, **18**, 502-511.

İnci, F. (2006). Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği, Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Denizli.
informal carers in the first 3 months after discharge. *International journal of nursing studies*. **46**, 1122-1133.

Jönsson, A.C., Lindgren, I., Hallström, B., Norrving, B. ve Lindgren, A. (2005). Determinants of quality of life in stroke survivors and their informal caregivers. *Stroke*, **36**, 803-808.

Kasuya, R.T., Polgar-Bailey, P. ve Takeuchi, R. (2000). Caregiver burden and burnout a guide for primary care physicians. *Postgraduate medicine*, **108**(7), 119-123.

Kjellström, T., Norrving, B. ve Shatchkute, A. (2007). Helsingborg declaration 2006 on European stroke strategies. *Cerebrovasc Diseases*, **23**, 229-241.

Koçyiğit, H., Aydemir, Ö. ve Ölmez, N. (1999). Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe Versiyonunun Güvenilirliği ve Geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*, **12**, 102-106.

Krespi, Y., Gurol, M.E., Çoban, O., Tuncay, R. ve Bahar, S. (2003). Stroke unit versus neurology ward--a before and after study. *J Neurol*, **250**(11), 1363-9.

Kutluk, K. (2004). *Epidemiyoloji. İskemik İnme*. İstanbul: Nobel Maatbacılık; 1-4.

Larson, J., Franze'n-Dahlin, A., Billing, E., von Arbin, M., Murray, V. ve Wredling, R. (2005). The impact of a nurse-led support and education programme for spouses of stroke patients: a randomized controlled trial. *Journal of clinical nursing*, **14**, 995–1000.

Larson J., Franzen-Dahlin, A., Billing, E., Murray, V., Wredling, R. ve Franze, N-A . (2005). Spouse's life situation after partner's stroke event: psychometric testing of a questionnaire, *Journal of advanced nursing*, **52**(3), 300–306

Louie, S.W.S., Liu, P.K.K. ve Man, D.W.K. (2009). Stress of Caregivers in Caring for People With Stroke Implications for Rehabilitation. *Geriatric Rehabilitation*, **25**(3), 191-197.

Larson, J., Franze-Dahlin, A., Ewa Billing, E., Von Arbin, M., Murray, V. ve Wredling, R. (2005). Predictors of quality of life among spouses of stroke patients during the first year after the stroke event, *Scand J Caring Sci*, **19**, 439–445

Marin, D., Dugue, M. ve Schmeidler, J. (2002). The Caregiver activity survey (CAS): Longitudinal validation of an instrument that measures time spent caregiving for individuals with Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, **15**, 680-86.

Marshall, R.S. (2008). Serebrovasküler hastalığı olan kişilerin muayenesi. İçinde: Rowland, L.P. (Ed). *Merritt's Neurology*. Çeviri (Eds) Baslo, B. ve Gürses, C. Güneş Tıp Kitabevleri. İstanbul, 291-293.

Mathers, C.D. ve Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, **3**(11), 442.

McCorkle, R., Grant, M., Frank, S. M. ve Baird, S. (1996). *Cancer Nursing: A Comprehensive Textbook*, W.B. Saunders Company, Philadelphia.

McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N. ve Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, **36**, 2181-2186.

McPherson, C. J., Wilson, K.G., Chyurlia, L. ve Charles Leclerc, C. (2011). The caregiving relationship and quality of life among partners of stroke survivors: A cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*, 9-29.

Memiş, S., Krespi, Y., Durna, Z. ve Tülek, Z. (2003). Akut İnme Hastalarında Akut Dönem Hemşirelik Bakımı Uygulama Rehberi. İÜ Basımevi. İstanbul, 4380.

Montgomery, R. ve Kwak, J. (2008). TCARE: Tailored caregiver assessment and referral: An evidence-Based Model to Target Services for Caregivers. *American Journal of Nursing*, **108**(9), 54-57. <http://www.nursingcenter.com/ajnfamilycaregivers>, Erişim Tarihi: 8.11.2008.

Nelson, M.M., Smith, M.A., Martinson, B.C., Kind, A. ve Luepker, R.V. (2008). Declining patient functioning and caregiver burden/health: The Minnesota stroke survey-quality of life after stroke study. *Gerontologist*, **48**(5), 573-583.

Nir, Z., Greenberger, C. ve Bachner, Y.G. (2009). Profile, burden, and quality of life of Israeli stroke survivor caregivers: a longitudinal study. *Journal of Neuroscience Nursing*, **41**(2), 92-105.

Ostwald, S.K., Bernal, M.P., Cron, G.S. ve Godwin, K.M. (2009). Stress experienced by stroke survivors and spousal caregivers during the first year after discharge from inpatient rehabilitation. *Top stroke rehabilitation*, **16**(2), 93-104.

Özdemir, Y.G. ve Dalkara, T. (2006). Yaşlılık ve inme. Arioğul, S., Cankurtaran, M., Halil, M.G. ve Yavuz, B.B. (Ed.), *Geriatri ve Gerontoloji*, MN Medikal & Nobel. Ankara, 927-934.

Özge, A., İnce, B., Somay, G., Çakmak, S.E., Uluduz, D., Bulkan, M. ve ark. (2009). The caregiver burden and stroke prognosis. *Journal of neurological sciences (turkish)*, **26**(2), 139-152.

Özyemişçi OT, Gunendi Z, Aknar O, Karataş GS, Sepici V. (2011). Revisiting length of stay in stroke rehabilitation in Turkey. *Arch Phys Med Rehabil* 92: 257-64.

Park, Y., H. (2007). Day healthcare services for family caregivers of older people with stroke: needs and satisfaction. *Journal of advanced nursing*, **61**(6), 619-630.

Qui, Y. ve Li, S. (2008). Stroke: coping strategies and depression among Chinese caregivers of survivors during hospitalization. *Journal of clinical nursing*, **10**, 1563-1573.

Rigby, H., Gubitz, G. ve Phillips, S. (2009). A systematic review of caregiver burden following stroke. *Stroke*, **4**(4), 285-92.

Rosamond, W., Flegal, K., Furie, K., Go, A., Greenlund, K., Haase, N. ve ark. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee (2008). Heart disease and stroke statistics-2008 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*, **117**(4), e25-146.

Rothwell, P.M., Coull, A.J., Giles, M.F., Howard, S.C., Silver, L.E., Bull, L.M. ve ark. (2004). Change in stroke incidence, mortality, case-fatality, severity and risk factors in Oxfordshire, UK from 1981 to 2004 (Oxford Vascular Study). *Lancet*, **363**, 1925-1933.

Rundek, T. ve Sacco, R.L. (2004). Outcome following stroke. J.P. Mohr, D.W. Choi, J.C. Grotta, B. Weir, P.A. Wolf, (Ed.). Stroke: Pathophysiology, Diagnosis and Management. (Fourth Ed.). USA: Churchill Livingstone; 35-57.

