

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Özgül EROL

**İNME Lİ HASTALARA BAKIM VEREN HASTA
YAKINLARININ BAKIMA HAZIR OLUŞLUK VE
STRES DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Emine PEKTAŞ

Referans no: 10426700

EDİRNE-2024

**T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Özgül EROL

**İNME Lİ HASTALARA BAKIM VEREN HASTA
YAKINLARININ BAKIMA HAZIR OLUŞLUK VE
STRES DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

(Yüksek Lisans Tezi)

Emine PEKTAŞ

EDİRNE-2024

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	i
ETİK BEYAN	ii
İTHAF	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
SİMGE VE KISALTMALAR.....	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. İnme.....	3
2.1.2. İnme Epidemiyolojisi	3
2.1.3. İnme Etiyolojisi.....	4
2.1.4. İnme Risk Faktörleri.....	6
2.1.5. İnmenin Tanı ve Kriterleri.....	7
2.1.6. İnme Belirti ve Bulguları	7
2.1.7. İnme Tedavisi.....	8
2.1.8. İnme Komplikasyonları	9
2.1.9. İnme Sonrası Rehabilitasyon	10
2.1.10. İnmede Hemşirelik Bakımı.....	11
2.2.11. İnmede Bakıma Temel Oluşturabilecek Hemşirelik Tanıları.....	12
2.2.12. Stres	13
2.2.13. Stresi Etkileyen Faktörler	14
2.2.14. Stres Yönetimi ve Hemşirelik Bakım	15
2.3.15. Bakıma Hazır Oluşluluk.....	16
2.3.16. Bakım Yüğü	17
2.3.17. Bakım Verici Stresi	17
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	19
4. BULGULAR	24
5.TARTIŞMA.....	40
KAYNAKLAR.....	49

EKLER	I
EK-1 HASTA YAKINI TANITIM FORMU.....	II
EK-2 BAKIM VERMEYE HAZIR OLUŞLUK ÖLÇEĞİ	III
EK-3 BAKIM VERENİN STRES ÖLÇEĞİ	V
EK-4 ETİK KURULU İZNİ	VII
EK-5 ÖLÇEK KULLANIM İZNİ.....	VIII
EK-6 ÖLÇEK KULLANIM İZNİ.....	IX
ÖZGEÇMİŞ	X
BENZERLİK RAPORU	XI



ONAY SAYFASI



ETİK BEYAN

“İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakıma Hazır Oluşluk Ve Stres Durumlarının Değerlendirilmesi ” adlı bana ait olan tez çalışmamın bütün aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, bütün verileri ve bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, verilerde ve sonuçlarda herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimin yazımında yapay zeka yazılımları kullanmadığımı, diğer kaynaklardan elde ettiğim bilgi ve yorumlara tezimde uygun şekilde kaynak gösterdiğimi ve kaynaklar bölümünde yer verdiğimi, patent ve telif haklarını ihlal edici herhangi bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Emine Pektaş
İmza

İTHAF

Her daim yanımda olan “anneme ve babama” ithaf ediyorum.



TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim boyunca bana yol gösteren, bilgilendiren, her zaman yapıcı olan bende yeri hep ayrı ve özel kalacak olan değerli ve sevgili hocam Prof.Dr. Özgül EROL'a, bilgilerinden faydalandığım değerli hocalarım Prof.Dr. Serap ÜNSAR ve Dr.Öğr. Üyesi Seda KURT'a, teşekkür ederim.



SİMGE VE KISALTMALAR

SVH: Serebrovasküler Hastalık

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

ICH: İntraserebral Kanama

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

BT: Bilgisayarlı Tomografi

MR: Manyetik Rezonans

SAK: Subaraknoid Kanama

HT: Hipertansiyon

DM: Diyabetes Mellitus

TOAST: Trial of Org 10,172 Acute Stroke Treatment

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

KİBAS: Kafa İçi Basınç Artışı

TDK: Türk Dil Kurumu

Ark: Arkadaşları

ÖZET

“İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakıma hazır oluşluk ve stres durumlarının değerlendirilmesi”, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Edirne, 2024.

Giriş ve Amaç: Bu araştırmanın amacı, inmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakıma hazır oluşluk ve stres durumlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntemler: Kesitsel tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, nöroloji kliniğinde inme tanısı almış 118 hastanın primer bakım verici olan hasta yakınları ile yürütüldü. Veriler ‘Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği’, ‘Bakım Veren Stres Ölçeği’ ve ‘Hasta Yakını Tanıtım Formu’ kullanılarak toplandı. Çalışmada elde edilen veriler, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde, maksimum, minimum) ve Student t testi, Oneway Anova testi, Kruskal Wallis testi ve korelasyon analizi kullanılarak değerlendirildi. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Bakım vericilerin yaş ortalamasının $52.00 \pm 14,00$ yıl, %70,3’ünün kadın, %80,5’inin evli, %66,9’unun ilköğretim mezunu olduğu saptandı. Bakım vericilerin cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çocuk sayısı, çalışma durumu, gelir düzeyi, kronik hastalığa sahip olma durumu, hastaya yakınlık derecesi gibi özelliklerinin bakım vermeye hazır oluşluk ve stres durumlarını etkilemediği saptandı. Köyde yaşayanların bakım vermeye hazır oluşluk düzeylerinin düşük, stres düzeylerinin ise yüksek olduğu bulundu.

Sonuç: Bakım vericilerin stres düzeyi arttıkça bakım vermeye hazır oluşluk düzeylerinin azaldığı saptandı. İnme geçiren hastaların yakınlarının bakıma hazır oluşluk ve stres durumlarının hemşireler tarafından değerlendirilmesi ve gerekli girişimlerin uygulanması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Hemşire, İnme, Bakıma hazır oluşluk, Stres, Bakım verici

ABSTRACT

“Evaluation of care readiness and stress levels of family members of patients with stroke”,
Trakya University Institute of Health Sciences, Department of Nursing, Master's Thesis,
Edirne, 2024.

Background and Aim: The aim of this study, was to evaluate the care readiness and stress levels of family members of patients with stroke.

Material and Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted with the primary caregivers of 118 patients diagnosed with stroke in the neurology clinic. Data were collected using the 'Care Readiness Scale', 'Caregiver Stress Scale' and 'Patient Relative Introduction Form'. The data obtained in the study were evaluated using descriptive statistical methods (mean, standard deviation, frequency, percentage, maximum, minimum) and student t test, Oneway Anova test, Kruskal Wallis test and correlation analysis. A value of $p < 0.05$ was accepted as statistically significant.

Results: It was determined that the average age of the caregivers was 52.00 ± 14.00 years, 70.3% were women, 80.5% were married, and 66.9% were primary school graduates. It was determined that caregivers' characteristics such as gender, marital status, educational status, number of children, employment status, income level, chronic disease status, and degree of closeness to the patient did not affect their readiness to provide care and their stress status. It was found that the caregiving readiness levels of those living in the village were low and their stress levels were high.

Conclusion: It was determined that as caregivers' stress level increased, their level of readiness to provide care decreased. It is recommended that nurses evaluate the care readiness and stress levels of family members of stroke patients and implement the necessary interventions.

Key words: Nurse, Stroke, Care readiness, Stress, Caregiver

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnme, beyin kan damarlarının tıkanıklığı ya da yırtılması sonucu serebral dokuya yeterli kan gitmemesi sebebi ile ortaya çıkan önemli morbidite ve mortalite nedeni olan ani nörolojik tablodur (1 ,2, 3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünyadaki ölüm ve engellilik nedenleri arasında inme, ikinci sırada yer almaktadır (4, 5).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2022 ölüm nedenleri incelendiğinde % 35,4 dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer almıştır. Dolaşım sistemi hastalıklarından kaynaklı alt ölüm nedenlerine bakıldığında ise % 42,3 iskemik kalp hastalıkları, %23,5 diğer kalp hastalıkları, %19,2'sinin Serebrovasküler Hastalık (SVH) olduğu görülmektedir. Serebrovasküler Hastalık'tan kaynaklı ölüm nedeni ise 2021 yılında %18,9 iken 2022 yılında bu oranın %19,2' ye yükseldiği görülmektedir (6).

İnme, iskemik (tıkayıcı) ve hemorajik (kanayıcı) inme şeklinde sınıflandırılmaktadır ve inme türlerinin %85'i iskemik inme olarak görülmektedir (7, 8). İnmeli bireylerde; spastisite, ağrı (özellikle omuz ağrısı yaygındır), basınç ülseri, derin ven trombozu, üriner ve fekal inkontinans, aspirasyon pnömonisi gibi klinik bulguların görülme riski yüksektir. İnme sonrası hastaların, hafıza, düşünme, iletişim ve hareketlilikte zorluk yaşaması günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede kısıtlılıklara, anksiyetik tabloya ve yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (9, 10).

Bakım, Türk Dil Kurumu sözlüğü tanımına göre iyi durumda olmak ve iyi olacak durumların gelişmesi için verilen emek olarak tanımlanmaktadır (11). İnme, motor fonksiyonların zayıflaması ve sakatlıkla sonuçlanabilmesi nedeniyle uzun dönem bakım gerektiren ve gelişmekte olan ülkelerde görülme sıklığı artan kronik bir sağlık sorunudur. Bakım verme, doyum sağlama, öz saygı gibi pozitif yönlerinin yanında bilgi eksikliği ve toplumsal destek azlığı gibi negatif yönleri de içermektedir (12, 13, 14).

Bakım verme, çok boyutlu bir deneyim olup aile içinde bir bireyin bakım ihtiyaçları ile diğer aile üyelerinin günlük düzenleri etkilenmektedir. Bakım verme yükü, bakım verenin fiziksel, sosyal ve maddi olgular üzerinde olumsuz etkiler bırakan çok yönlü bir kavram olarak kabul edilmektedir. Bakımın yük olarak algılanma düzeyi

arttıkça bakım vericilerinde stres, anksiyete ve depresyon düzeylerinde artışlar olduğu bildirilmektedir (15, 16).

Stres organizmanın, bir durum karşısında stresör adı verilen ve bireyin homeostazisini değiştiren, baş etme gücünün yeterli olmaması ve söz konusu durumun birey tarafından benlik bütünlüğüne bir saldırı olarak algılanması veya değerlendirilmesi sonucunda ortaya çıkan tepki olarak tanımlanmaktadır (17, 18).

İnme sonrası, hastanın bağımlı hale gelmesi bakım verici tarafından beklenmedik durum, fiziksel, sosyal ve emosyonel açıdan olumsuzluk olarak algılanmaktadır. Bu nedenle bakım vericilerin bakıma yeterince hazır olmadıkları ve inme nedeniyle çeşitli düzeylerde yeti yitimine sahip olan bir hastaya bakım vermek durumunda olmanın stres düzeylerini artırdığı düşünülmektedir.

Bu çalışmada amaç, inme geçiren hastaların yakınlarının bakıma hazır oluşluk ve stres durumlarını değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnme

İnme, DSÖ tarafından vasküler olaylara bağlı gelişen, hızlıca yerleşip, fokal veya global serebral disfonksiyona yol açan, beyne gelen kan akımının uzun süre yetmezliğine bağlı olarak ortaya çıkan 24 saat ya da daha uzun sürebildiği gibi ölümle de sonuçlanabilen klinik bir durumdur (19, 20, 21).

İnme, beyne hasar vermesiyle birlikte organ, doku, ekstremit ve kas fonksiyonlarına da zarar vererek hastaların prognozunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilen ciddi ve kronik bir sağlık problemidir. İnme, beynin yanı sıra, başka organ ve doku hasarı oluşturarak hücrelerin ölümüne yol açan nöroinflamasyonu etkin hale getirmektedir. İnme sonrası ekstremitelerin spastisitesi, motor iyileşme süreci hastaların prognozunu ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (22, 23, 24).

2.1.2. İnme Epidemiyolojisi

İnme, tüm dünyada koroner arter hastalıkları ve kanserlerden sonra ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada bulunmaktadır (25, 26).

Her yıl 6,5 milyon insan, inme nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Bu ölümlerin %51'i erkek, %49'u kadınlardan oluşmaktadır. Her yıl 12,2 milyondan fazla subaraknoid kanama (SAK), 7,6 milyondan fazla iskemik felç ve 3,4 milyondan fazla intraserebral kanama meydana gelmektedir. Yılda 373 bin kişi SAK, 3,3 milyon kişi iskemik felçten ve 3 milyon kişi intraserebral kanamadan dolayı yaşamını yitirmektedir. 2019 yılında küresel olarak yaklaşık 143 milyon engelliliğe göre ayarlanmış yaşam yılının (DALY) nedeninin inme olduğu belirtilmiştir (27, 28).

Dünya Sağlık Örgütü 2025 yılına dek, bulaşıcı olmayan hastalıkları azaltmayı amaçlamıştır. Her iki saniyede yaş ve cinsiyet fark etmeksizin bir birey inme tanısı almaktadır. Küresel olarak artan inmeler, birincil inme ve kardiyovasküler hastalıkların önlenmesi konusunda yetersiz kaldığını göstermektedir. Bunun için ilk amaç; birincil inme önleme stratejisi, ekonomik analiz, kılavuzların incelenmesi, eksikliklerin

tamamlanması, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolü konusunda çalışmaların artırılması gerekmektedir (29, 30).

Ülkemizde ölüm nedenleri incelendiğinde; 2022 yılında %35,4 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer almış ve alt ölüm nedenlerine bakıldığında %42,3'ünün iskemik kalp hastalıkları, %19,2'sinin ise serebrovasküler hastalıklar nedeniyle meydana geldiği açıklanmıştır (31). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, Türkiye'de 2020 yılında inme nedeniyle her bir saatte 4 kişi hayatını kaybetmektedir (32).

2.1.3. İnme Etiyolojisi

İnme; beyin dolaşımında kan akışının kaybına bağlı olarak iskemik, beyin içine doğru olan kanamaya bağlı ise hemorajik inme olarak sınıflandırılmaktadır. Bütün inmelerin %87'si iskemik, %10'u hemorajik ve %3'ü ise subaraknoid hemoraji şeklindedir. İnmeye neden olan faktörler değiştirilemez veya değiştirilebilir nedenler olmak üzere sınıflandırılmıştır. Değiştirilemeyen faktör yaş, cinsiyet, ırk, genetik olup; değiştirilebilir faktörler inmeyi azaltmada önemli değişkenlerdir (sigara içme, hipertansiyon, diyabet, yağ ve tuzdan zengin beslenme ve diğer çevresel faktörler) (33, 34).

İskemik inmenin patofizyolojik sınıflandırması, inme tedavisindeki temel yaklaşıma dayanarak oluşturulmuştur. Akut inme tedavisinde en çok kullanılan araç ise Trial of Org 10,172 Acute Stroke Treatment (TOAST) sınıflandırmasıdır. İskemik inme büyük arter hastalığı, kardiyoembolizm, küçük damar tıkanıklığı, belirlenmemiş etiyolojiye bağlı felç ve diğer belirlenmiş etiyolojiye bağlı felç olmak üzere TOAST 5 alt kategoriden oluşmaktadır (35, 36, 37).

İskemik İnme

1. Büyük arter trombozları: Ateroskleroz plaklarının karotid arter veya dallarından birinde ortaya çıkan tıkanmaya bağlı olarak gelişmektedir. Damar duvarında oluşan ateroembolizmde pıhtı parçalanarak taşınmakta ve iskemik alan gelişimine yol açmaktadır (8, 37, 38, 39, 40).