Sacco, R.L., Adams, R.J., Albers, G., Alberts, M.J., Benavente, O., Furie, K. ve ark. (2006). Guidelines for prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack. Stroke, **37**, 577-617.

Sacco, R.L. (2008). Serebrovasküler hastalığın patogenezi, sınıflandırılması ve epidemiyolojisi. Rowland, L.P. (Ed). Merritt's Neurology. Çeviri Eds: Baslo, B., Gürses, C. Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul, 275-291.

Shah, S. (1994). In praise of the biometric and psycometric qualities of the Barthel Index. Physiotherapy, **80**, 769-771.

Sherwood, P.R., Given, C.W., Given, B.A., ve Von Eye, A. (2005). Caregiver burden and depressive symptoms: analysis of common outcomes in caregivers of elderly patients. Journal of aging and health. Neurological disorders, **17**(2), 125-147.

Shulz, R. ve Beach, S.R. (2000). Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: Longitudinal findings from the Caregiver Health Effects Study. Psychology and Aging, **15**(4), 607-616.

Silver, J.H., Wellman, N. (2002). Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care Technologies. J Am DietAssoc., **102**, 831-836.

Smith, J., Forster, A. ve Young, J. (2009). Cochrane review: information provision for stroke patients and their caregivers. Clin Rehabil., **23**(3), 195-206.

The EuroQol group (1990) EuroQol—a new facility for the measurement of health related quality of life. Health Policy, **16**, 199–208.

Theresa, L., Green, A. ve King, M.K. (2009). Experiences of male patients and wife-caregivers in the first year post-discharge following minor stroke: A descriptive qualitative study. International Journal of Nursing Studies, **46**, 1194–1200.

Tülek Z (2010). Yaşlılarda inme. İçinde: Geriatrik Hasta ve Hemşirelik Bakımı, Fındık U, Erol O (Eds), Alter Yayıncılık, Ankara.

US Department of Health and Human Services. Post-Stroke Rehabilitation. AHCPR publication. 1995. 95-0662.

Vincent, C., Desrosiers, J., Landreville, P. ve Demers, L. (2009). Burden of caregivers of people with stroke: Evolution and predictors. Cerebrovascular Diseases., **27**(5), 456-464.

Visser-Meily, A., Post, M., Port, I., Maas, C., Forstberg-Warleby, G. ve Lindeman, E. (2009). Psychosocial functioning of spouses of patients with stroke from initial inpatient rehabilitation to 3 years poststroke: Course and relations with coping strategies. Stroke, **40**, 1399-1404.

- Visser-Meily, A., Van Heugten, C., Post, M., Schepers, V. ve Lindeman, E.(2005). Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review. **56**(3), 257-67.
- Ward, A., Payne, K.A., Caro, J.J., Heuschmann, P.U. ve Kolominsky-Rabas, P.L. (2004). Care needs and economic consequences after acute ischemic stroke: the Erlangen stroke project. *European journal of neurology*, 2005, **12**, 264-267.
- Ware, J.E. ve Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*, **30**, 473-483.
- White, C.L., Mayo, N., Hanley, J.A. ve Sharon Wood-Dauphinee, S. (2003). Evolution of the caregiving experience in the initial 2 years following stroke. *Research in Nursing & Health*, **26**, 177–189.
- White, C.L., Poissant, L., Côté-LeBlanc, G., Wood-Dauphinee, S. (2006). Long-term caregiving after stroke: the impact on caregivers' quality of life. *J Neurosci Nurs*, **38**(5), 354-60.
- WHO (2006). STEPS Stroke Manual: The WHO Stepwise Approach to Stroke Surveillance. Geneva, Erişim: 27.01. 2009.
- Wright, K.I., Hickey, V.J., Buckwalter, C. K., Shirley, A., Hendrix, A. S., ve Kelechi, T. (1999). Emotional and physical health of spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease and stroke. *Journal of Advanced Nursing*, **30**(3), 552-563.
- Theresa, L., Green, A. ve King, M.K. (2009). Experiences of male patients and wife-caregivers in the first year post-discharge following minor stroke: A descriptive qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, **46**, 1194–1200.

7- FORMLAR

EK 1: Bilgilendirme Formu

EK 2: Hasta bilgi formu

EK 3: Bakım verici bilgi formu

EK 4: Zarit bakım verici yükü değerlendirme skalası

EK 5: Hastane anksiyete ve depresyon ölçeği (HADO)

EK 6: Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği

EK 7: SF 36 Yaşam kalitesi

EK 8: MMSE (Mini Mental State Examination-Mini Mental Durum İncelemesi)

EK 9: Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

EK 10: Rankin Dizabilite (Yetiyitimi) Derecelendirmesi

EK 11: EQ-5D Yaşam kalitesi

EK 12: SF-36 Yaşam kalitesi ölçeği puanının hesaplanması

EK 13: Etik kurul izin yazısı

EK 14: Kurum izin yazısı

EK 1: BİLGİLENDİRME FORMU

Bu araştırma, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı kapsamında yürütülen bir tez çalışmasıdır. Araştırmanın amacı, inmeli hastaya bakım veren yakınlarının yaşadıkları güçlükleri belirlemektir. Sizlerle yüz yüze görüşme yapılarak hastanız, sağlık durumu, bakım ihtiyaçları ve hastanıza bakım verirken yaşadığınız güçlükler hakkında bilgi toplanacaktır.

Vereceğiniz yanıtlar bu araştırma için çok büyük değer ve önem taşımaktadır. Bu nedenle değerlendirmelerinizi sizi yansıtacak şekilde dürüstçe ve titizlikle yapmanız, cevaplandırılmamış soru bırakmamanız, geçerli ve güvenilir sonuçlar elde etmek açısından son derece önemlidir. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Cevaplarınız kesinlikle gizli tutulacak ve yalnızca araştırma amacına yönelik kullanılacaktır.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Gönül Koçak

Yard.Doç.Dr. Zeliha Tülek

İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü
İç Hastalıkları Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi
Tel: 0534 209 08 91

İ.Ü.Florence Nightingale Hemşirelik
Yüksekokulu İç Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve
Tez Danışmanı

EK 2: HASTA BİLGİ FORMU

Hastanın Adı Soyadı:

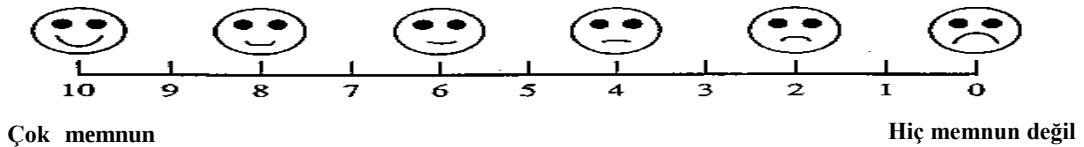
Anket no:

1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek
3. Medeni Durumunuz: 1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış 4) Dul 5) Ayrı yaşıyor
4. Çocuk varlığı: 1) Yok 2) Var:
5. Eğitim Durumunuz: 1) Okur yazar değil 2) Okur yazar 3) İlkokul 4) Ortaokul
5) Lise 6) Üniversite
6. Mesleğiniz: 1) Öğrenci 2) Memur 3) İşçi 4) Serbest meslek
5) Emekli 6) Ev hanımı 7) Diğer :
7. Çalışma Durumunuz: 1) Emekli 2) Tam gün 3) Yarım gün 4) Diğer.....
8. Sosyal Güvenceniz: 1) Yok 2) Var
9. Birlikte yaşadığı kişiler: 1) Eş 2) Çocuk 3) Bakıcı 4) Diğer:.....
10. Gelir düzeyiniz nedir?
1) Geliri giderini karşılıyor-İyi geçiniyor
2) Geliri giderini karşılıyor-İdare ediyor
3) Geliri giderini karşılamıyor-Zor geçiniyor

Hastalık sürecine ilişkin sorular:

11. İnme tarihi:..... İnme süresi:..... ay
12. SVH türü: 1) Serebral hemoraji 2) Serebral infarkt
13. Etkilenen bölge? 1) Sağ hemisfer 2) Sol hemisfer 3) Beyin sapı 4) Serebellum
14. Risk faktörleri: 1) Hipertansiyon 2) Diyabet 3) Hiperkolesterolemi
4) Sigara 5) Aile anamnezi
15. Halen kullanmakta olduğu ilaçlar?
1) Antiagregan 2) Antiagregan 3) Antihipertansif 4) OAD 5) İnsülin
6) Antihiperlipidemik 7) Kardiyak 8) Diğer
16. Taburculuk sonrası bakım nerede sürdürüldü?
a) Evde 1. Kendi evi 1a. Ailesi 1b. Bakıcı ile 1c. Evde bakım organizasyonu 1d. Yalnız
2. Başkasının evi 2a. Ailesi 2b. Bakıcı ile 2c. Evde bakım organizasyonu
b) Rehabilitasyon merkezinde
c) Kronik bakım hastanesinde

17. Şu anda size verilen bakımdan memnun musunuz?



EK 3: BAKIM VERİCİ BİLGİ FORMU

Anket no:

Hasta adı soyadı:

Bakım verici bireyin adı soyadı:

1. Hasta ile yakınlık dereceniz

1) Eş 2) Çocuk 3) Anne/baba 4) Kardeş 5) Akraba 6) Diğer:.....

2. Yaşınız:

3. Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek

4. Medeni Durumunuz: 1) Evli 2) Bekar 3) Boşanmış 4) Dul 5) Ayrı Yaşıyor

5. Çocuk varlığı: 1) Yok 2) Var:

6. Eğitim Durumunuz:

1) Okur yazar değil 2) Okur yazar 3) İlkokul 4) Ortaokul
5) Lise 6) Üniversite 7) Diğer:.....

7. Mesleğiniz: 1) Öğrenci 2) Memur 3) İşçi 4) Serbest meslek 5) Emekli
6) Ev hanımı 7) Diğer :.....

8. Çalışma durumunuz: 1) Tam gün 2) Yarım gün /esnek

9. Sosyal Güvenceniz: 1) Yok 2) Var

10. Birlikte yaşadığı kişiler: 1) Eş 2) Çocuk 3) Anne-baba 4) Diğer

11. Gelir düzeyiniz nedir?

1) Geliri giderini karşılıyor-İyi geçiniyor
2) Geliri giderini karşılıyor-İdare ediyor
3) Geliri giderini karşılamıyor-Zor geçiniyor

12. Herhangi bir sağlık sorununuz\hastalığınız var mı?

1) Hayır
2) Evet (Varsa lütfen belirtin)

13. Halen kullanmakta olduğunuz ilaçlar?

a) Antikoagülan b) Antiagregan c) Antihipertansif d) OAD e) İnsülin
f) Antihiperlipidemik g) Kardiyak i) Diğer:.....

15. Hastanız dışında, bakmakla yükümlü olduğunuz kişi/kişiler var mı?

1) Hayır 2) Evet

16. Cevabınız 'Evet' ise kimlere bakıyorsunuz?

1) Çocuk 2) Eş 3) Anne/baba 4) Kardeş 5) Akraba 6) Diğer

Bakım deneyimine yönelik sorular:

17. Daha önce başka bir hastanın bakımı konusunda deneyim yaşadınız mı?

1) Hayır 2) Evet

18. Cevabınız "Evet" ise bu hastaya bakım verme süreniz ne kadardı?

1) 1 aydan az 2) 1-6 ay 3) 6-12 ay 4) 13-24 ay 5) 2 yıldan fazla

Ortama ilişkin sorular:

19. İnmeli yakınınız ile aynı evde mi yaşıyorsunuz? 1) Hayır 2) Evet
20. Hastanın yaşadığı evin tipi? 1) Apartman 2) Müstakil ev
21. Ev kaçınca katta? (Hastanın yaşadığı):
22. Asansör var mı? (Hastanın yaşadığı evde) 1) Yok 2) Var
23. Evde hastaya ait oda var mı? 1) Hayır 2) Evet
24. Hastanın evde bakılması ailenin yaşam alanını sınırlıyor mu? 1) Hayır 2) Evet

İnmeli hastanın bakımına ilişkin sorular:

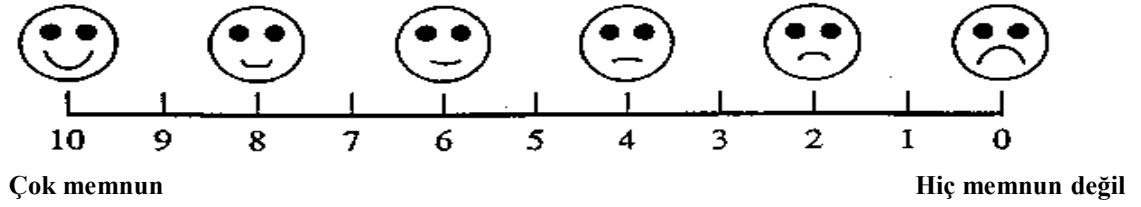
25. Hastaya bakma nedeniniz nedir? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
- () Ailevi sorumluluk
- () Sevdiğim için
- () Bakacak başka kimse olmadığı için
- () Evde bakım hizmetleri olmadığı için
- () Ekonomik katkısı olduğu için
26. Hastanıza hastalığı nedeniyle ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?
- 1) 6 ay altı 2) 6–12 ay 3) 13–24 ay 4) 25–37 ay 5) 38 ve üzeri
27. Hasta ile günde ortalama kaç saat geçiriyorsunuz?
28. Bu sürenin ne kadarını bakım için harcıyorsunuz?