2. Küçük arter trombozları: Laküner inme olarak da adlandırılmaktadır. Genellikle, bazal ganglionlar, pons ve talamus etrafındaki küçük damarlarda oluşan ve tıkanma ile gelişmekte olup hastalar duyu-motor işlevleri ile ilgili bulgular

göstermektedirler (8, 37, 38, 39, 40).

3. Kardiyoembolizm: Kalp içerisindeki pıhtının dolaşıma katılması sonucu serebral iskemik oluşmaktadır. Kardiyak ritim bozuklukları ve genellikle atriyal fibrilasyonlar sebep olmaktadır (8, 37, 38, 39, 40).

4. Nedeni bilinmeyen: Sonuçlar ile açıklanamayan veya birçok nedeni barındıran inme türü olmaktadır (8, 38, 39, 40).

5. Diğer nedenler: Hematolojik bozukluklar, artan pıhtılaşma durumları, migren, yasaklı madde kullanımı, vertebral arterin ya da karotid arterin yırtılması gibi nedene göre değişmekte olup sebep ortadan kaldırılmalıdır (8, 38, 39, 40).

Geçici İskemik Atak

Geçici iskemik atak, minör inme olarak görülmekte ve bilgisayarlı tomografi (BT) veya difüzyon ağırlıklı görüntüleme ile herhangi bir yeni enfarktüs alanı olmayıp nörolojik defisitlerin olduğu; 24 saatten kısa süren, focal beyin fonksiyonu kaybı atakları olarak tanımlanan bir durumdur. Bu durumda 24 saat içinde aspirin ve klopidoğrel ile ikili antitrombosit tedavi başlanmalıdır. Nedeni belirlemeye yönelik değerlendirmede, uygun şekilde müdahale, yönlendirme ve risk faktörlerinin kontrolü amaçlanmalıdır (41, 42, 43, 44).

Hemorajik inme

Hemorajik inmede beyindeki bir damarın yırtılması sonucu, beyin dokusunun içine veya beyin çevreleyen zarların arasına kanama olmaktadır. Beyin kanamasın bağlı ölüm oranı, iskemik inmeye göre daha yüksektir. Birçok gelişmiş ülkede morbidite ve mortalitenin üçüncü büyük nedenidir. Etiyolojide rol alan etkenlere göre dört grupta incelenmektedir (33, 45, 46).

1. İntraserebral hemoraji: Beyin dokusu içerisine olan kanamalar olup iskemik inmeden sonra en sık görülen ikinci inme türüdür. Genellikle aterosklerotik yaşlılar ve hipertansif kişilerde görülmektedir. Nörogörüntüleme ayırt edici tanı için önemlidir. Hırıltılı solunum, baş ağrısı, derin koma, kanama olan beyin tarafının karşı bölgesinde hemipleji ve kanama olan tarafta pupil dilatasyonu görülmektedir. Baş ve gözler kanama olan tarafa çevrilmiştir (45, 46, 47, 48).

2. Subaraknoid hemoraji: Beynin subaraknoid mesafesine olan kanama olup hipertansiyon, serebral anevrizma ve baş travmaları neden olup hasar alan bölge rüptüre

olana dek belirti vermeyip beyin hasarı açısından sessiz risk olarak görülmektedir. Genç ve orta yaşlarda daha çok görülmektedir. En önemli belirtisi baş ağrısı olup bilinç bulanıklığı, ense sertliği, bulantı, kusma gibi belirtiler de görülmektedir (46, 48, 49).

3. Epidural hemoraji: Genellikle kafa travmalarından sonra meninks arterlerinin birinin yırtılması sonucu kanın duramater ve kemik arasında toplanmasıdır. Belirtileri iskemik inmeyi taklit ettiği için bulgular önemli bulunmaktadır. Göz dibinde staz, kanama görülür. Kısa süreli bilinç açık kalabilir, kafa içi basınç artar ve boşaltılmaz ise ölümle sonuçlanabilir (46, 48, 50).

4. Subdural hematoma: Ven sebepli kanama olup epidural kanamaya göre daha yavaş seyirlidir. Kan dura ve araknoid arasında toplanır. Nöroşirurji vakaları arasında en sık karşılaşılan yaralanma türü olmasıyla beraber yaşlı bireylerde prognoz kötü olmaktadır. Beyinde ani ve direkt basınca yolaçmaktadır (46, 48, 51)

2.1.4. İnme Risk Faktörleri

İnme, artan morbidite ve mortalite oranı ve fiziksel, emosyonel ve toplumsal çıktıları ile gelişmiş ve az gelişmiş olan ülkelerde büyük bir sağlık problemi olarak görülmektedir. Risk faktörlerinin bilinmesi ve değiştirilebilen faktörlerin değiştirilmesi için çaba gösterilmesi, inme insidansını azaltmada etkili olacaktır (34, 52, 53, 54).

Tablo 2.1. İnme risk faktörleri (8, 55, 56, 57).

Değiştirilemeyen risk faktörleri	Değiştirilebilir risk faktörleri	
	Kesinleşmiş faktörler	Kesinleşmemiş faktörler
- Yaş - Cinsiyet - İrk - Genetik - Ailede inme/Geçici iskemik atak öyküsü - Düşük doğum tartısı	- Hipertansiyon - Sigara - Diyabet - Glikoz intoleransı - Hiperinsülinemi - Asemptomatik karotis stenoza - Atriyal fibrilasyon - Orak hücreli anemi - Dislipidemi - Obezite - Diyet ve beslenme alışkanlığı - Fiziksel inaktivite - Postmenapozal hormon tedavisi	- Metabolik sendrom - Alkol kullanımı - Hiperhomosisteinemi - İlaç kullanımı/bağımlılığı - Hiperkoagülabilitate - Oral kontraseptif kullanımı - İnflamasyon - Enfeksiyon - Migren - Yüksek lipoprotein - Uyku apnesi

2.1.5. İnme Tanı Kriterleri

İnme acil tedavi edilmesi gereken bir sağlık sorunudur. Öncelikle hastanın sağlık öyküsü, fiziksel muayenesi, radyolojik ve laboratuvar incelemeleri yapılmaktadır. İnme geçirdiğinden şüphelenilen hasta için nöroradyoloji olarak öncelikle bilgisayarlı tomografi veya manyetik rezonans (MR) görüntüleme yöntemleri istenir. Akut dönemdeki kan analizlerinde tam kan sayımı ve içindeki trombosit değeri, protrombin zamanı, parsiyal tromboplastin zamanı, kan üre nitrojeni, kan glukoz değerleri incelenmeli, biyokimya testlerine, kardiyak enzimlere ve idrar analizine bakılmalıdır. Nedene yönelik tedavi için ise bilgisayarlı tomografianjiyografi (beyin, böbrek, akciğer, pelvisteki damarları görüntüler), manyetik rezonans anjiyografi, difüzyon ağırlıklı manyetik rezonans (yüksek hassasiyet ve doğruluğu olan nörogörüntüleme), elektrokardiyografi, ekokardiyografi, ultrasonografi gibi girişimlerden faydalanılmaktadır (8, 26, 58, 59).

2.1.6. İnme Belirti ve Bulguları

İnme geçiren hastaların belirti ve bulguları fokal ve fokal olmayan belirtiler olarak incelenir. Fokal belirtiler; hemipleji, dizatri (konuşma bozukluğu), disfaji (yutma bozukluğu), diplopi (çift görme), sarhoş gibi yürüme şeklindedir. Fokal olmayan belirtiler; güçsüzlük, bulanık görme, baş ağrısı, unutkanlık, sersemlik, bilinç bulanıklığı, ataksi (denge kaybı), yüz, kol, bacaklar veya üçünde oluşan uyuşukluk ve zayıflık olmaktadır. Beyinde oluşan hasar sonrası duyuşsal, işlevsel, motor ve bilişsel işlevler etkilenecek yeti yitimi ve ölüme neden olabilmektedir. Ani başlayan bu belirtiler inmeyi düşündürmelidir (21, 26, 46, 60).

İnmeyi tanımlamak için BEFAST adı verilen test kullanılmaktadır. Açılım olarak;

B: Denge (Balance): Hasta koordinasyon ve dengede durma yönünden değerlendirilir.

E: Gözler (Eyes): İki gözün muayenesi değerlendirilir.

F: Yüz (Face): Hastanın gülmesi söylenir. Yüzde kayma ya da sarkma olup olmadığına bakılmaktadır.

A: Kollar (Arms): Kolların kaldırılıp diğer kolun aşağı inip inmediğine, iki kol arasında güç karşılaştırmasına bakılmaktadır.

S: Konuşma (Speech): Basit ve kolay bir cümle söyleyip tekrarlaması istenir. Rahat söyleyip söylemediği, zorlanıp zorlanmadığına bakılmaktadır.

T: Saat (Time): Bu üç belirtiden biri veya birkaçı var ise zaman kaybetmeden 112 aranmalıdır (61, 62, 63).

2.1.7. İnme Tedavisi

İskemik inme, serebral arterdeki emboli veya trombozdan kaynaklanmakta olup amaç, enfarktüs alanındaki trombozun eritilip hasar alanını yeniden standardize etmek, epileptik nöbetleri engellemek, beynin oksijenlenmesini sağlamak, hemorajiyi, inmenin tekrarlamasını ve mortalite oranını azaltmaktır. İnme tedavi sürecinde zaman kavramı, iyileşme açısından oldukça önemli olup akut aşamada, tıbbi, destek ve endovasküler girişimsel tedaviler yapılarak hastanın hayatı kurtulmaktadır (8, 48, 64, 65, 66).

İskemik İnmede Tedavi

1) Trombolitik tedavi: Akut SVH belirlendiği zaman bireyin doku plazminojen aktivatörü (t- PA) ile tedaviye uygunluğu belirlenmelidir. 0,9 mg/kg ve 90 mg'ı aşmayan dozda intravenöz t-PA tedavisine başlanmaktadır. Hastaya ilk 3 saat (bazı uygun hastalara 4,5 saat) içinde tedavi başlanmalıdır. Tedavi geciktirilirse hastanın iyileşme olasılığı azalmakta ve kanama riski artmaktadır (46, 67, 68).

2) Antiagregan Tedavi: Trombositlerin yapışma ve kümeleşme özelliklerini etkilemektedir. Bulguların görülmesi ile 24 saat içinde tercih edilen aspirin, günde 160-300 mg verilmektedir. İkili antitrombosit tedavisi (klopidogrel-aspirin) kanama riski yüksek olduğundan tedavide belirsizliğini korumuştur. Tedavi öncesi bilgisayarlı tomografi ile hemorajik inme riskinin ekarte edilmesi gerekmektedir (46, 69).

3) Antikoagülan Tedavi: Antikoagülan tedavi olarak en çok heparin kullanılmaktadır. Parsiyal tromboplastin zamanının normal değerinin 1,5-2 katına çıkması halinde heparin tedavisi kesilmelidir. Genellikle kardiyembolik nedene bağlı inmede kullanılmakta olup intraserebral kanama durumunda kontrendikedir (46, 70).

4)Cerrahi Tedavi: Hemorajik inme için farklı cerrahi tedavi türleri kraniyotomi, dekompresif kraniyektomi, stereotaktik aspirasyon, endoskopik aspirasyon, kateter aspirasyonu ve acil nöroşirurjik müdahale gerekmektedir (33, 71).

Hemorajik İnmede Tedavi

Hemorajik inmelerin tedavisinde nöroşirurjik girişim gerekmektedir. Amaç hemorajinin durdurulmasına yönelik tedavi ve komplikasyonların engellenmesidir. Bireyler taburculuk sonrası 3-6 hafta kesin yatak istirahatine alınmalıdır. Fiziksel ve duygusal yönden olumsuz durum ve olgulardan hastaların korunması önemlidir (8, 55).

2.1.8. İnme Komplikasyonları

Akut inme sonrası en sık görülen komplikasyonlar; ateş, göğüs enfeksiyonları, idrar yolu enfeksiyonları, venöz tromboemboli, miyokard enfarktüsüdür. Bunlara ek olarak pulmoner ödem, pulmoner emboli, asit-baz bozuklukları, gastrointestinal sistem kanamaları, elektrolit anormallikleri, ilaç toksisitesi, böbrek yetmezliği, kardiyak aritmi, konjestif kalp yetmezliği, pnömoni, anormal solunum sesleri, spastisite, deliryum, ensefalopati, artan kafa içi basıncı, subaraknoid kanama sonrası serebral vazospazm, basınç ülseri, cinsel işlev bozukluğu, algısal eksiklikler gibi bulgular görülebilmektedir (72, 73, 74).

Kardiyovasküler komplikasyonlar, inme sonrası mortalitenin ikinci nedeni arasında yer almaktadır. İnme sonrası, nörokardiyojenik sendromlar dışında, ani kardiyak nedenli ölümler, hayat boyu sürececek kardiyolojik problemler, hafif ve kurtarılabılır hasarlar görülmektedir (75, 76).

İnme sonrası bireylerin yaklaşık %80'inde üst veya alt ekstremitelerde motor bozukluklar görülmektedir. İnmenin yaygın etkisi olarak, günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini azaltan motor fonksiyondaki azalma ile hareket etme yeteneğinin bozulması durumuna hemiparezi denilmektedir. Kanıtlar, motor fonksiyonun rehabilitasyonuna yönelik etkili terapötik müdahalelerin yapılması ile motor fonksiyonların iyileştirilmesi gerektiğini bildirmektedir (77, 78, 79, 80).

İnme sonrası yutma bozukluğu, bireylerde kısıtlılığın birinci nedeni olup akut inmeli hastaların yaklaşık %65'inde disfaji görülmektedir. Bunun sonucunda ise disfajiye bağlı sekonder aspirasyon pnömoni ve malnütrisyon komplikasyonları gelişebilmektedir (81, 82).

Afazi, genellikle sol hemisfer hasarı sonucu oluşan dil bozukluğu olup inme geçirenlerin üçte birinde görülen ve hayatı olumsuz etkileyen bir komplikasyondur (83, 84).

İnme sonrası ağrı, subakut veya kronik dönemde oluşmakta olup bireyin duygu durum hali, uyku, rehabilitasyon ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri vardır. İnme öncesi bireylerde kişilik problemleri ve depresif durumda olanların, inme sonrası ağrı yaşamaları yüksek ihtimaldir. Bağımlılık, bilişsel gerileme, depresyon ve intihar eğilimi olan bireylerde inme sonrası kronik ağrı sendromu gelişme oranı yüksektir (85, 86, 87).

İnme sonrası yorgunluk, zayıflatıcı etkileri olan, değerlendirme zamanı, inme türü, yaşanan konum ile değişiklik gösteren, demografik özellikler, duygusal sağlık ve bilişsel faktörlerle bağlantılı olan bir komplikasyondur. Yapılan bir çalışmada inmenin subakut dönemden kronik döneme kadar yorgunluk prevalansının değişmediği, sistematik meta-analiz çalışmasında ise inme sonrası yorgunluk prevalansının %25 ile %85 arasında değiştiği görülmektedir(88, 89, 90).

İnme sonrası nöbet, başlangıç süresine göre erken ve geç nöbetler olarak sınıflandırılmakta olup erken nöbet inme sonrası ilk yedi gün içinde, geç nöbet ise inme sonrası bir hafta sonrasında ortaya çıkmaktadır. Uzun süreli nöbetler, yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilmektedir (91, 92, 93, 94).