Aşağıdaki işlerin her birinin, kim tarafından yapıldığını işaretleyiniz.

İşler	Hasta yapıyor	Hasta yakını yapıyor
29. Temel ev işleri (sofra toplamak vb)		
30. Günlük alışveriş		
31. Ailedeki rol ve sorumluluklar		
32. Tedavi ile ilgili işler (hastane randevuları, ilaç uygulamaları)		
33. Ekonomik işler (faturalar, banka işleri vb)		

34. Bakım konusunda yardım aldığınız kişi/kişiler var mı? 1) Hayır 2) Evet
35. Cevabınız evet ise kimden destek alıyorsunuz?
- (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- 1) Profesyonel evde bakım firması 2) Hemşire 3) Fizyoterapist
- 4) Ücretli bakıcı 5) Bir yakınınız 6) Diğer.....
36. Destek alma sıklığınız?
- 1) Her gün 2) Haftada birkaç gün 3) Haftada bir 4) İki haftada bir
- 5) Ayda bir 6) Ayda birden seyrek
37. Aldığınız destekten memnun musunuz?
- 1) Hayır 2) Evet
38. Hastaya bakma konusunda sizi dinlendirmek için yardıma ihtiyacınız var mı?
- 1) Hayır
- 2) Evet/ İstedığınız yardım nedir?.....
39. İnmeli hastanın bakımı konusunda eğitim aldınız mı?
- 1) Hayır 2) Evet

40. İnmeli hastanın bakımı konusunda kimden eğitim/ bilgi aldınız?
(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
1) Hemşire 2) Hekim 3) Başka bir hasta 4) Kitap/internet 5) Diğer
41. İnmeli hastanın bakımı konusunda eğitime ihtiyacınız var mı?
1) Hayır 2) Evet
42. İnmeli hastaya bakım vermede kendinizi nasıl hissediyorsunuz?
1) Yeterli 2) Kısmen yeterli 3) Yetersiz
43. Sizce, yakınınız şu anda kendisine verilen bakımdan memnun mu?



44. Hastanın bakımı ile ilgili devletten maddi destek alıyor musunuz? 1) Hayır 2) Evet
45. Hastanızı bırakabileceğiniz gündüz bakımevleri olmasını ister misiniz?
1) Hayır
2) Evet/ Öneriniz?.....
46. Hastaya bakım verirken en çok hangi konularda sıkıntı yaşıyorsunuz?
.....
47. Sizce hastaya bakım vermenin olumlu yönleri nelerdir?
.....
48. Aşağıda verilen ifadelerin size neler çağrıştırdığını söyleyiniz.
İnme hastalığı.....
Hastam.....
Bakım vermek.....
Ailem.....
Kendim

EK 4: Zarit Bakım Verici Yüğü Değerlendirme Skalası

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Hemen her zaman
1. Hastanızın ihtiyaç duyduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz ?	0	1	2	3	4
2. Hastanıza ayırdığınız zaman dolayısıyla kendinize yeterli zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz ?	0	1	2	3	4
3. Hem hastanızla ilgilenmek hem de aile veya işinizle ilgili diğer sorumluluklarınızı yerine getirmeye çalışmakta sıkıntı hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
4. Hastanızın davranışlarından utanıyor musunuz?	0	1	2	3	4
5. Hastanızın yakınındayken kendinizi sinirli hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
6. Hastanızın diğer aile üyeleri ve arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz etkilediğini hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
7. Gelecekte hastanızı nelerin beklediğine dair korkularınız var mı?	0	1	2	3	4
8. Hastanızın size bağımlı olduğunu hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
9. Hastanızın yakınında iken kendinizi gergin hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
10. Hastanızla ilişkinizden dolayı kendi sağlığınızın etkilendiğini hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
11. Hastanızdan dolayı olmasını istediğiniz düzeyde bir özel hayatınızın olmadığını hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
12. Hastanıza baktığınız için özel hayatınızın kötüleştiğini hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
13. Hastanızdan dolayı eve arkadaşlarınızı çağırmaktan çekiniyor musunuz?	0	1	2	3	4
14. Hastanızın sizden başka dayanabileceği, güveneceği kimse yokmuş gibi sadece sizin ona bakmanızı istediğini hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
15. Hem hastanızın bakımını sağlamak hem de diğer ihtiyaçlarınızı karşılamak için yeterli paranızın olmadığını hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
16. Hastanıza uzun süre daha bakamayacağınızı hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
17. Hastanızın hastalığından bu yana kendi hayatınızın kontrolünü kaybettiğinizi hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
18. Hastanızın bakımını başka birine bırakabilmeyi ister misiniz?	0	1	2	3	4
19. Hastanızla ilgili ne yapacağınıza dair soru işaretleriniz var mı?	0	1	2	3	4
20. Hastanız için daha fazla bir şeyler yapmanız gerektiğini hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
21. Hastanızın bakımında daha iyi bir iş yapabileceğinizi hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4
22. Hastanıza bakarken kendinizi ağır yük altında hissediyor musunuz?	0	1	2	3	4

EK 5: Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ)

Bu anket sizi daha iyi anlamamıza ve size yardımcı olmamıza olanak sağlayacak. Her maddeyi okuyunuz ve son birkaç gününüzü göz önünde bulundurarak nasıl hissettiğinizi en iyi ifade eden yanıtın yanındaki parantezin içine çarpı (X) işareti koyunuz. Yanıtınız için çok düşünmeyiniz, aklınıza ilk gelen yanıt en doğrusu olacaktır. Samimi katkılarınız için teşekkür ederiz.

- 1) Kendimi gergin ve telaşlı hissediyorum:
 - ☐ Her zaman
 - ☐ Çoğu zaman
 - ☐ Bazen
 - ☐ Hiçbir zaman
- 2) Eskiden hoşlandığım şeylerden hala hoşlanıyorum:
 - ☐ Eskisi kadar hoşlanıyorum
 - ☐ Eskisinden biraz az hoşlanıyorum
 - ☐ Sadece biraz hoşlanıyorum
 - ☐ Hoşlanmıyorum
- 3) İçimde sanki kötü şeyler olacaktı gibi, korkuya benzer bir his var:
 - ☐ Kesinlikle ve oldukça fazla var
 - ☐ Evet var, ama o kadar kötü değil
 - ☐ Biraz var, ama beni rahatsız etmiyor
 - ☐ Böyle bir şey yok
- 4) Gülebiliyor ve olayların eğlenceli yanını görebiliyorum:
 - ☐ Bunu her zaman yapabildiğim kadar yapıyorum
 - ☐ Bunu su anda eskisi kadar çok yapamıyorum
 - ☐ Bunu su anda pek yapamıyorum
 - ☐ Bunu hiç yapamıyorum
- 5) Kafamın içinde endişe verici düşünceler gidip geliyor:
 - ☐ Her zaman
 - ☐ Oldukça sık
 - ☐ Zaman zaman ama sık değil
 - ☐ Nadiren
- 6) Kendimi coşku dolu hissedebiliyorum
 - ☐ Hiçbir zaman
 - ☐ Bazen
 - ☐ Çoğu zaman
 - ☐ Her zaman
- 7) Sakin bir şekilde oturup, kendimi rahatlamış hissediyorum
 - ☐ Her zaman
 - ☐ Çoğu zaman
 - ☐ Bazen
 - ☐ Hiçbir zaman