2.1.9. İnme Sonrası Rehabilitasyon

Rehabilitasyon, bireyin işleyişini optimize ederek sağlık sorunu olan kişilerde mümkün olduğu kadar bağımsız kalabilme, eğitim, çalışma, yaşam rollerine katılabilmek, engellilik deneyimini azaltarak kişinin günlük yaşamı üzerindeki etkisini ele almasına olanak sağlayan koruyucu ve tedavi edici bakımın ötesine geçme durumu olarak tanımlanmaktadır (95).

Altın dönem adı verilen inme sonrası dönem, beynin yüksek plastisitesinden dolayı acil ve uzun vadeli rehabilitasyon, nörolojik yetersizliklerin azaltılmasına olanak sağlamaktadır. Üç ile 6 ay arasında doğru ve uygun bakım verilmesi halinde inme iyileşme sürecinde artış olacağı öngörülmekte olup bakım verici bireylerin rolü ön plana çıkmaktadır. İnme sonrası erken dönemde bakım verici bireylerin; komplikasyonların önlenmesi, günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesi, hareketliliğin sağlanması,

rehabilitasyon ve stres yönetimi hakkında bilgi ve becerilerin kazandırılmasına yönelik faaliyetler, erken iyileşme sürecini hızlandırmaktadır. Bakım veren bireylere, motor aktivitelerin aktif uygulamasını içeren yoğun ve tekrarlayıcı eğitimler vermesi de önerilmektedir (96, 97, 98).

İnme sonrası rehabilitasyon; akut dönem, hastaların tedavi ve immobil olduğu dönemi; subakut dönem, hastanın stabil olduğu ve güvenli mobilizasyonun olduğu dönemi; kronik dönem ise hastane çıkışı itibarıyla takip edilen bir yılı kapsayan dönemler şeklinde sınıflandırılmaktadır. Bu dönemde psikolojik destek ile beraber motor beceri egzersizleri, hareketlilik eğitimi (kısıtlamaya bağlı rehabilitasyon veya zorla kullanım terapisi), aktif veya pasif hareket aralığı (ROM) egzersizleri düzenli aralıklarla uygulanmalıdır (99, 100).

İnme rehabilitasyonunda ilk amaç, komplikasyonları önlemek, bireyi fiziksel, mental, sosyal ve mesleki açıdan sağlıklı haline en kısa sürede ulaştırmaktır. İkinci amaç, inmenin tekrarlamasını önlemektir. İnme sonrası hastanın bakımının süreklilik gerektirmesi bakıma hazır oluşluk durumunda, kaygı ve belirsizlikle beraber hasta yakınlarının bakım verici role kendilerini hazır hissetmedikleri ve bu durum nedeniyle stres yaşadıkları görülebilmektedir. Rehabilitasyon sürecinde hasta ve bakım verici psikolojik desteğe ihtiyaç duyabilmektedir (73, 101).

Hemşireler ve klinisyenler hastaları sigarayı bırakma, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma ve sağlıklı vücut ağırlığını koruma konularında eğitmelidir. Hastalara destekleyici literatür sağlanmalı; inme ve komplikasyonları konusunda eğitim verilmelidir. Taburculuk sonrası, ilk dört hafta hasta ve bakım vericilerinde, yeni benlik duygusu, yorgunluk, iletişim güçlüğü, stres ve belirsizlik yaşanmakta olup sosyal hizmet uzmanı ve rehabilitasyon birimi ile iş birliği içinde olunmalıdır (102, 103).

2.1.10. İnmeli Hastanın Hemşirelik Bakımı

İnmenin bakım sürecinde hastanın temel yaşam desteğinin sağlanması, kan basıncı kontrolü, yatağa bağlı hastalarda ortostatik hipotansiyon veya inme sonrası tekrar edebilen hipertansiyonu engelleme, akciğerlerde hareketsizliğe bağlı sekresyon birikmesi sonucu oluşabilecek hipostatik pnömoniye önleme temeldir. Akut dönemde tedavinin uygulanması, sistemik ve nörolojik açıdan, ilk 48 saatte vital bulgular ve bilinç durumu yönünden hasta yakından takip edilmelidir (8, 104).

Kafa içi basıncı artma sendromu (KİBAS) erken belirti bulguları; sabahları görülen baş ağrısı, öksürme, bulantı olmadan fişkırır tarzda olan kusma; pupilla ödemine bağlı olarak çıkan bulanık veya çift görme, epileptik nöbettir. Geç belirti ve bulgular ise pupil refleksinde ve bilinç düzeyinde değişiklik, hemiparezi, anormal fleksiyon, bradikardi, hipertermi, hipertansiyondur (55, 105).

İnmeli hastada akut dönemde bilinç bulanıklığı, mental durumda yetersizlik, motor fonksiyonlarda bozulmaya bağlı hareket kısıtlılığı, disfaji, aspirasyon riski, idrar ve gaita inkontinansı görülebilmektedir. Bu duyuşal fonksiyon bozuklukları ile baş etmede etkin bir yöntem olmamakla birlikte hemşire, bu yetersizlikleri bilmeli ve durumu bütünleştirerek rehabilitasyon süreci için hasta ve ailesine rehberlik etmelidir. Rehabilitasyon girişimleri ile duyuların stimülasyonu sağlanarak durum kontrol altına alınır. İnmeli hastalarda fiziksel kısıtlılıklar görülebilmektedir. Günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığı tekrar kazanabilmek için plejik ekstremiteler öncelikli olmak üzere güvenli çevre oluşturularak ROM egzersizleri, yatak içi ve dışı egzersizler sürdürülmeli ve aileye önemi anlatılmalıdır (8, 40, 46, 55, 71).

Hasta ile kısa, basit ifadeler ile hastanın sağlam tarafına dönük şekilde iletişim kurmaya çalışılmalıdır. İnmede bu problemlere ek olarak yatağa bağımlılığa bağlı bası yarası, staz pnömonisi, disfaji ve malnütrisyon, üriner infeksiyon, derin ven trombozu, kas iskelet sorunları, özbakım eksikliği gibi sorunlar ortaya çıkmaktadır. Hemşire, komplikasyonların önlenmesi ve hastanın işlevsel açıdan iyileştirilmesi için yapılan tüm rehabilitatif çalışmalarda etkin bir şekilde görev almalı. Nörolog, fizyoterapist, konuşma ve yutma terapisti ve psikolog ile iş birliği içinde çalışmalıdır (8, 26, 40, 46, 55, 71).

2.2.11. İnmede Bakıma Temel Oluşturabilecek Hemşirelik Tanıları

İnme tanısı almış hastalarda sık görülen hemşirelik tanıları arasında; serebral doku perfüzyonunda değişim, hava yolu açıklığında yetersizlik, kanama olasılığı, fiziksel harekette bozulma, yutma bozukluğu, gaita-idrar inkontinansı, sözel iletişimde bozulma, duyuşal algılamada bozulma, yatak yarası olasılığı, kontraktür-deformite olasılığı, beslenmede değişim yer almaktadır (8, 40, 48).

Hemşirelik girişimleri: İnmeli hastalarda, akut dönemde klinik durumu tespit edebilmek için değerlendirmeler yapılmaktadır. Buna bağlı olarak;

- Glaskow Koma Skalası'na göre nörolojik durumun değerlendirilmesi,
- Yaşam bulgularının kontrolü, yeni gelişebilecek SVH atağının kontrolü,
- Hava yolu açıklığının sağlanması,
- Sıvı elektrolit dengesinin sağlanması,
- Konvülsiyonların izlenmesi,
- Konuşma yeteneği
- Kanama olup olmadığı değerlendirilmektedir (8, 26, 40, 48).

Akut dönem sonrası hemşire; bellek, algılama, oryantasyon, konuşma/dil gibi mental durum, aktivite intoleransı, ekstremitelerin motor hareketlerinin kontrolü, deri bütünlüğü, beslenme, çiğneme, yutma yeteneği, mesane ve bağırsak fonksiyonlarını değerlendirmektedir (8, 40, 48, 55).

2.2.12. Stres

Stres; zorlanma, gerilme ve baskı olup toplum ve çevredeki etkileşimlerin sonucu ortaya çıkan bir durumdur. Stres kavramını ilk kez 1956'da Kanadalı endokrin uzmanı olan Hans Selye ortaya çıkarmıştır (106, 107).

1956'da Selye, genel adaptasyon sendromu tedavisini geliştirerek stresin varlığına ilişkin ilk önemli çalışmalar yapmış ve stresin ayrıntılı bir adaptasyon problemi içerdiğini, yaşamın doğal seyrinden bireyi soyutladığını, stresle mücadelenin zor olduğunu savunmuştur (108).

Birey stres ile karşılaştığında, kardiyovasküler ve bağışıklık sisteme ait sorunlar, depresyon, yorgunluk ve tükenmişlik gibi psikolojik sorunlar ortaya çıkmaktadır. Stresi gerçek zamanlı olarak yönetmek, pasif ve sürekli bir yöntem olarak kullanılmaktadır. Strese bağlı olumsuz sağlık sonuçlarının göreceli riski, diğer risk faktörleriyle karşılaştırıldığında küçük olsa da, inme sonrası iyileşen bireyler ve kardiyovasküler riski yüksek olan bireylerde stresle baş etmenin önemi vurgulanmalıdır (96, 109).

Genel Adaptasyon Sendromu (GAS)

Hans Selye tarafından tanımlanan GAS, bedenin stresli durumlarda uyarıcıya verdiği üç aşamalı tepki olarak tanımlanmaktadır (110, 111).

Alarm tepkisi: Vücut sempatik sinirleri hareket ettirerek ve çeşitli salınımlar yaparak dış tehditlere yanıt verir. Bir sonraki aşamada vücut dış stres faktörlerine direnmeye çalışır. Ancak eğer stres etkeni devam ederse vücut yorgun düşecektir. Çünkü enerji harcamaya devam etmektedir (112).

Direnme tepkisi: Direnme evresinin belirtileri alınganlık, yorgunluk, gerginlik ve kaygıdır. Stres yaratan bu duruma adapte olunması ve parasempatik sistemin işleve girmesi ile alarm belirtileri ortadan kaybolmaktadır (113).

Tükenme tepkisi: Stres verici olayın uzunluğuna bağlı vücut tükenme aşamasına gelir. Hastalıklara açık olunan bu dönemde direnç tamamen kaybolabilmekte olup bedensel tükenme hatta ölüm meydana gelebilmektedir (114).

2.2.13. Stresi Etkileyen Faktörler

Stres bireyi, fiziksel ve mental olarak etkilemektedir. Stresli bireylerde baş ağrısı, taşikardi, hipertansiyon, kaygı bozukluğu gibi durumlar görülebilmektedir (115).

Stresli yaşam olayları, majör depresif bozukluğa ve beyindeki gen yapısını değiştirerek davranış değişikliklerine neden olabilmektedir. Stresin arttığı durumlar zihinsel ve fiziksel koşullardır. Bu durumlar; depresyon, anksiyete, şizofreni, öfke, yeme ve kişilik bozuklukları, tourette sendromu, fiziksel durumlar ise astım, artrit, hipertansiyon, kanser, diyabet, alerji, çeşitli ağrı sendromlarıdır (116, 117).

Stresle baş etmeyi geliştirme veya artırma; algılanan stresörlere, değişikliklere veya yaşam gereksinimlerini ve rollerinin karşılamaya etki eden tehditlere uyum sağlaması için hastalara yardım etme olarak tanımlanmaktadır (118). Stresle mücadelede iki tür baş etme yöntemi kullanılmaktadır. Problem odaklı baş etme, çaba göstererek problemi daha etkin bir şekilde çözmeye çalışır. Bu çabalar sorunu belirlemeyi, çözüm için alternatifleri yarar-zarar açısından değerlendirmeyi, seçim yapmayı ve değerlendirmeyi içermektedir. Duygusal odaklı baş etme ise daha pasif bir yöntem olup, stresli durumun yarattığı olumsuz duyguların kontrol altına alınıp, olumlu yöne odaklanmasına yönelik davranışlarını kapsamaktadır. Duygusal odaklı baş etme

yöntemi, stres yaratan durumun kontrol edilemeyeceği düşünüldüğünde, duygusal gerilimi azaltmak ya da tümüyle yok etmek için kullanılmaktadır (119).

Yaşamın kaçınılmaz olgularından biri olan stres, pek çok belirtiliyle kendini göstermektedir. Bu belirtiler; fiziksel (fizyolojik), bilişsel, psikolojik ve davranışsal belirtiler olmak üzere 4 grupta incelenebilir. Fiziksel belirtiler; kan basıncında dengesizlik, çok düşük ya da yüksek nabız, ateş, üşüme, terleme, uykusuzluk, nefes alma zorlukları olarak sıralanmaktadır. Bilişsel belirtiler; akılcı karar alma yeteneğinde azalma, unutkanlık, dikkati toparlayamama, organize olamama, düşük konsantrasyon, zayıf ilgi ve anlama zorlukları olarak sıralanmaktadır. Psikolojik belirtiler; sinirlilik, kaygı, depresyon, güvenini kaybetme, aşağılık duygusu, hayal kırıklığı, korku, gerginlik ve erteleme gibi psikolojik durumlarda kendini gösterebilmektedir. Davranışsal belirtiler; performans düşüklüğü, verimsizlik, ani öfke patlamaları, sigara ve alkol kullanımında artış, yeme ve uyku bozuklukları, aşırı kahve tüketimi, hızlı konuşma, telaş, agresif ve anormal davranışlar, düşünmeden yapılan davranışlar ve iletişim sorunları olarak görülebilmektedir (106, 120, 121).

2.2.14. Stres Yönetimi ve Hemşirelik Bakım

Stres yönetiminde stresin kaynağını belirleyerek zihin-beden terapileri ve bilişsel davranışçı terapiler uygulanmaktadır. Bunlar; yoga, meditasyon, hipnoz, müzik terapisi, fiziksel egzersiz, biyoenerji, masaj, aromaterapi, sanat terapisi, diyafram solunumu, yürüyüş, koşu, kas gevşetici egzersizler yapmak, yeterli uyku almak, zamanı iyi yönetmek, sağlıklı beslenmek, aşırı iş yükünden kaçınma ve yakın çevreden oluşan destek ağı oluşturmaktır. Bu terapiler parasempatik sinir sistemi ve karbondioksit çıkışının, kalp atış hızının, solunum hızının, kan basıncının ve kortizol seviyelerinin homeostatik aralıkta kalmasını sağlamakla beraber vücuttaki serotonin ve endorfin hormon salınımını artırmaktadır. Serotonin bireyin ruh halini kontrol etmesini ve gevşemesini sağlarken, endorfinler doğal analjeziklerdir. Zamanı etkin değerlendirip yapılacakları öncelik sırasına göre düzenleyerek stres durumu azaltılmalıdır. Zamanın stresi azaltacak şekilde planlanması çok önemlidir. Bakım vericilerde genellikle inme mağdurlarının uzun vadeli bakım süreciyle ilgilenmeli ve yüksek maliyet nedeniyle strese maruz kalmaktadırlar (122, 123, 124, 125).

Belli bir miktarda stres hissetmek normal bir durum olup stres hormonları, bireyi başarılı olma ve sorumluluklarını yerine getirme konusunda motive

edebilmektedir. Ancak şiddetli veya uzun süreli (kronik) stres, bireyin zihinsel ve fiziksel sağlığını etkileyerek kaygı, depresyon, sindirim sorunları, kas ağrıları, kalp hastalığı, yüksek tansiyon, inme ve diğer sağlık sorunlarını beraberinde getirebilmektedir. Stres nedenleri ise bakım yükü, maddi problemler, yetersiz uyku, iş problemleri, kronik hastalıklar, kayıp, ebeveyn sorunları, zihinsel problemler gibi durumlar olabilmektedir. Bu durumlarda bireyin üzgün, endişeli, sinirli hissetmesine, aşırı yeme, yasaklı madde kullanımı, alkol kullanımı gibi durumlara sebep olabilmektedir(117, 126).

2.3.15. Bakıma Hazır Oluşluluk

Bakım verme, bireye duygusal, maddi, manevi yardımda bulunmak, hasta, yaşlı, engelli ve kendi bakımını yapamayan bireylere destek olmaktır. Ayrıca rutin sağlık bakımı, ilaç tedavisi, izlem, kişisel bakım, ulaşım ve sosyal hizmetleri eşgüdümlü kontrol edebilmek, aynı evde yaşamayı gerektirmektedir. Bakım verme, formal ve informal şeklinde tanımlanıp formal bakım, mesleki tanımı olan bireyler tarafından, informal bakım ise uzmanlık gerektirmeyen, gönüllülük esasına dayanan bir bakım verme şeklidir (127, 128, 129).

Hasta yakınlarının bakım verme gerekliliğinde belli bir düzeyde bilgi ve beceri ihtiyacı duyulmakta olup bakım, inmenin hasar verdiği bölgelere göre değişiklik göstermektedir. Bakım için gereken bu beceriler; yorumlayabilme, bakım yapabilme, hasta ile birlikte karar verebilme ve bunları değerlendirebilme ile nörolojik değişikliklerin farkında olma, komplikasyonların önlenmesi, bakım veren bireylerin, bakım esnasında oluşabilecek değişiklik ve farklılıkları algılayabilmeleri amacı ile etkin bir şekilde müdahale edebilmelerini sağlayabilmektir (12, 130).

İnme geçirmiş hastaların bakım verici bireyleri, bakım verici rolünün gerekliliklerini tam olarak algılayamamakta olup bakım veren bireyler, sosyal destek kısıtlılığı yaşadıklarını, toplumsal çevre tarafından destek görmediklerini ve bunun sonucunda stres ve gerginlik ile mücadele etmek zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Bunun sonucunda ise inme rehabilitasyon süreci olumsuz yönde etkilenmektedir (131, 132, 133).

2.3.16. Bakım Yüğü

Bakım veren bireyin, fiziksel ve ruhsal sağılıının olumsuz etkilenmesiyle ya da mevcut bakım isteklerinin tükenmesiyle ortaya çıkan durum, bakım yüğü olarak tanımlanmakta olup nesnel ve öznel yük olarak incelenmektedir. Nesnel yük; bakım vericilerin fiziki yardımı, öznel yük ise uygulanan fiziki yardımın sonucunda oluşan psikolojik durum olarak nitelendirilmektedir (12, 136).

Kanıtlar, inme geçiren hastalar ve yakınlarına verilen taburculuk sonrası eğitimin bakım yükünü azalttığını göstermekte, hastane ortamından taburcu olduktan sonra farkındalık eksikliği ve toplum odaklı başa çıkma yöntemlerine ulaşım kısıtlılığı yaşadıklarını belirtmektedirler. Taburculuk sonrası, ilk dört hafta hasta ve bakım verici bireylerde, yeni benlik duygusu, yorgunluk, iletişim güçlüğü, stres ve belirsizlik yaşandığı ve bu problemlerin yük olarak algılanmasına neden olmaktadır (137, 138).

Hemşireler, sigarayı bırakma, sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma, sağlıklı vücut ağırlığını koruma, inme ve komplikasyonları konusunda hastalara eğitim vermelidir. Taburculuk sonrası, evde ilk dört hafta hasta ve bakım verici bireylerde, yeni benlik duygusu, yorgunluk, iletişim güçlüğü, stres ve belirsizlik yaşanmakta olup sosyal hizmet uzmanı ve rehabilitasyon birimi ile iş birliği içinde olunmalıdır (102, 103).

2.3.17. Bakım Verici Stresi

Bakım verme sürecinde gereken sorumluluklar ve bakım vericilerin becerileri arasındaki dengesizlik sebebi ile aile bireyleri arasında oluşan stres, bakım verici stresi olarak tanımlanmış olup bireylerde anksiyete, depresyon, sosyal izolasyon ve bakım vermede zorlanmalara neden olmaktadır (139, 140).

Bakım verme rolünde, sürekli kaygı ve kontrol ihtiyacı; bakım veren bireyde kronik uyanıklık gerektirdiğinden bakım verme stresi olarak görülmekte olup; fiziksel ve psikolojik olarak tam bir sağlık halinde olan bireyler daha fazla sorumluluk almaktadırlar. İnme sonrası hastalar ve bakım vericiler süreç boyunca yoğun stres yaşamakta olup hasta ve bakım veren birey arasındaki iletişim ve etkileşim bozulabilmektedir. Bakım verme yükünün oluşturduğu stres ile başa çıkabilmede, bireylerin stresle başa çıkma yöntemlerinin bakım yükünü azaltmada önemli olduğu düşünülmektedir. Literatüre bakıldığında; bakım vericilerin bakım yükünün ve stresle

başı çıkma durumlarını inceleyen çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu durum bakım veren bireylerin, hastaları ile ilgili sorunlarla baş başa kaldıklarını düşündürmektedir (121, 140, 141).

Nöroloji kliniklerinde yatan hastaların bakım vericilerinde duygu ve davranışların yönetimi odaklı baş etme yöntemleri ve becerilerinin kullanıldığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (142, 143). Bahadır Yılmaz ve Ata'nın nöroloji rahatsızlığı olan hastaların bakım vericilerinde bakım veren yükü ve stresle baş etme çalışmasında; bakım verenlerin sorun odaklı yöntemleri daha fazla kullandıkları belirlenmiş olup sosyal destek arama yaklaşımını kullanmadıkları görülmüştür (144). Stresörlerle etkin baş etmede sosyal destek önem arz etmekte olup bakım verici yönünden olumsuz bir durum olarak görülmektedir. Bakım veren bireylerde, öz yeterlilik stresle baş etmede önemli bir kavram olup öz yeterliliği düşük bireylerde yaşam kalitesinde azalma ve bakım verme stresinde artma görülmektedir. Bakım verici bireyler; sorumluluğunu aldığı bakım verme rolü için, öncelikli olarak yeni duruma uyum sağlamalı ve kendisine adaptif cevaplar bularak stres, anksiyete düzeylerini azaltabilmelidir (142, 145).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1.Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı; inmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakıma hazır oluşluk ve stres durumlarının değerlendirilmesidir.

3.2.Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma, bir üniversite hastanesinin nöroloji kliniğinde Ekim 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir üniversite hastanesinin nöroloji kliniğinde tedavi gören inme tanısı alan hastalara bakım veren hasta yakınları oluşturdu. Örneklem belirlenmesinde; inme tanısı almış tahmini yıllık hasta sayısı 200 olarak alındığında $\alpha=0,05$ düzeyinde %80 güç elde etmek için en az 82 hastanın araştırma kapsamına alınması gerektiği saptandı.

3.4.Araştırmanın Tipi

- Kesitsel, Tanımlayıcı
- Bağımlı Değişkenler; Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği ve Bakım Verenin Stres Ölçeğinden elde edilen puanlar
- Bağımsız değişkenler; Hastalar için; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı. Hasta yakınları için; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, meslek, gelir düzeyi, oturulan yer, birlikte yaşama durumu.

3.5.Araştırma Soruları

- İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının sosyoekonomik, hasta ve hastalıkla ilişkili özellikler ile bakıma hazır oluşluk ve stres durumları arasında fark var mıdır?
- İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakıma hazır oluşluk ve stres durumları arasında ilişki var mıdır?

3.6.Gönüllülerin araştırmaya dahil edilme kriterleri

- 18 yaşından büyük olmak
- İnme tanısı kesinleşmiş hasta yakını olmak

- İletişim güçlüğü yaşamıyor olmak
- Hasta bakımını ücret karşılığı yapmıyor olmak
- Hasta ile akrabalık ilişkisine sahip olmak ve birebir bakım vermek
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak

3.7.Gönüllülerin araştırmaya dahil edilmeme kriterleri

- 18 yaşından küçük olmak
- İnme tanısı kesinleşmemiş hasta yakını olmak
- Hasta ile akrabalık ilişkisinin olmaması ve bakımı ücret karşılığında yapıyor olmak

3.8.Verİ Toplama Araçları

3.8.1.Hasta Yakını Tanıtım Formu

Bakım verenin sosyo-demografik özellikleri olarak yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu, bağlı olduğu sosyal güvenlik kuruluşu, gelir düzeyi, nerede oturduğu, kiminle yaşadığı, hastayla yakınlık derecesi, hastayla birlikte yaşama durumu, daha önce hasta bakımına ilişkin deneyim, bakıma yardımcı olabilecek kişiler, inme tanısı alan hasta ile ilgili olarak ise hastanın yaşı, inme tanısı aldığı süre, inme sonrası gelişen yetersizlikler olmak üzere toplam 18 soru sorulmuştur. (EK-1).

3.8.2.Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği

‘Preparedness For Caregiving Scale’ 1986 yılında Arcbold ve Stewort tarafından geliştirilmiştir ve 9 maddeden oluşmaktadır. Kronik hastalıklar, akut alevlenmeler, yaşlı bireyler, bakımın farklı bir boyutu ya da evde bakımdan önce veya toplumda kronik rahatsızlığı olan hastalara bakım vericilerin bakım vermeye hazır olan durumlarını belirleyen bir ölçektir. Ölçekte hiç hazır değilim, kısmen hazırım, oldukça hazırım, tamamen hazırım şeklinde 0 ile 4 arası puanlanan 5’li likert tipi derecelendirme yapılarak tüm cevaplı soruların puanlarının ortalaması alınır. En az 0 en fazla 32 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puanlar hasta yakınlarının bakım vermeye daha çok hazır hissettiklerini, düşük puanlar ise daha az hazır hissettiklerini belirtir (146, 147) (EK-2).

Türkçe geçerlilik güvenilirliği, Karaman tarafından yapılmış olup Cronbach Alfa katsayısı 0,92 bulunmuştur (12).

Tablo 3.1. Bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği puanı

Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği	
Soru Sayısı	8
Ort±Ss	19,05±7,34
Medyan (Min-Maks)	19,50 (0-32)
Cronbach's Alfa	0,92

Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar 0 ile 32 arasında değişmekte olup; ortalama puan 19,05±7,34' dür. Çalışmamızda Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeğinin Cronbach's Alfa katsayı 0,92'dir. Buna göre ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğunu söyleyebiliriz (Tablo 3.1).

3.8.3.Bakım Veren Stres Ölçeği

Bakım veren kişiler sosyal ilişkilerde depresyon, üzüntü, keder, yorgunluk yaşayabilirler. Bakım veren stres ölçeği bakım konusunda kaygıları olan aileleri belirlemek için kullanılan ölçektir. 13 maddeden oluşmaktadır. Her konu için en az 1 madde bulunmaktadır. Bunlar fiziksel, sosyal, iş, mali durum ve zamandır. Ölçekte 7 puan ve üstü evet sayısı daha büyük stres düzeyini belirtir. Bu ölçek yaşlı bireylere bakım vermeyi kabul eden, bu rolü üstlenen her yaşta bireylerde kullanılabilir. Orijinal versiyonunda 13 madde yaşlı bir ebeveyne bakmış yetişkin çocukların görüşmelerinden ortaya çıkmış 10 yaygın stresörle, literatür incelenmesi sonucu 3 stresöre dayandırılmıştır. Bakım veren hasta yakınları evet (1) ve hayır (0) olarak yanıtlarlar. 13 madde puanının toplanması ile hesaplanır. Robinson tarafından geliştirilen ölçekte Cronbach Alfa değeri 0,86 olarak saptanmıştır (146) (EK-3).

“Bakım Veren Stres Ölçeği” ve “Aile Bireyinize Yardımcı Olmaya Gösterdiğiniz Tepkiler” ölçeklerinin Türk toplumu için güvenilirlik ve geçerliliğini test etmek, kanser hastasına bakım veren bireylerin bakım yüklerini etkileyen faktörleri bulmak ve bilgilendirmenin bakım yüküne olan etkisini incelemek amacı ile metodolojik, yarı deneysel bir çalışma olarak planlanmıştır.

Türkçe geçerlilik güvenilirliği, Uğur tarafından yapılmış olup Cronbach Alfa değeri 0,75 bulunmuştur (148).

Tablo 3.2. Bakım verenin stres ölçeği puanı

Bakım Verenin Stres Ölçeği	
Soru Sayısı	13
Ort±Ss	6,38±0,92
Medyan (Min-Maks)	6 (1-13)
Cronbach's Alfa	0,76

Bakım Verenin Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar 1 ile 13 arasında değişmekte olup; ortalama puan 6,38±2,92'dir. Çalışmamızda Bakım Verenin Stres Ölçeğinin Cronbach's Alfa katsayı 0,76'dır. Buna göre ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu söyleyebiliriz (Tablo 3.2).

3.9.Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2020 Statistical Software (NCSS LLC, Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken, nicel değişkenler ortalama, standart sapma, medyan, min ve max değerleriyle, nitel değişkenler frekans ve yüzde gibi tanımlayıcı istatistiksel metodlar ile gösterildi. Verilerin normal dağılıma uygunluklarının değerlendirilmesinde Shapiro Wilks test ve Box Plot grafiklerden yararlanıldı.

Normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup değerlendirmelerinde Student t test; üç grup ve üzerindeki karşılaştırmalarında Oneway Anova test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Bonferroni test kullanıldı.

Normal dağılım göstermeyen değişkenlerin üç grup ve üzeri karşılaştırmalarında Kruskal Wallis test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Dunn test kullanıldı.

Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde dağılıma göre Pearson veya Spearman's korelasyon analizi kullanıldı.

Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p<0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

3.10. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin tıp fakültesi etik kurulundan 20.09.2021 tarih ve 18/13 no'lu (EK-4) etik kurul izni alındı. Bakım Verenin Stres Ölçeği'nin kullanılabilmesi için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Özlem Uğur'dan ölçeğin kullanım izni alınmıştır (EK-5). Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği'nin kullanılabilmesi için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Seçil Karaman'dan ölçeğin kullanım izni alınmıştır (EK-6). Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hastalara araştırmanın amacı hakkında açıklama yapıldı ve katılımın gönüllü olduğu, katılımcıların kişisel bilgi ve gizliliğinin korunacağı bilgisi verildi.



4. BULGULAR

Bu araştırma, Ekim 2021-Haziran 2022 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin nöroloji kliniğinde tedavi gören inme tanısı alan hastalara bakım veren %70,3'ü (n=83) kadın ve %29,7'si (n=35) erkek olmak üzere toplam 118 hasta yakını ile yapılmıştır. Çalışmaya katılan olguların yaşları 19 ile 89 arasında değişmekte olup, yaş ortalaması 52,00±14,00 yıl olarak saptanmıştır.