- 8) Kendimi sanki yavaşlamış gibi hissediyorum ve bunun bedensel hastalığımla ilgisi yok
☐ Her zaman
☐ Çoğu zaman
☐ Bazen
☐ Hiçbir zaman
- 9) İçimi bir ürperti kaplıyor; midemde yanma oluyor:
☐ Hiçbir zaman
☐ Zaman zaman ama sık değil
☐ Oldukça sık
☐ Sürekli olarak
- 10) Nasıl görüldüğümle artık ilgilenmiyorum:
☐ Hiç ilgilenmiyorum
☐ Gerektiği kadar ilgilenmiyorum
☐ Bazen ilgilendiğim oluyor
☐ Her zaman olduğu kadar ilgileniyorum
- 11) Sanki her an hareket etmek zorundaymışım gibi huzursuzum, yerimde duramıyorum
☐ Her zaman
☐ Çoğu zaman
☐ Bazen
☐ Hiçbir zaman
- 12) Geleceğe sevinçle bakıyorum
☐ Her zaman gibi
☐ Her zamankinden biraz daha az
☐ Her zamankinden çok daha az
☐ Hemen hiç sevinçle bakamıyorum
- 13) Aniden panik duygusuna kapılıyorum:
☐ Her zaman
☐ Çoğu zaman
☐ Bazen
☐ Hiçbir zaman
- 14) İyi bir kitap, radyo ya da televizyon programından hoşlanabiliyorum
☐ Her zaman
☐ Çoğu zaman
☐ Bazen
☐ Hiçbir zaman

EK 6: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

1. İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
2. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
3. Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
5. Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
8. Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
10. Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
11. Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK 7: SF-36

Bu soru formu size sağlığınıza ilgili görüşlerinizi sormaktadır. Bu bilgiler sizin nasıl hissettiğinizi ve her zamanki faaliyetlerinizi ne rahatlıkla yapabildiğinizi izlemekte yardımcı olacaktır. Bu formu doldurduğunuz için teşekkürler.

1. Genel olarak sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

Mükemmel	Çok İyi	İyi	Zayıf	Kötü

2. Bir yıl öncesiyle karşılaştırdığınızda, şimdi sağlığınıza nasıl değerlendirirsiniz?

Bir yıl önceye göre çok daha iyi	Bir yıl önceye göre biraz daha iyi	Bir yıl önceye göre hemen hemen aynı	Bir yıl önceye göre biraz daha kötü	Bir yıl önceye göre çok daha kötü

3. Aşağıdakiler normal olarak gün içerisinde yapıyor olabileceğiniz bazı faaliyetlerdir. Şu sıralarda sağlığınıza size bu faaliyetler bakımından kısıtlıyor mu? Kısıtlıyorsa ne kadar?

	Evet, oldukça kısıtlıyor	Evet, biraz kısıtlıyor	Hayır, hiç kısıtlamıyor
a. <u>Yorucu faaliyetler</u> , örneğin koşmak, ağır eşyalar kaldırmak ya da futbol gibi sporlarla uğraşmak			
b. <u>Orta zorlukta faaliyetler</u> , örneğin masa çekmek, süpürmek ya da bisiklete binme, yüzme gibi sporlar			
c. <u>Çarşı-pazar torbalarını taşımak</u>			
d. <u>Birkaç kat merdiven çıkmak</u>			
e. <u>Bir kat merdiven çıkmak</u>			
f. <u>Eğilme, diz çökme ya da yerden bir şey almak</u>			
g. <u>Bir kilometreden fazla yürümek</u>			
h. <u>Birkaç yüz metre yürümek</u>			
i. <u>Yüz metre yürümek</u>			
j. <u>Yıkanmak ya da giyinmek</u>			

4. Geçtiğimiz 4 hafta boyunca, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, bedensel sağlığınıza nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a. İş veya diğer etkinlikler için harcadığınız zamanı azalttınız mı?		
b. Yapmak istediğinizden daha azını mı başardınız?		
c. Yapabildiğiniz iş türünde veya diğer etkinliklerinizde kısıtlama oldu mu?		
d. İş veya diğer etkinlikleri yaparken güçlük çektiniz mi?		

5. Geçtiğimiz 4 hafta boyunca, işiniz veya diğer günlük etkinliklerinizde, duygusal sorunlar (bunalım veya fazla heyecan) nedeniyle aşağıdaki sorunların herhangi biriyle karşılaştınız mı?

	Evet	Hayır
a. İş veya diğer etkinlikler için harcadığımız zamanı azalttınız mı?		
b. Y yapmak istediğinizden daha azını mı başardınız?		
c. İşiniz veya diğer uğraşlarınızı her zamanki kadar dikkatli yapamıyor muydunuz?		

6. Geçtiğimiz 4 hafta boyunca bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız, aileniz, arkadaş veya komşularınızla normal olarak yaptığınız sosyal etkinliklere ne ölçüde engel oldu?

Hiç	Biraz	Orta derecede	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------------	---------	-----------

7. Geçtiğimiz 4 hafta boyunca ne kadar bedensel ağrınız oldu?

Hiç	Çok hafif	Hafif	Orta	Şiddetli	Çok şiddetli
-----	-----------	-------	------	----------	--------------

8. Geçtiğimiz 4 hafta boyunca ağrınız normal işinize (ev dışında ve ev içinde) ne kadar engel oldu?

Hiç	Biraz	Orta derecede	Oldukça	Çok fazla
-----	-------	---------------	---------	-----------

9. Aşağıdaki sorular geçtiğimiz 4 hafta boyunca kendinizi nasıl hissettiğinizle ve işlerin sizin için nasıl gittiğiyle ilgilidir. Lütfen, her soru için nasıl hissettiğinize en yakın olan cevabı verin. Geçtiğimiz 4 hafta içindeki sürenin ne kadarında...

	Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
a. Kendinizi hayat dolu hissettiniz?						
b. Çok sinirli oldunuz?						
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar moraliniz bozuk ve kötü oldu?						
d. Kendinizi sakin ve huzurlu hissettiniz?						
e. Kendinizi enerjik hissettiniz?						
f. Kendinizi çökkün ve kederli hissettiniz?						
g. Kendinizi bitkin hissettiniz?						
h. Kendinizi mutlu hissettiniz?						
i. Kendinizi yorgun hissettiniz?						