Tablo 4.1. Bakım verenin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımları (n=118)

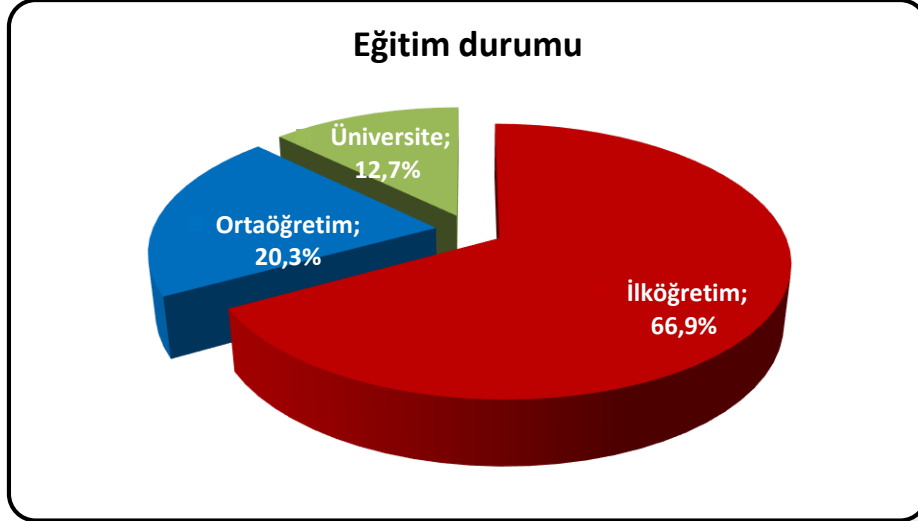
		n (%)
Cinsiyet	Kadın	83 (70,3)
	Erkek	35 (29,7)
Yaş (yıl)	Ort±Ss	52,00±14,00
	Medyan (Min-Maks)	53 (19-89)
Medeni durum	Evli	95 (80,5)
	Bekar	22 (18,6)
	Boşanmış/dul	1 (0,8)
Çocuk sayısı	Yok	21 (17,8)
	1-2 çocuk	68 (57,6)
	≥3 çocuk	29 (24,6)
Eğitim durumu	İlköğretim	79 (66,9)
	Ortaöğretim	24 (20,3)
	Üniversite	15 (12,7)
Çalışma durumu	Çalışıyor	40 (33,9)
	Çalışmıyor	78 (66,1)
Meslek	Emekli	23 (19,5)
	Memur	3 (2,5)
	Ev hanımı	50 (42,4)
	İşçi	6 (5,1)
	Diğer	36 (30,5)
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	45 (38,1)
	Gelir gidere eşit	58 (49,2)
	Gelir giderden fazla	15 (12,7)
Yaşanılan yer	İl	60 (50,8)
	İlçe	31 (26,3)
	Köy	27 (22,9)
Yaşanılan kişiler	Yalnız	6 (5,1)
	Eř	85 (72,0)
	Çocuklar	10 (8,5)
	Diğer	17 (14,4)

Ort= ortalama Ss= standart sapma min= minimum maks= maksimum

Olguların %80,5'inin (n=95) evli, %18,6'sının (n=22) bekar ve %0,8'inin (n=1) boşanmış/dul olduğu görölmektedir (Tablo 4.1).

Çalışmaya katılan olguların %17,8'inin (n=21) çocuğunun olmadığı, %57,6'sının (n=68) 1-2 çocuğu, %24,6'sının (n=29) 3'den fazla çocuğu olduğu görülmektedir (Tablo 4.1).

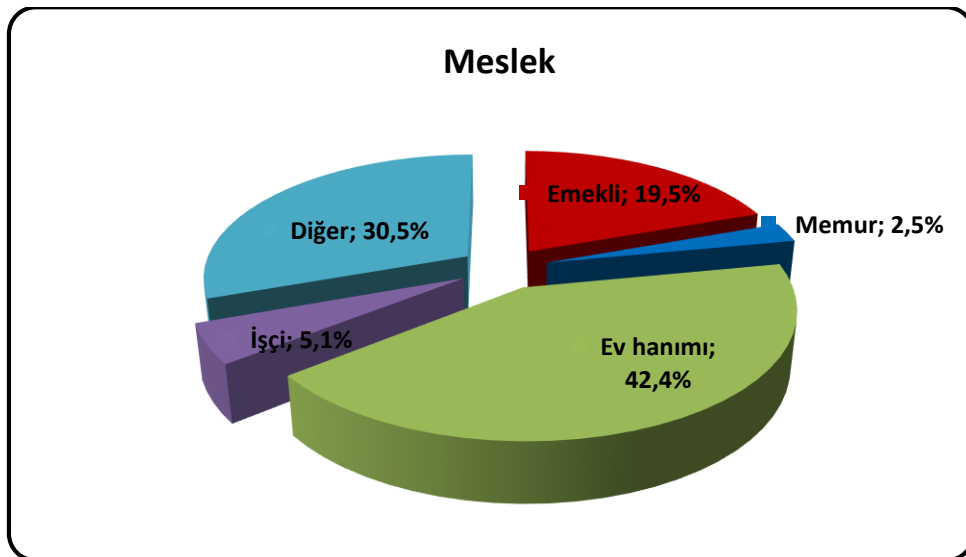
Olguların eğitim durumları incelendiğinde; %66,9'nun (n=79) ilköğretim, %20,3'ünün (n=24) ortaöğretim ve %12,7'sinin (n=15) üniversite mezunu olduğu görülmektedir (Şekil 4.1).



Şekil 4.1. Eğitim durumu dağılımı

Olguların %33,9'unun (n=40) çalıştığı görülmektedir (Tablo 4.1).

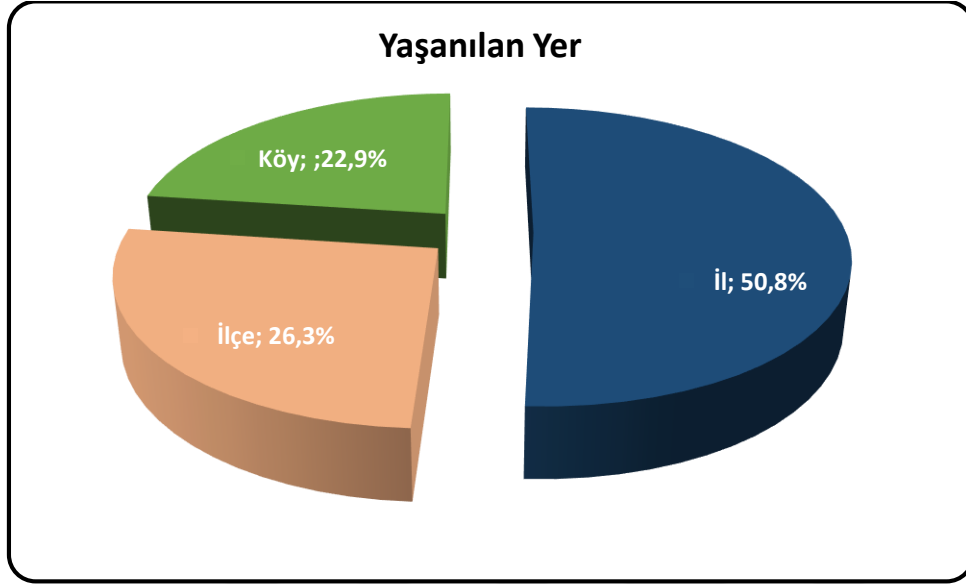
Olguların meslekleri incelendiğinde; %19,5'inin (n=23) emekli, %2,5'inin (n=3) memur, %42,4'ünün (n=50) ev hanımı, %5,1'inin (n=6) işçi ve %30,5'inin (n=36) diğer meslek gruplarından olduğu görülmektedir (Şekil 4.2).



Şekil 4.2. Meslek dağılımı

Olguların %38,1'inin (n=45) geliri giderinden az, %49,2'sinin (n=58) geliri gidere eşit ve %12,7'sinin (n=15) geliri giderinden fazla olduğu görülmektedir (Tablo 4.1).

Çalışmaya katılan olguların %50,8'inin (n=60) il, %26,3'ünün (n=31) ilçe ve %22,9'unun (n=27) köyde yaşadığı görülmektedir (Şekil 4.3).



Şekil 4.3. Yaşanılan yerlerin dağılımı

Olguların %5,1'inin (n=6) yalnız, %72'sinin (n=85) eşiyile, %8,5'inin (n=10) çocuklarıyla ve %14,4'ünün (n=17) diğer kişilerle yaşadığı görülmektedir (Tablo 4.1).

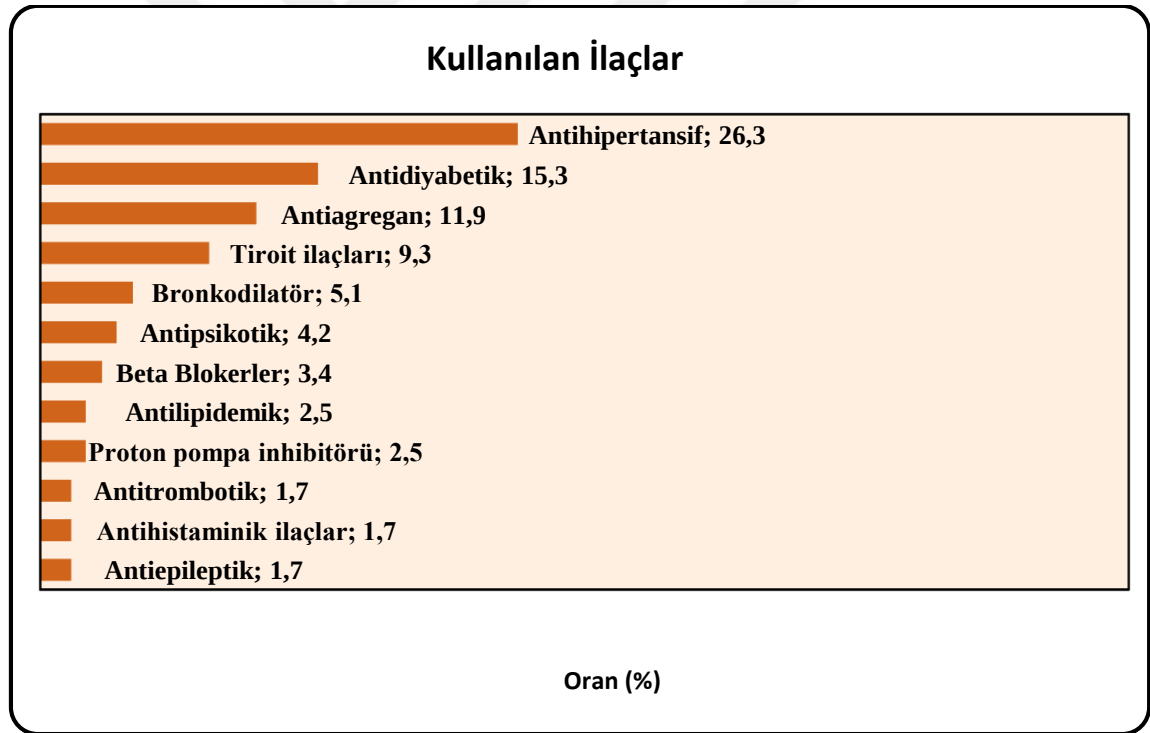
Tablo 4.2. Kronik hastalıkların dağılımları (n=118)

	n (%)
Kronik Hastalık	58 (49,2)
DM	19 (16,1)
HT	31 (26,3)
Kardiyak hastalık	9 (7,6)
Astım	8 (6,8)
Epilepsi	2 (1,7)
Böbrek yetmezliği	1 (0,8)
Psikotik hastalık	4 (3,4)
Tiroit hastalıkları	11 (9,3)
Hiperkolesterolemi	3 (2,5)

DM= diabetes mellitus HT= hipertansiyon Birden fazla kronik hastalığa sahip birey bulunmaktadır.

Olguların %49,2'sinin (n=58) kronik hastalığının olduğu; %16,1'inin (n=19) DM, %26,3'ünün (n=31) HT, %7,6'sının (n=9) kardiyak hastalık, %6,8'inin (n=8) astım, %1,7'sinin (n=2) epilepsi, %0,8'inin (n=1) böbrek yetmezliği, %3,4'ünün (n=4) psikotik hastalık, %9,3'ünün (n=11) tiroit hastalıkları ve %2,5'inin (n=3) hiperkolesterolemisinin olduğu görülmektedir (Tablo 4.2).

Olguların %46,6'sının (n=55) ilaç kullandığı; %15,3'ünün (n=18) antidiyabetik, %26,3'ünün (n=31) antihipertansif, %11,9'ünün (n=14) antiagregan, %2,5'inin (n=3) proton pompa inhibitörü, %2,5'inin (n=3) antilipidemik, %4,2'sinin (n=5) antipsikotik, %1,7'sinin (n=2) antiepileptik, %5,1'inin (n=6) bronkodilatörler, %3,4'ünün (n=4) beta blokerler, %1,7'sinin (n=2) antitrombotik, %9,3'ünün (n=11) tiroit ilaçları ve %1,7'sinin (n=2) antihistaminik kullandığı görülmektedir.



Şekil 4.4. Kullanılan ilaçların dağılımı

Tablo 4.3.Bakım verenin hasta bakımına ilişkin özelliklerinin dağılımları (n=118)

		n (%)
Hastaya yakınlık derecesi	Eş	40 (33,9)
	Çocuk	53 (44,9)
	Akraba	19 (16,1)
	Diğer	6 (5,1)
Hastayla birlikte yaşama durumu	Yaşıyor	77 (65,3)
	Yaşamıyor	41 (34,7)
Hasta bakım deneyimi	Yok	65 (55,1)
	Var	53 (44,9)
Hasta bakımı deneyimi varsa yakınlık derecesi	Anne	24 (20,3)
	Baba	20 (16,9)
	Çocuk	1 (0,8)
	Eş	6 (5,1)
	Akraba	6 (5,1)
Bakım verirken destek olacak kişiler varlığı	Yok	55 (46,6)
	Var	63 (53,4)
Bakım verirken destek olacak varsa yakınlık derecesi	Anne	11 (9,3)
	Baba	1 (0,8)
	Çocuk	16 (13,6)
	Eş	12 (10,2)
	Akraba	29 (24,6)

Bakım verenlerin yakınlık dereceleri incelendiğinde; %33,9'unun (n=40) eş, %44,9'unun (n=53) çocuk, %16,1'inin (n=19) akraba ve %5,1'inin (n=6) diğer yakınlar olduğu görülmektedir (Tablo 4.3).

Bakım verenlerin %65,3'ünün (n=77) hastayla birlikte yaşadığı, %44,9'unun (n=53) hasta bakım deneyiminin olduğu ve önceki deneyimde bakım verdiği bireyin yakınlık derecesi incelendiğinde; %20,3'ünün (n=24) annesi, %16,9'unun (n=20) babası, %0,8'inin (n=1) çocuğu, %5,1'inin (n=6) eşi ve %5,1'inin (n=6) akrabası olduğu görülmektedir (Tablo 4.3).



Şekil 4.5. Hastayla birlikte yaşama durumunun dağılımı



Şekil 4.6. Hasta bakım deneyiminin dağılımı

Olguların %53,4'ünün (n=63) hastaya bakım verirken destek olacak kişisi olduğu ve yakınlık derecesi incelendiğinde; %9,3'ünün (n=11) annesi, %0,8'inin (n=1) babası, %13,6'sının (n=16) çocuğu, %10,2'sinin (n=12) eşi ve %24,6'sının (n=29) akrabasının destek olacağı görülmektedir (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. İnme tanısı alan hastaların özelliklerinin dağılımları

		n (%)
İlave hastalıkları	Yok	19 (16,1)
	Var	99 (83,9)
Hastanın yaşı (yıl)	Ort±Ss	69,42±13,05
	Medyan (Min-Maks)	69 (22-94)
İnme tanısı aldığı süre (gün)	Ort±Ss	7,25±4,16
	Medyan (Min-Maks)	6 (3-20)
İnme sonrası yetersizlik sayısı	Ort±Ss	2,38±1,47
	Medyan (Min-Maks)	2 (0-7)

Ort= ortalama Ss= standart sapma min= minimum maks= maksimum

İnme tanısı almış hastaların %83,9'unun (n=99) ilave hastalığının olduğu görülmektedir (Şekil 4.7).

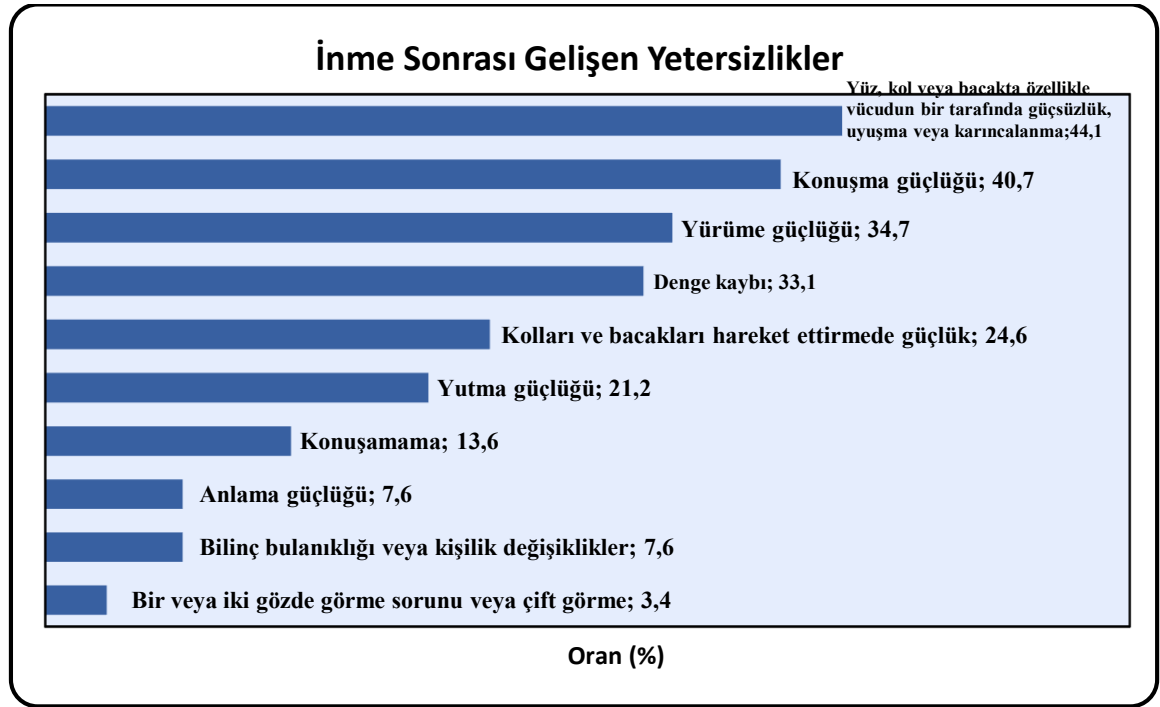


Şekil 4.7. İlave hastalıkların dağılımı

Çalışmaya katılan hastaların yaşları 22 ile 94 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 69,42±13,05 yıl, hastaların inme tanısı aldığı süre 3 ile 20 gün arasında değişmekte olup, ortalama inme tanısı aldığı süre 7,25±4,16 gün, hastaların inme sonrası yetersizlik sayısı 0 ile 7 arasında değişmekte olup, ortalama inme sonrası yetersizlik sayısı 2,38±1,47 olarak saptanmıştır.

Olguların %44,1'inde (n=52) yüz, kol veya bacakta özellikle vücudun bir tarafında güçsüzlük, uyuşma veya karıncalanma; %34,7'sinde (n=41) yürüme güçlüğü;

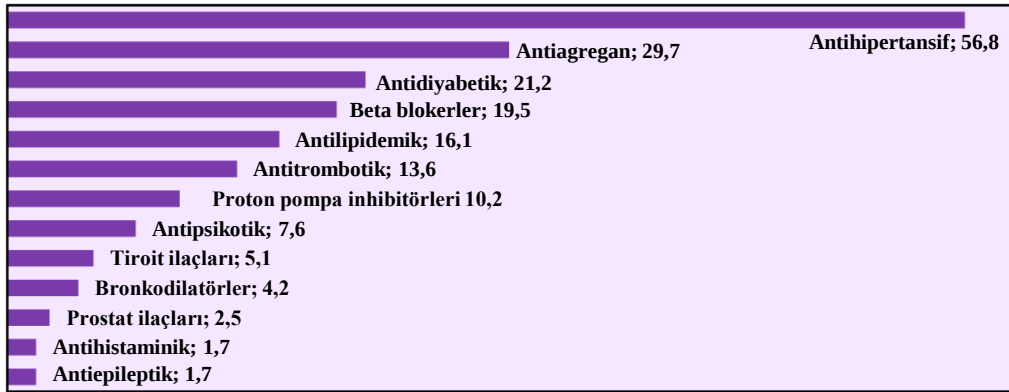
%33,1'inde (n=39) denge kaybı; %24,6'sında (n=29) kolları ve bacakları hareket ettirmede güçlük; %21,2'sinde (n=25) yutma güçlüğü; %13,6'sında (n=16) konuşamama; %40,7'sinde (n=48) konuşma güçlüğü; %7,6'sında (n=9) anlama güçlüğü; %3,4'ünde (n=4) bir veya iki gözde görme sorunu veya çift görme; %7,6'sında (n=9) bilinç bulanıklığı veya kişilik değişiklikler olduğu görülmektedir (Şekil 4.8).



Şekil 4.8. İnme sonrası gelişen yetersizliklerin dağılımı

İnmeli hastaların %83,9'unun (n=99) ilaç kullandığı; %21,2'sinin (n=25) antidiyabetik, %56,8'inin (n=67) antihipertansif, %29,7'sinin (n=35) antiagregan, %10,2'sinin (n=12) proton pompa inhibitörü, %16,1'inin (n=19) antilipidemik, %7,6'sının (n=9) antipsikotik, %1,7'sinin (n=2) antiepileptik, %4,2'sinin (n=5) bronkodilatörler, %19,5'inin (n=23) beta blokerler, %13,6'sının (n=16) antitrombotik, %5,1'inin (n=6) tiroit ilaçları, %1,7'sinin (n=2) antihistaminik, %2,5'inin (n=3) prostat ilaçları kullandığı görülmektedir (Şekil 4.9).

Hastanın Kullandığı İlaçlar



Oran (%)

Şekil 4.9. Hastanın kullandığı ilaçların dağılım

Tablo 4.5. Bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği sorularına verilen yanıtların dağılımları

	Hiç hazır değilim		Yeterince hazır değilim		Kısmen hazırım		Oldukça hazırım		Tamamen hazırım	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastanızın fiziksel bakım ihtiyacını karşılamaya hazır mısınız?	8	6,8	17	14,4	40	33,9	39	33,1	14	11,9
Hastanızın duygusal gereksinimlerini karşılamaya hazır mısınız?	5	4,2	18	15,3	40	33,9	40	33,9	15	12,7
Hastanızın ihtiyacı olan bakımın neler olduğunu bilmeye/anlamaya ve bu ihtiyaçları karşılamaya hazır mısınız?	7	5,9	21	17,8	39	33,1	39	33,1	12	10,2
Bakım verme stresiyle baş etmeye hazır mısınız?	12	10,2	22	18,6	31	26,3	39	33,1	14	11,9
Hastaya evde vereceğiniz bakımdan sizin ve hastanızın memnun olacağı konusunda ne kadar hazırsınız?	8	6,8	14	11,9	26	22,0	56	47,5	14	11,9
Hastanızla ilgili gelişebilecek acil durumların önemini kavrama ve başa çıkmaya hazır mısınız?	11	9,3	18	15,3	19	16,1	35	29,7	35	29,7
Gerektiğinde sağlık kurumlarından bilgi ve yardım istemeye hazır mısınız?	6	5,1	11	9,3	20	16,9	42	35,6	39	33,1
Hastanıza bakım verme konusunda kapsamlı olarak hazır mısınız?	15	12,7	25	21,2	24	20,3	34	28,8	20	16,9

Bakım veren katılımcıların “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” sorularına verdikleri yanıtların dağılımları Tablo 4.5’teki gibidir.

Tablo 4.6. Bakım verenin stres ölçeği sorularına verilen yanıtların dağılımları

	Hayır		Evet	
	n	%	n	%
Uykum bölünüyor (Örn: yatıyor, kalkıyor ya da gece dolaşiyor)	37	31,4	81	68,6
Bu uygun bir iş değil (Örn: Yardım çok zaman alıyor ya da yardım etmek için arabayla uzun bir yol gitmek gerekiyor)	75	63,6	43	36,4
İş fiziksel bir zorluk getiriyor (Örn: Hastanın sandalyesine oturtulması, sandalyeden kaldırılması, ya da çaba ve dikkat gerektirmesi gibi)	59	50,0	59	50,0
İş, beni sınırlıyor (Örn: Hastaya yardım etmek boş zamanımı sınırlandırıyor ya da arkadaşlarımı ziyaret edemiyorum)	87	73,7	31	26,3
Aile yaşantımda değişiklikler oldu (Örn: Bakım veriyorum, düzenim bozuldu, hiçbir mahremiyetim kalmadı. . .)	63	53,4	55	46,6
Kişisel planlarımda değişiklikler oldu (Örn: Bir işi geri çevirmek zorunda kaldım, tatile çıkamadım)	71	60,2	47	39,8
Çalışma süremde başka istekler oldu (Örn: Diğer aile bireylerinden gelen istekler...)	101	85,6	17	14,4
Duygusal yönden değişiklikler oldu (Örn: Şiddetli münakaşalar...)	16	13,6	102	86,4
Hastaların bazı davranışları can sıkıcı (Örn: İdrar ya da gaitasını tutamama, bazı şeyleri hatırlayamama ya da başkalarını eşyalarını almakla suçlaması)	21	17,8	97	82,2
Hastanın önceki halinden çok değiştiğini görmek can sıkıcı bir durum (Örn: Öncekinden farklı birisi)	11	9,3	107	90,7
İşimle ilgili düzenlemeler oldu (Örn: İzin almak zorunda kaldığım için)	85	72,0	33	28,0
İş, mali yönden stres getiriyor	76	64,4	42	35,6
İş yükü altında tamamen ezildiğimi hissediyorum (...konusunda kaygılıyım, bakım konusunda endişelerim var)	79	66,9	39	33,1

Bakım veren katılımcıların “Bakım Veren Stres Ölçeği” sorularına verdikleri yanıtların dağılımları Tablo 4.6’daki gibidir.

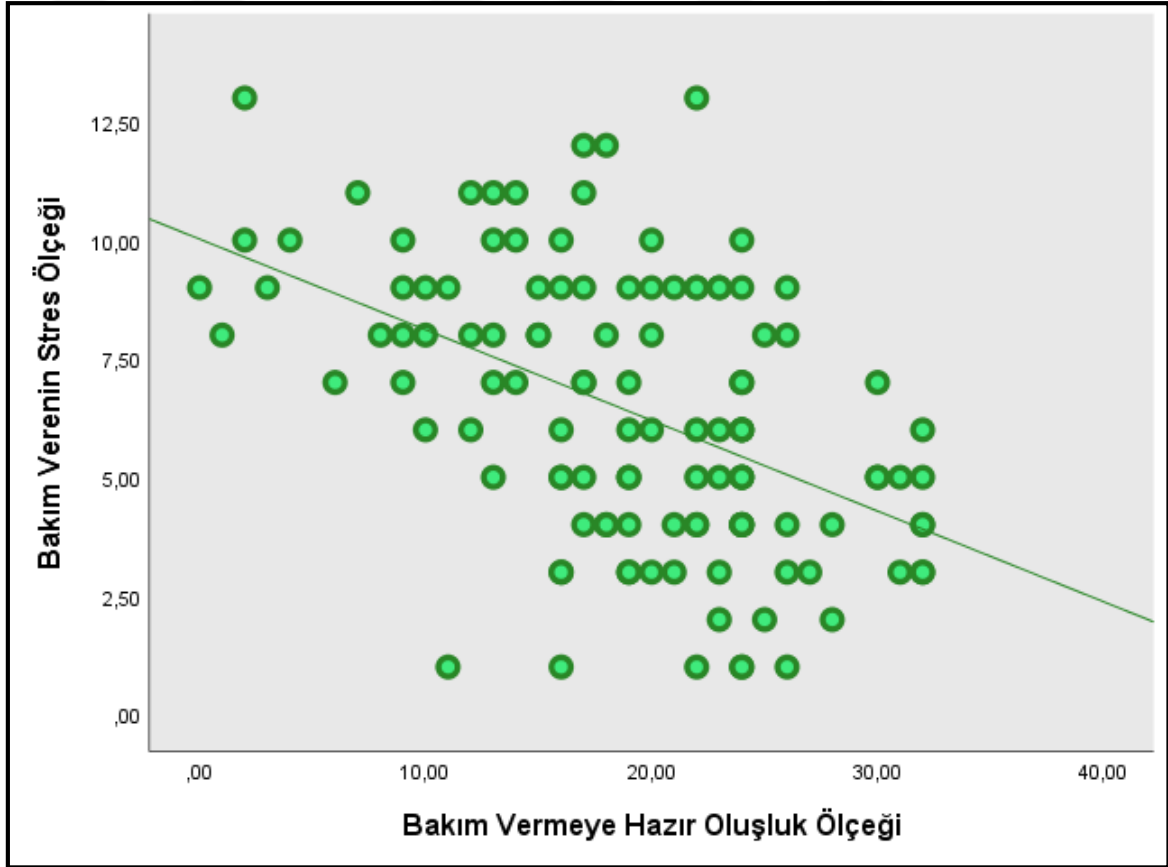
Tablo 4.7. Bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği ve bakım verenin stres ölçeği arasındaki ilişkisi

		Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği
Bakım Verenin Stres Ölçeği	r	-0,480
	p	0,001**

r:Pearson Correlation Test

**p<0,01

“Bakım Verenin Stres Ölçeği” ile “Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği” arasında negatif yönlü (Bakım Verenin Stres Ölçeği puanı arttıkça, Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği puanı azalan) istatistiksel olarak zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=-0,484$; $p=0,001$; $p<0,01$).