10. Geçtiğimiz 4 hafta boyunca, bedensel sağlığınız veya duygusal sorunlarınız sosyal etkinliklerinize (arkadaş veya akraba ziyareti vb) ne sıklıkta engel oldu?

Her zaman	Çoğu zaman	Oldukça	Bazen	Nadiren	Hiçbir zaman
-----------	------------	---------	-------	---------	--------------

11. Aşağıdaki her bir ifade sizin için ne kadar DOĞRU veya YANLIŞtır?

	Kesinlikle doğru	Çoğunlukla doğru	Bilmiyorum	Çoğunlukla yanlış	Kesinlikle yanlış
a. Başkalarından biraz daha kolay hastalandığımı düşünüyorum.					
b. Ben de tanıdığım herkes kadar sağlıklıyım					
c. Sağlığımın kötüye gideceğini sanıyorum					
d. Sağlığım mükemmel.					

EK 8:**MMSE (Mini Mental State Examination-Mini Mental Durum İncelemesi)**

Ad/ Soyad:
 Eğitim (yıl):.....
 Tarih:

Yaş:
 Aktif el:.....
 T.puan:

Oryantasyon (Toplam puan 10) (Her bir madde için 1 puan verilir)

Hangi yıl içindeyiz:.....()
 Hangi mevsimdeyiz:.....()
 Hangi aydayız()
 Bugün ayın kaç()
 Hangi gündeysiniz()
 Hangi ülkede yaşıyoruz()
 Şu an hangi şehirde bulunmaktasınız.....()
 Şu an bulunduğunuz semt neresidir.....()
 Şu an bulunduğunuz bina neresidir.....()
 Şu an bu binada kaçınca kattasınız.....()

Kayıt hafızası (Toplam puan 3)

Size birazdan söyleyeceğim üç ismi dikkatlice dinleyip ben bitirdikten sonra tekrarlayın (masa, bayrak, elbise) (20 sn süre tanınır, her doğru isim için 1 puan verilir)
()

Dikkat ve Hesap Yapma (Toplam puan 5)

100'den geriye doğru 7 çıkartarak gidin. Dur deyinceye kadar devam edin.
 (Her doğru işlem için 1 puan verilir) (100, 93, 86, 79, 72, 65,)
()

Hatırlama (Toplam puan 3)

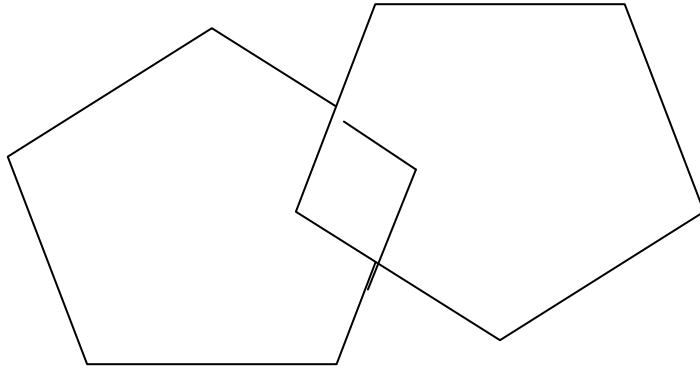
Yukarıda tekrar ettiğiniz kelimeleri hatırlıyor musunuz? Hatırladıklarınızı söyleyin
 (masa, bayrak, elbise) (Her doğru isim için 1 puan verilir)
()

Lisan (Toplam puan 9)

- a)** Bu gördüğünüz nesnelerin isimleri nedir? (saat, kalem) (20 sn süre tanınır her doğru isim için 1 puan verilir) (Toplam puan 2)()
- b)** Şimdi size söyleyeceğim cümleyi dikkatle dinleyin ve ben bitirdikten sonra tekrar edin. "Eğer ve fakat istemiyorum" (10 sn süre tanınır, doğru ve tam cümle için 1 puan verilir)()
- c)** Şimdi sizden bir şey yapmanızı isteyeceğim, beni dikkatle dinleyin ve söylediğimi yapın. "Masada duran kağıdı sağ/sol elinizle alın, iki elinizle ikiye katlayın ve yere bırakın lütfen" (30 sn süre tanınır, her doğru işlem için 1 puan verilir, toplam puan 3)()
- d)** Şimdi size bir cümle vereceğim.* Okuyun ve yazıda söylenen şeyi yapın (Doğru işlem için 1 puan verilir)()
- e)** Şimdi vereceğim kağıda aklınıza gelen anlamlı bir cümleyi yazın (30 sn süre tanınır, anlamlı cümle için 1 puan verilir)()
- f)** Size göstereceğim şeklin aynısını çizin.* (1 dk süre tanınır, kenar sayısı tam şekil için 1 puan verilir).....()

* Lütfen arka sayfadaki cümle ve şekli gösteriniz.

GÖZLERİNİZİ KAPATIN.



EK 9: Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

	Bağımlı	Max yardım	Min yardım	Bağımsız
Beslenme	0	-	5	10
Yatak/ koltuk transferi	0	5	10	15
Kendine bakım	0	-	-	5
Klozete oturup kalkma	0	-	5	10
Banyo yapma	0	-	-	5
Düz yüzeyde yürüme/ tekerlekli iskemle kull.	0	5	10	15
Merdiven inip çıkma	0	-	5	10
Giyinip soyunma	0	-	5	10
Barsak kontrolü	0	-	5	10
Mesane kontrolü	0	-	5	10
Total skor				

EK 10: Rankin Dizabilite (Yetiyitimi) Derecelendirmesi

0	Hiç semptom yok
1	Semptom varlığına rağmen önemli yetiyitimi yok, tüm alışılmış iş ve aktivitelerini sürdürebiliyor
2	Hafif yetiyitimi, önceki aktivitelerinin tümünü gerçekleştiremiyor ama kendi işlerini yardımsız yapabiliyor
3	Orta derecede yetiyitimi, bir parça yardıma gereksinim duyuyor, ancak yardımsız yürüyebiliyor
4	Orta-ağır derecede yetiyitimi, yardımsız yürüyemiyor ve beden gereksinimlerini yardımsız karşılayamıyor
5	Ağır derecede yetiyitimi, yatağa bağımlı, inkontinansı var, sürekli hemşirelik bakım ve gözlemine gereksinimi var
6	Ölüm

EK 11:



Her grubun karşısında bulunan kutulardan birine yandaki gibi bir işaret koyarak (☑ bu şekilde), bugünkü sağlık durumunuzu en iyi ifade eden cümlecği işaretleyiniz.

Hareket edebilme

- Yürürken, hiç bir güçlük çekmiyorum ☐
- Yürürken bazı güçlüklerim oluyor ☐
- Yatalağım ☐

Kendi kendine bakabilme

- Kendime bakmakta güçlük çekmiyorum ☐
- Kendi kendime yıkanırken veya giyinirken bazı güçlüklerim oluyor ☐
- Kendi kendime yıkanacak veya giyinebilecek durumda değilim ☐

Olağan işler

- (örneğin ; iş, ders çalışma, ev işleri, aile içi veya boş zaman faaliyetleri)
- Olağan işlerimi yaparken herhangi bir güçlük çekmiyorum ☐
- Olağan işlerimi yaparken bazı güçlüklerim oluyor ☐
- Olağan işlerimi yapabilecek durumda değilim ☐

Ağrı/Rahatsızlık

- Ağrı veya rahatsızlığım yok ☐
- Orta derecede ağrı veya rahatsızlıklarım var ☐
- Aşırı derecede ağrı veya rahatsızlıklarım var ☐

Endişe / Moral Bozukluğu

- Endişeli veya moral bozukluğu içinde değilim ☐
- Orta derecede endişeliyim veya moralim bozuk ☐
- Aşırı derecede endişeliyim veya moralim çok bozuk ☐

Hayal
edilebilecek
en iyi sağlık
durumu

Sağlık durumunun ne kadar iyi veya kötü olduğunu ifade edebilmede yardımcı olabilmek için, üzerinde hayal edilebildiğiniz en iyi sağlık durumunu 100 ile, ve hayal edilebildiğiniz en kötü sağlık durumunu ise 0 ile g sterebileceğiniz, (termometreye oldukça benzeyen) bir ölçek çizdik.

Bu  l ek üzerinde, bugünkü sağlığınızın kendi düşüncenize göre ne kadar iyi veya kötü olduğunu işaretlemenizi istiyoruz. Lütfen, bunu; alttaki kutucuktan, şu anki sağlık durumunuzun ne kadar iyi veya kötü olduğunu gösteren noktaya kadar bir çizgi çizerek yapınız.  izginiz  l ek üstündeki bir noktayı mutlaka kesmelidir.

**Bugünkü
sağlık
durumunuz**



Hayal edilebilecek
en kötü sağlık
durumu

EK 12:**SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ PUANININ HESAPLANMASI**

	Ölçek puanı / dönüştürülen puan					
Madde	1	2	3	4	5	6
1	5,0	4,4	3,4	2,0	1,0	
2	5	4	3	2	1	
3a	1	2	3			
3b	1	2	3			
3c	1	2	3			
3d	1	2	3			
3e	1	2	3			
3f	1	2	3			
3g	1	2	3			
3h	1	2	3			
3i	1	2	3			
3j	1	2	3			
4a	1	2				
4b	1	2				
4c	1	2				
4d	1	2				
5a	1	2				
5b	1	2				
5c	1	2				
6	5	4	3	2	1	
7	6,0	5,4	4,2	3,1	2,2	1,0
8	5	4	3	2	1	
9a	6	5	4	3	2	1
9b	1	2	3	4	5	6
9c	1	2	3	4	5	6
9d	6	5	4	3	2	1
9e	6	5	4	3	2	1
9f	1	2	3	4	5	6
9g	1	2	3	4	5	6
9h	6	5	4	3	2	1
9i	1	2	3	4	5	6
10	1	2	3	4	5	
11a	1	2	3	4	5	
11b	5	4	3	2	1	
11c	1	2	3	4	5	
11d	5	4	3	2	1	

Ölçek (boyut)	Soruların son puan değerleri toplamı	Olası en düşük ve en yüksek ham puanlar	Olası ham değer aralığı
Fiziksel işlev	3a+3b+3c+3d+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10-30	20
Fiziksel rol	4a+4b+4c+4d	4-8	4
Ağrı	7+8	2-12	10
Genel sağlık algısı	1+11a+11b+11c+11d	5-25	20
Yaşamsallık	9a+9e+9g+9i	4-24	20
Sosyal işlev	6+10	2-11	9
Mental rol	5a+5b+5c	3-6	3
Mental sağlık	9b+9c+9d+9f+9h	5-30	25
Bir yıllık sağlık algısındaki değişim	2	1-5	4

Alınan ham puan – olası en düşük ham puan

Boyut değeri = ----- x 100

Olası ham puan aralığı

ETİK KURUL KARARI

DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐	
	SIGORTA	☐	
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐	
	ILAN	☐	
	YILLIK BİLDİRİM	☐	
	SONUÇ RAPORU	☐	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐	
	DİĞER	☐	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: D-22	Tarih: 22.12.2009
	Gönül Koçak'ın sorumluluğunda yapılması tasarlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına ve Kurulumuz kararının başvuru sahibi tarafından Sağlık Bakanlığı'na arzına toplantıya katılan etik kurul üyelerinin oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
CALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik , İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu, ve Etik Kurul SOP
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI: Prof. Dr. Öner Süzer	

ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	İlişki *	Katılım **	İmza
Prof. Dr. Öner SÜZER (Başkan)	Farmakoloji	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR (Başkan Yardımcısı)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. İlkay ALP (Genel Sekreter)	Eczacı	I.Ü. Eczacılık Fakültesi	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Hüseyin ÖZ (Üye)	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Zerrin YİĞİT (Üye)	Kardiyoloji	I.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Mehmet Rıza ALTIPARMAK (Üye)	İç Hastalıkları	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Akif TURNA (Üye)	Göğüs Cerrahisi	Yedikule Göğüs Hst. ve Göğüs Cerrahisi EAH	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Soykan ARIKAN (Üye)	Genel Cerrahi	Istanbul EAH	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Uzm. Dr. Ayşem KAYA (Üye)	Biyokimya	I.Ü. Kardiyoloji Enstitüsü	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Fatma Arın NAMAL (Üye)	Deontoloji	I.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Prof. Dr. Ertan YURDAKÖŞ (Üye)	Fizyoloji	I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Doç. Dr. Gülsüm Nurhan İNCE (Üye)	Halk Sağlığı	I.Ü. İstanbul Tıp Fakültesi	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Yrd. Doç. Dr. Hüseyin ÖZCAN (Üye)	Hukukçu	I.Ü. Hukuk Fakültesi	E	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	
Öğretmen Zümrüt GAMLI (Üye)	Fransızca Öğretmeni	Emekli	K	E ☐ H ☐	E ☐ H ☐	

* :Araştırma ile İlişki

** :Toplantıda Bulunma

KURUM İZİN YAZISI



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Sayı :SG.B104İSM.4344743.605.99/43 GP
Konu :Araştırma İzni

11/11/2010

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu yüksek lisans öğrencisi Gönül KOÇAK'ın "İnmeli Hastalarda Bakım Verici Yüğü" konulu araştırma çalışmasını Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulaması Müdürlüğümüzce uygun görülmüş olup, protokol örneği ektedir. Çalışmanın kurumunuzda uygulanması sırasında protokol dışına çıkılmaması için gerekli özenin gösterilmesi hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz.Dr.İbrahim TOPÇU
Müdür a.
Sağlık Müdür Yardımcısı

EK :Protokol örneği (1 adet - 1 sayfa)

DAĞITIM:
Gereği:
Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları E.A.H.