Şekil 11. Bakım verenin stres ölçeği puanı ile bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği puanı arasındaki korelasyon grafiği

Tablo 4.8. Bakım verenin tanımlayıcı özellikleri ve hastanın ilave hastalıkları ile bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği puanının karşılaştırılması (n=118)

		Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği	P	
		Ort±Ss	Medyan(Min-Maks)	
Cinsiyet	Kadın	19,80±7,76	22 (0-32)	^a 0,090
	Erkek	17,29±5,95	17 (2-30)	
Medeni durum	Evli (n=95)	19,21±7,84	20 (0-32)	^b 0,413
	Bekar (n=22)	18,14±4,71	18,5 (9-24)	
	Boşanmış/dul (n=1)	24,00±0,00	24 (24-24)	
Çocuk sayısı	Yok	17,76±6,32	18 (2-28)	^c 0,193
	1-2 çocuk	18,56±7,42	19 (1-32)	
	≥3 çocuk	21,14±7,62	22 (0-32)	
Eğitim durumu	İlköğretim	18,73±7,54	19 (0-32)	^c 0,758
	Ortaöğretim	19,38±6,97	20,5 (2-32)	
	Üniversite	20,20±7,13	19 (9-32)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	19,13±6,51	19,5 (2-32)	^a 0,938
	Çalışmıyor	19,01±7,76	19,5 (0-32)	
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	19,71±7,71	20 (1-32)	^c 0,419
	Gelir gidere eşit	18,17±7,21	19 (0-32)	
	Gelir giderden fazla	20,47±6,67	19 (9-32)	
Yaşanılan yer	İl	20,83±6,72	22 (2-32)	^c 0,026*
	İlçe	17,32±8,36	19 (0-32)	
	Köy	17,07±6,64	17 (2-31)	
Yaşanılan kişiler	Yalnız	18,00±6,84	20 (7-24)	^b 0,608
	Eş	19,06±8,02	20 (0-32)	
	Çocuklar	21,50±4,43	20 (17-31)	
	Diğer	17,94±4,93	19 (9-24)	
Kronik Hastalık	Yok	19,47±6,60	19 (2-32)	^a 0,533
	Var	18,62±8,06	20 (0-32)	
Kullanılan ilaçların varlığı	Yok	19,19±6,94	19 (1-32)	^a 0,826
	Var	18,89±7,82	20 (0-32)	
Hastaya yakınlık derecesi	Eş	18,58±8,13	20,5 (0-31)	^b 0,417
	Çocuk	19,23±7,37	19 (2-32)	
	Akraba	18,37±6,28	18 (4-32)	
	Diğer	22,83±3,97	24 (17-27)	
Hastayla birlikte yaşama durumu	Yaşıyor	19,19±7,74	20 (0-32)	^a 0,772
	Yaşamıyor	18,78±6,59	19 (2-32)	
Hasta bakım deneyimi	Yok	18,06±7,69	19 (0-32)	^a 0,105
	Var	20,26±6,75	21 (1-32)	
Bakım verirken destek olacak kişiler varlığı	Yok	18,35±7,75	19 (0-32)	^a 0,331
	Var	19,67±6,96	20 (2-32)	
(Hastanın) ilave hastalıkları	Yok	21,74±9,25	22 (2-32)	^a 0,081
	Var	18,54±6,85	19 (0-32)	

^aStudent t-Test

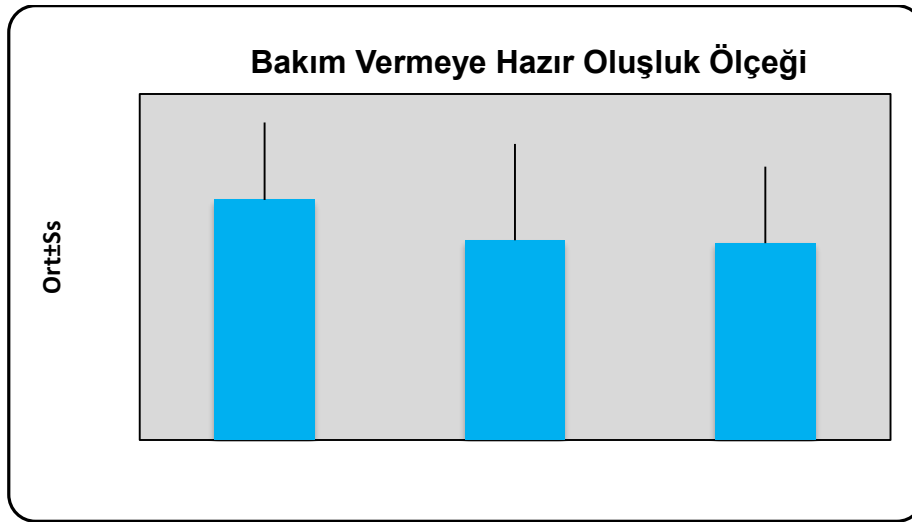
^bKruskal Wallis Test& Dunn-Bonferroni Test

^cOne Way Anova Test & Dunn-Bonferroni Test

*p<0,05

Katılımcıların Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Bakım verenin oturduğu yere göre Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,026$; $p<0,05$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; ilde yaşayanların bakım vermeye hazır oluş puanı, köyde yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,048$; $p<0,05$).



Şekil 12: Yaşanılan yerde bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği puanının dağılımı

Katılımcıların Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile yaşanılan kişiler, kronik hastalık, kullanılan ilaçların varlığı, hastaya yakınlık derecesi, hastayla birlikte yaşama durumu, hasta bakım deneyimi, bakım verirken destek olacak kişilerin varlığı ve (hastanın) ilave hastalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.9. Yaş ve inme tanısının aldığı süre ile bakım vermeye hazır oluşluk ölçeği puanının ilişkisi

Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği		
(Bakım verenin) yaş	r	-0,18
	p	0,05
Hastanın yaşı	r	-0,12
	p	0,20
İnme tanısı aldığı süre (gün)	r	±-0,03
	p	0,72

r: Pearson Correlation Test

±r: Spearman Correlation Test

Katılımcıların Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile bakım verenin yaşı, hastanın yaşı, inme tanısı aldığı süre (gün) istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 4.10. Bakım verenin tanımlayıcı özellikleri ve hastanın ilave hastalıkları ile bakım verenin stres ölçeği puanının karşılaştırılması

		Bakım Veren Stres Ölçeği		P
		Ort±Ss	Medyan (Min-Maks)	
Cinsiyet	Kadın	6,24±2,64	6 (1-13)	^a 0,424
	Erkek	6,71±3,51	7 (1-13)	
Medeni durum	Evli	6,56±2,71	7 (1-13)	^b 0,389
	Bekar	5,68±3,72	4,5 (1-13)	
	Boşanmış/dul	5,00±0,00	5 (5-5)	
Çocuk sayısı	Yok	6,10±3,88	5 (1-13)	^c 0,634
	1-2 çocuk	6,60±2,64	7 (1-12)	
	≥3 çocuk	6,07±2,80	6 (1-11)	
Eğitim durumu	İlköğretim	6,48±2,70	7 (1-11)	^c 0,801
	Ortaöğretim	6,33±3,56	6 (1-13)	
	Üniversite	5,93±3,10	5 (1-12)	
Çalışma durumu	Çalışıyor	7,02±3,38	8 (1-13)	^a 0,086
	Çalışmıyor	6,05±2,62	5,5 (1-13)	
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	6,53±2,69	6 (1-13)	^c 0,900
	Gelir gidere eşit	6,31±2,97	6 (1-13)	
	Gelir giderden fazla	6,20±3,53	5 (1-12)	
Oturduğu yer	İl	5,83±3,14	5 (1-13)	^c 0,033*
	İlçe	6,39±2,45	7 (1-10)	
	Köy	7,59±2,63	8 (3-13)	
Yaşanılan kişiler	Yalnız	7,17±4,45	7,5 (1-12)	^b 0,504
	Eş	6,53±2,66	7 (1-13)	
	Çocuklar	6,00±3,33	5,5 (1-12)	
	Diğer	5,59±3,43	4 (1-13)	
Kronik Hastalık	Yok	6,13±2,98	6 (1-13)	^a 0,350
	Var	6,64±2,86	7 (1-13)	
Kullanılan ilaçların varlığı	Yok	6,19±3,02	6 (1-13)	^a 0,450
	Var	6,60±2,82	7 (1-13)	
Hastaya yakınlık derecesi	Eş	6,60±2,41	7 (2-11)	^b 0,856
	Çocuk	6,36±3,09	6 (1-13)	
	Akraba	5,95±3,66	5 (1-12)	
	Diğer	6,50±2,43	6,5 (3-10)	
Hastayla birlikte yaşama durumu	Yaşıyor	6,36±2,7	6 (1-13)	^a 0,928
	Yaşamıyor	6,41±3,33	7 (1-13)	
Hasta bakım deneyimi	Yok	6,38±3,11	6 (1-13)	^a 0,989
	Var	6,38±2,70	6 (1-12)	
Bakım verirken destek olacak kişiler varlığı	Yok	6,35±2,85	6 (1-12)	^a 0,901
	Var	6,41±3,00	6 (1-13)	
İlave hastalıkları	Yok	6,21±3,31	5 (1-13)	^a 0,782
	Var	6,41±2,86	6 (1-13)	

^aStudent t-Test

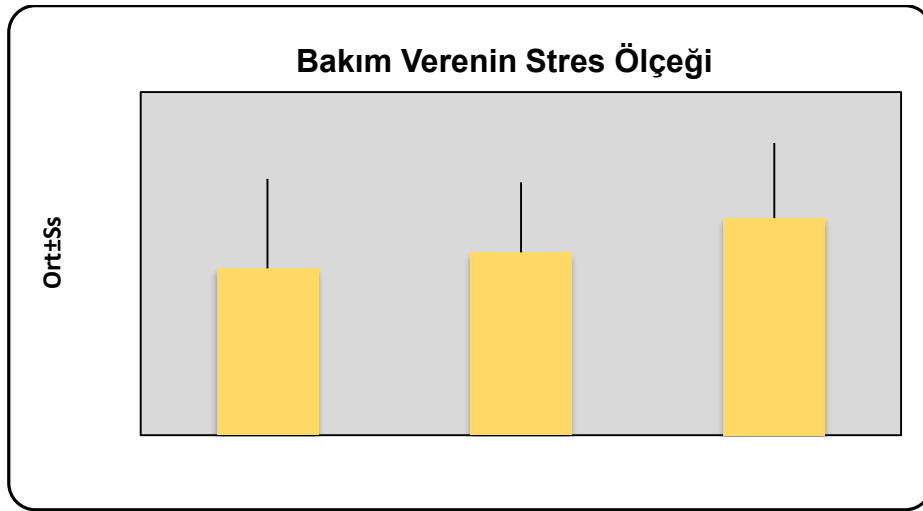
^bKruskal Wallis Test& Dunn-Bonferroni Test

^cOne Way Anova Test & Dunn-Bonferroni Test

* $p<0,05$

Katılımcıların Bakım Verenin Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Bakım verenin oturduğu yere göre Bakım Verenin Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p=0,033$; $p<0,05$). Farklılığın kaynağını belirlemek amacıyla yapılan ikili karşılaştırmalar neticesinde; köyde yaşayanların bakım veren stres puanı, ilde yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,023$; $p<0,05$).



Şekil 4.10. Yaşanılan yere göre bakım verenin stres ölçeği puanının dağılımı

Katılımcıların Bakım Verenin Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile yaşanılan kişiler, kronik hastalık, kullanılan ilaçların varlığı, hastaya yakınlık derecesi, hastayla birlikte yaşama durumu, hasta bakım deneyimi, bakım verirken destek olacak kişilerin varlığı ve (hastanın) ilave hastalıkları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p>0,05$).

Tablo 16: Yaş ve inme tanısının aldığı süre ile bakım verenin stres ölçeği puanının ilişkisi

		Bakım Verenin Stres Ölçeği
(Bakım verenin) yaş	r	0,06
	P	0,53
Hastanın yaşı	r	0,13
	P	0,16
İnme tanısı aldığı süre (gün)	r	±0,08
	P	0,36

r: Pearson Correlation Test

±r: Spearman Correlation Test

Katılımcıların Bakım Verenin Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile (bakım verenin) yaş, hastanın yaşı, inme tanısı aldığı süre (gün) istatistiksel olarak anlamlı ilişki göstermemektedir ($p>0,05$) (149).



5. TARTIŞMA

Dünya çapında ölüm ve engelliliklerin önde gelen nedeni olan inme, bireylerde ciddi fizyolojik, psikolojik ve sosyal kayıplara yol açmaktadır. Kısıtlı bireylere beklenmedik ve istem dışı gelişen bakım verme rolüne bağlı, bakım süresi, bağımlılık, bilişsel ve davranışsal zorluklarla karşılaşma sonucu bakım verici bireylerde farklı düzeylerde stres oluşmaktadır. Her birey stres ile baş etme yolu bulmaya çalışmaktadır (150, 151).

Bu araştırma, bir üniversite hastanesinin nöroloji kliniğinde yatmakta olan hastalara bakım veren hasta yakınları ile yapıldı.

Bakım vericilerin cinsiyet dağılımına baktığımızda, çoğunluğun (%70,3) kadınlardan oluştuğu görülmektedir. Brezilya’da yapılan bir çalışmada bağımlı yaşlılara bakım verenlerin %92,1’inin kadın olduğu, yaş ortalamasının ise 48 olduğu görülmüştür (152). Bakım vericiler ile ilgili yapılan çalışmalarda da bakım vericilerin büyük çoğunluğunun kadınlardan oluştuğu görülmektedir (153, 154). Bahadır ve Ata’nın (144) yaptığı çalışmada da benzer şekilde nörolojik rahatsızlığı olan hastaların bakım vericilerinin %68,7’sinin kadın olduğu görülmüştür. Bu durumun, bakıma yönelik faaliyetlerde toplumsal ve kültürel olarak kadınların daha fazla sorumluluk ve yük alması, içgüdüsel olarak koruma, gözetme ve ilgilenme duygularının daha baskın olması ile ilişkisi olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım vericilerin yaş ortalaması 52 yıl olarak bulunmuştur. Aşiret ve Kapucu’nun(155) çalışmalarında örneklem çoğunluğunun 50-59 yaş aralığında olduğu bulunmuştur. Aydın’ın (156) inmeli hastaların bakım vericileri ile yapmış olduğu çalışmada, yaş ortalamalarının 48 olduğu saptanmıştır. Bakım vericiler ile yapılmış olan bir diğer çalışmada yaş ortalamasının 42 olduğu görülmüştür (134). Çetinkaya ve Dönmez’in (157) bakım yükü üzerine yaptığı çalışmada %59,30’unun kadın bakım verici olduğu ve yaş ortalamalarının 40 olduğu görülmüştür.

Bu çalışmada, bakım vericilerin yaş ortalamalarının, diğer çalışmalara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yaş ortalamasının 52 yıl olması, grubun orta yaş grubunda olduğunu ve fiziksel sağlık sorunlarının başladığı veya varolduğu zaman dilimine rastladığı bilinmektedir. Fakat dünyada yaşlılık yaşı 65 yaş olarak belirtildiği için

ortalama 52 yaş, bakım vericiler için uygun bir yaş grubudur. İnmeli hastaya bakım vermek durumunda kalmak her yaş grubunda stres ve kaygıya neden olabilmektedir.