Bilgi:
İstanbul Üniversitesi
Florence Nightingale H.Y.O.

Yönelime
10.12.2010
R.Ş.

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
KURUM İZİN YAZISI
3589
10.12.2010

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı *İstanbul Sağlık Müdürlüğü* ile *İstanbul Üniversitesi Florence Nihtingale Hemşirelik Yüksekokulu* arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: *Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları E.A.H.*

Çalışmanın adı: *"İnmeli Hastalarda Bakım Verici Yükü"*

Bu çalışmayı yürütecek kişi/kişiler: *Gönül KOÇAK*

Konusu:

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda3 ay.....süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) Başlangıç: *01.11.2010* / Bitiş: *10.02.2011*

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tezvs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

h)Araştırma verileri, sözel ya da yazılı olarak kullanıldığında ilgili kurum/kurumların(Hastane, Sağlık Grup Başkanlığı, Sağlık Ocağı vs.) ismi zikredilmeyecektir. Aksi takdirde cezai müeyyide uygulanacaktır.

Ek Bilgi:

Taraflar:

...../2010

Adı-Soyadı

Gönül KOÇAK

OLUR

...../2010

Vali a.

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU

Sağlık Müdürü

...../2010

Uz. Dr. İbrahim TOPCU
Sağlık Müdür Yardımcısı

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1-

Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü ile İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale H.Y.O arasında düzenlenmiştir.

Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluşlar: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'dir.

Çalışmanın adı:İnmeli Hastalarda Bakım Vericilerin Yükü' dir.

Bu çalışmayı yürütecek kişi: Gönül KOÇAK'tır.

Konusu:

Madde 2-

a) Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını kurala bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.

b)Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.

c)Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.

d)Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

Protokol süresince yapılacak çalışmalar sırasında, yapılan çalışmayı devam ettiren kişi ya da kişiler aynı olacaktır. Saha çalışmasına katılan ve protokolle tesbit edilen kişide değişiklik yapılması ya da yeni kişinin çalışmaya dahil edilmesi ancak Sağlık Müdürlüğünün onayı olursa olacaktır. Ya da protokol iptal edilecektir.

Protokolün süresi:

a) Bu çalışmanın yürütücüsü kurumlarımızda 3 (üç) ay süre ile çalışmasını yürütecektir.

b) Başlangıç...15/06/2010.../Bitiş...15/06/2010...

c) Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir protokole bağlıdır.

d)Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

Protokolün uygulanması ile ilgili çıkabilecek sorunlar tarafların yetkili temsilcileri tarafından görüşülerek çözülecektir.

Yürürlük:

a) Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilecektir.

b) Çalışma Üniversite ya da kurum tarafından kabul edildikten sonra bir nüshası kitapçık halinde İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesine teslim edilecektir.

c)Yürürlük bölümündeki a ve b maddelerinin yerine getirilmediği takdirde kurumumuza ait veriler yayın/proje/tezvs gibi bilimsel bir çalışmada kullanılamayacaktır.

d)Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da alınacaktır.

e) Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.

f)Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

g)Çalışma esnasında her tür ilaç uygulaması veya girişim için gerek hastanın kendisi ya da yasal vasisinden gerekse etik kuruldan onay alınacaktır.

Ek Bilgi:

Taraflar:

...../...../2010

Adı-Soyadı
Gönül KOÇAK



OLUR

...../...../2010

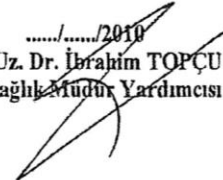
Vali a.

Prof. Dr. Ali İhsan DOKUCU
Sağlık Müdürü



...../...../2010

Uz. Dr. İbrahim TOPÇU
Sağlık Müdür Yardımcısı



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Gönül	Soyadı	Koçak
Doğ.Yeri	Istanbul	Doğ.Tar.	15.03.1984
Uyruğu	T.C	TC Kim No	13973084588
Email	gonulkck@gmail.com	Tel	5342090891

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Yük.Lis.	İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2008-
Lisans	Ege Üniversitesi Ödemiş Sağlık Yüksekokulu	2003-2008
Lise	Bahçeşehir Atatürk Süper Lisesi	1997-2003

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre
1.	Hemşire	Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi)	2009 mart-
2.	Hemşire	İnternational Hospital Acıbadem/Yeşilköy	2008 Ağustos - 2009 Mart
3.			-

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜDS Puanı	Puanı
İngilizce	İyi	İyi	İyi		63

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	70	69	

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office	İyi

Yayınlari/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

ULUSAL YAYIN VE ETKİNLİKLER

Koçak G., Akbıyık A., Oksel E., ‘Kronik Kalp Yetersizlikli Hastalarda Öz-Bakım Gücünün Değerlendirilmesi’ EFIM (European Federation of Internal Medicine) Congress, 27-30 Mayıs 2009, İstanbul, Poster Bildiri.

Koçak G, Çelebioğlu A., Sert Z.E., Koçer A., ‘Örnek Olay: Toplumla Bütünleşerek Değişim Yaratmak’, 13. Pratisyen Hekimlik Kongresi, 29 Ekim-02 Kasım 2008, Antalya, Sözel Bildiri.

Oksel E, Gündüzoğlu ÇN, Koçak G, Karaca A: 'Hemodiyaliz Hastalarında Sosyal Desteğin Depresyona Etkisi', 10. Ulusal İç Hastalıkları Kongresi, 15-19 Ekim 2008, Antalya , Sözel Bildiri.

KATILDIĞI KURSLAR, KONGRELER, TOPLANTILAR

‘Neonatal Resüsitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası’ Sağlık Bakanlığı, 12-14 Ekim 2009, İstanbul.

‘6. Ulusal ‘Uluslararası Katılımlı’ Hemşirelik Öğrencileri Kongresi’, İstanbul Üniversitesi, 26-29 Haziran 2009, İstanbul, Katılımcı.

‘Prof.Dr.Ayhan Songar II.Davranış fizyolojisi sempozyumu’, 14 Kasım 2008, İ.Ü.CTF Oditoryum, Katılımcı.

‘1. Uluslararası Katılımlı Evde Bakım Kongresi’, Ege Üniversitesi, 06-08 Kasım 2006, İzmir, Katılımcı.

‘V. Dahiliye Tıp Günleri’, Ege Üniversitesi, 19-20 Nisan 2006, İzmir, Katılımcı.

Özel İlgi Alanları (Hobileri):