Çalışmamızda bakım vericilerin %80,5 olan büyük bir kısmının evli olduğu ve %82,2'sinin çocuk sahibi olduğu görülmektedir. Bakır ve Aydın'ın bakım yükü üzerine yapmış olduğu çalışmada %80,2'sinin evli, %79,9'unun çocuk sahibi olduğu görülmüştür (158). Yatağa bağımlı hastaların bakım vericileri ile yapılan çalışmada, %66'sının evli, %34'ünün çocuk sahibi olduğu saptanmıştır (159). Kanser hastalarının bakım vericileri ile yapılan bir çalışmada %71,3'ünün evli olduğu görülmüştür (160). Ebeveynlik rolünün getirmiş olduğu sorumluluklara ek olarak bakım vericilik yükü, bakım verici bireylerde bakıma hazır olma durumunda belirsizlik ve stresi beraberinde getirebilmektedir.

Çalışmamızda bakım vericilerin %66,9'unun ilköğretim, %20,3'ünün ortaöğretim, %12,7'sinin ise üniversite mezunu olduğu görülmüştür. İnfomal bakım vericiler ile yapılan bir çalışmada ise, %9,4'ünün okur-yazar olmadığı, %30,2'sinin üniversite mezunu olduğu bulunmuştur (134). Fertelli ve Tuncay'ın (161) bakım yükü ve yaşam kalitesi üzerine yaptığı çalışmada %41,2'sinin okuryazar olduğu görülmüştür. Eğitim durumunun düşük olması problemleri neden olabilir. Eğitim seviyesi arttıkça risk faktörlerinin kontrol altına alınması ve gerekli yaşam biçimi değişikliklerinin benimsenmesi kolaylaşacak olup inmenin önlenebilirliği artacaktır.

Çalışmamızda bakım veren bireylerin %66,1'inin çalışmadığı %33,9'unun çalıştığı görülmektedir. Kronik hastaların bakım vericileri ile yapılan kapsamlı çalışmada %81,6'sının çalışmadığı, %18,4'ünün çalıştığı, evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım vericileri ile yapılan çalışmada ise %98,75'inin çalışmadığı, %1,25'inin çalıştığı görülmüştür (162, 163). Bu durum çalışan bireylere kıyasla çalışmayan bireylerde işe bağlı stres ve yükün olmaması nedeniyle bakım için ayrılan zamanın daha fazla olmasının avantaj sağlayabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım veren bireylerin meslek dağılımına bakıldığında; %42,4'lük çoğunluğun ev hanımı, %19,5'inin emekli, %2,5'inin memur, %5,1'inin işçi, %30,5'inin diğer meslek grupları içinde yer aldığı görülmektedir. Bakım yükünün incelendiği başka bir çalışmada bakım veren bireylerin çoğunluğunun kadın ve hastanın eşi olduğu buna bağlı olarak kadın bakım vericilerin bakım yükünün erkek cinsiyetteki bakım vericilere oranla daha fazla olduğu görülmüştür (164). Engelli bireylerin bakım

vericileri ile yapılan çalışmada, tecrübeleri değerlendirildiğinde %87,2'sinin başka işlerle meşgul olduğu, %13,7'sinin ise iş sahibi olmadığı görülmüştür (165). Bu durum toplumumuzda geleneksel olarak bakım verme yükünün, kadınlar tarafından üstlenildiğini göstermektedir.

Bu çalışmada bakım verenlerin %65,3'ünün hasta ile birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Kanserli hastalara bakım veren hasta yakınları ile yapılan çalışmada %95'inin ailesiyle beraber yaşadığı görülmektedir (166). Bu durum ataerkil aile, gelenek ve göreneklere bağlı bir toplum olduğumuzu göstermektedir. Ebeveynlik rolüne ek bakım verici rol, bireyi olumsuz etkileyebilmekte ya da aile üyelerinin sayısı olarak fazlalığı, bakım yükünü paylaşma konusunda olumlu sonuçlar verebilmektedir.

Bu çalışmada %49,2'lik kısmın gelirinin giderine eşit olduğu, %38,1'lik kısmın gelirinin giderinden az olduğu, %12,7'lik kısmın ise gelirinin giderinden fazla olduğu sonucu bulunmuştur. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan hastaların bakım vericileri ile yapılan çalışmada, bakım vericilerin %69,7'si gelir durumunu orta olarak tanımlamıştır (167). Çalışmamızda, katılımcıların neredeyse yarısının gelir giderine eşit olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda bakım verici bireylerin yaşadığı yerler incelendiğinde; %50,8'lik kısım ilde, %26,3'lük kısım ilçede, %22,9'luk kısım ise köyde ikamet etmektedir. Bu çalışmada köyde oturan bakım vericilerin stres düzeylerinin ilde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Farklılığın nedenini belirlemek için yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda; köyde yaşayan bakım vericilerin stres puanının, ilde yaşayanlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve öfke irade tarzları üzerine yapılan çalışmada, köyde yaşayanların ilçeye göre, ilçede yaşayanların ise ilde yaşayanlara göre bakım yükü ve öfke seviyesinde artış olduğu bildirilmiştir (168). Köyde yaşayan bakım vericilerin kırsal yaşamın getirdiği tarım ve hayvancılık işlerine ek olarak bakım yükünün de olması nedeniyle stres düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada; ilde yaşayanların bakım vermeye hazır oluşluk puanının, köyde yaşayanlara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Buradan ülkemizde köylerde tarım ve hayvancılığın etkin olması sebebiyle illerde yaşayanlara göre kendilerini daha az bakım vermeye hazır hissetmiş olma ihtimalleri yüksektir.

Çalışmamızda bakım verici bireylerin %49,2'sinin kronik hastalığa sahip olduğu görülmektedir. Kronik hastalıklara baktığımızda %26,3 ile ilk sırada hipertansiyon yer almaktadır olup %16,1'inin diyabet, %9,3'ünün tiroit hastalıkları, %7,6'sının kardiyak hastalıklar, %6,8'inin astım, %3,4'ünün psikotik hastalık, %2,5'inin kolesterol yüksekliği, %1,7'nin epilepsi, %0,8'inin ise böbrek yetmezliğine sahip olduğu bulunmuştur. Morimoto ve ark.'nın çalışmasında inmeli hastalara bakım verenlerin %50'sinin en az bir kronik hastalığa sahip olduğu belirtilmiştir (169). Ay ve ark.'nın (170) 2017'de yapmış olduğu çalışmada bakım verenlerin yarısından fazlasının bir kronik hastalığa sahip olduğu ve bu durumun ruhsal durumlarını etkilediğini belirtmiştir. Parlakoğlu Baştürk'ün (171) inmeli hastalara bakım veren hasta yakınları üzerine yaptığı çalışmada, bakım vericilerin %31,1'inin kronik hastalığa sahip olduğu, %39,3'ünün hipertansiyon, %32,1'inin diyabet, %14,3'ünün eklem hastalıkları, %14,3'ünün diğer hastalıklar olduğu bulunmuştur. Gök Uğur ve Çatiker'in (172) evde bakım hastalarının bakım veren yakınları ile yaptığı çalışmada, %44,8'inin kronik hastalığa sahip olduğu görülmüştür. Bakım vericilerin orta yaş ve üzerinde olmaları nedeniyle kronik hastalıklara sahip olmaları beklenen bir durumdur. Fakat kronik hastalık yükü arttıkça kendilerinin bakım alma ihtiyacı doğmakta olup başka bir bireye bakım vermeleri zor ve sıkıntılı olmaktadır.

Çalışmamızda bakım verenin yakınlık derecesi incelendiğinde, %44,9'unun çocuğu, %33,9'un eşi, %16,1'in akrabası, %5,1'in diğer bireyler olduğu bulunmuştur. Brezilya'da yapılan bir çalışmada bağımlı yaşlılara bakım vericilerin yakınlık derecesi olarak %93,9'unun aile üyelerinden oluştuğu görülmüştür (152). Alzheimer hastalarının bakım vericileri ile yapılan çalışmada, katılımcıların %43,5'i kızı, %18,5'i eşi, %16,7'si gelini, %14,8'i oğlu olduğunu belirtmiştir (173). Çetinkaya'nın (174) araştırmasında bakım verenlerin sırasıyla kızı, eşi ve oğlu ilk üç sırada yer alırken; Çınar'ın (175) araştırmasında ilk üç sırayı hastanın kızı, oğlu ve eşleri oluşturmaktadır. İnme hastası ve birincil bakım verenlerin yapıldığı bir çalışmada bakım verenlerin genellikle birinci derece hasta yakını olma oranının yüksek olduğu eş, kız evlat, erkek evlat, oğul, anne, baba olduğu görülmüştür (176).

Çalışmamızda bakım verenlerin %65,3' ünün hasta ile beraber yaşadığı saptanmıştır. Yıldırım ve ark.'nın (177) bakım vericiler ile yaptığı çalışmada %80'inin hasta ile beraber yaşadığı görülmüştür.

Çalışmamızda hasta bakımı deneyimine bakıldığında, %55,1'inin deneyiminin olmadığı, %44,9'unun deneyimi olduğu, deneyimi olanların; %20,3'ünün anne, %16,9'unun baba, %5,1'inin eş, %5,1'inin akraba, %0,8'inin ise çocuk üzerine bakım deneyimi olduğu bulunmuştur. Aydın'ın (156) yaptığı çalışmada %32,9'unun bakım deneyimi olduğu, %67,1'inin bakım deneyimi olmadığı, %40,1'inin destek olacak kişilerin bulunduğu, %59,9'unun destek alacağı kişilerin bulunmadığı bulunmuştur. Amamou ve ark.'nın (178) çalışmasında bakım verici bireylerin evde bakım sürecinde desteğe ihtiyaçları oldukları belirtilmiştir.

Çalışmamızda %53,4'ünün hastaya bakım verirken destek olacak bir birey olduğu saptanmıştır ve yakınlık derecesi incelendiğinde; %9,3'ünün annesi, %0,8'inin babası, %13,6'sının çocuğu, %10,2'sinin eşi ve %24,6'sının akrabasının destek olacağı görülmektedir. Literatür çalışmalarına bakıldığında; Amerika'daki yapılan bir çalışmada yaşlıların bakımının % 80 oranında aile üyeleri tarafından karşılandığı ve bakım verenlerin %70'inden fazlasının kadınlar olduğu, bu kadın grubunun içinde de kız çocuklarının ve gelinlerinin çoğunlukla yer aldığı belirtilmektedir (179). Erkuran ve Altay'ın (140) alzheimerlı hastaların yakınları ile yaptığı çalışmada %78,3' ünün bakım verirken destek aldığı görülmüştür. Avrupa' da yapılan bir çalışmada ise 75 yaş ve üstü bireylere eş, aile üyeleri ve kurum tarafından bakım verildiği, 60-75 yaş arasındaki yaşlılara ise çoğunlukla eşlerinin bakım verdiğini göstermektedir (180). Ülkemizde de yaşlıların bakımının aile üyeleri ve özellikle de kadınlar ve eşler tarafından yürütüldüğü görülmektedir (15). Bakım gereksinimi olan yaşlıya sürekli olarak bakım verme, fiziksel ve ruhsal olarak yorgunluk, bitkinlik, sağlığın bozulması, anksiyete, depresyon artışına neden olabilmektedir (181, 182). Özellikle alzheimer ve inme hastalarına bakım veren bireylerde ruhsal ve sosyal sağlık sorunlarının ve özellikle sosyal izolasyonun yoğun şekilde yaşandığı bildirilmektedir (15).

Çalışmamızda inme tanısı almış hastaların ek hastalık durumuna bakıldığında, %83,9'unun ilave hastalığı olduğu bulunmuştur. Parlakoğlu Baştürk'ün (171) yaptığı çalışmada, %60'ının ek hastalığı olduğu bulunmuştur. Yetişgin ve Satış'ın (183) inmeli hastalarla yaptığı çalışmada, %89,3'ünün ek hastalığı olduğu belirtilmiştir. Özkaya'nın (184) inmeli hastalar üzerine yaptığı çalışmada, %86'nın ilave hastalığı olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda inme sonrası gelişen yetersizliklere bakıldığında; hastaların %44,1'inin yüz, kol veya bacakta özellikle vücudun bir tarafında güçsüzlük, uyuşma veya karıncalanma görüldüğü, %40,7'sinde konuşma güçlüğü, %34,7'sinde yürüme güçlüğü, %33,1'de denge kaybı, %24,6'sında kolları ve bacakları hareket ettirmede güçlük, %21,2'sinde yutma güçlüğü, %13,6'sında konuşamama, %7,6'sında anlama güçlüğü, %7,6'sında bilinç bulanıklığı veya kişilik değişiklikleri, %3,4'ünde bir veya iki gözde görme sorunu veya çift görme görülmüştür. Katılımcıların ortalama 2 yetersizliğe sahip olduğu görülmektedir. Eren ve ark.'nın (185) yaptığı çalışmada, inme sonrası kol ve bacakta uyuşukluk görüldüğü belirtilmiştir. Soyuer ve ark.'nın (186) inmeli hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların fonksiyonel yetersizliklerinin (kendine bakım, sifinkter kontrolü, mobilite, sosyal iletişim) olduğu bildirilmiştir. Kurt ve Erol'un (19) çalışmasında inme sonrası hastaların 1/3'ünün nörolojik olarak bağımlı olacak derecede yetersizlik yaşadığı belirtilmiştir.

Bu çalışmada Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği puan ortalaması $19,05 \pm 7,34$ bulunmuştur. Bu durumda hasta yakınlarının bakıma hazır oluşluk düzeylerinin orta düzeyde olduğunu söyleyebiliriz.

Bakım Veren Stres Ölçeği puanı ortalaması $6,38 \pm 0,92$ bulunmuştur. Hasta yakınlarının bakım verme konusunda orta düzeyde stres yaşadıklarını söyleyebiliriz.

Çalışmamızda katılımcıların Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile yaşanan kişiler, kronik hastalık varlığı, kullanılan ilaçların varlığı, hastaya yakınlık derecesi, hastayla birlikte yaşama durumu, hasta bakım deneyimi, bakım verirken destek olacak kişilerin varlığı ve (hastanın) ilave hastalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır. Mandowara ve ark.'nın (187) yapmış olduğu çalışmada inme geçirmiş olan hastalarda ileri yaş ve anksiyetenin, aşırı bağımlılığın ve ekonomik durumun bakım verenin yükünü artırdığı belirlenmiştir. Smerglia ve ark.'nın (188) meta analiz çalışmasında, bakım verenlerin büyük bölümünde bakıma hazır olmada; sosyal desteğin pozitif bir etkisinin olmadığı ve verilen sosyal desteğin bakım veren kişinin ihtiyacını karşılamadığı belirtilmiştir. Selçuk ve ark.'nın (176) 65 yaş ve üzerindeki inmeli yaşlı bireylere bakım verenlerle yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin yaş ortalaması arttıkça, ileri düzeyde bakım yükü yaşadığı saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların bakım verenin stres ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeyi istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Gök Uğur ve Çatıker'in (172) yaptığı çalışmada bakım vericilerin tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, sosyal güvence ve hastalık türü) ile bakım verenlerin stres ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerinin istatistiksel olarak stres düzeyini etkilemediği ama bakım vericilerin kronik hastalığa sahip olma durumunun stres düzeyini etkilediği bulunmuştur. Atagün ve ark.'nın (189) inme geçirmiş hasta ve yakını ile yapmış olduğu çalışma sonucunda, fiziksel bakımın stresli olduğu belirlenmiştir. Kruithof ve ark.'nın (190) yaptığı çalışmada hastanın bağımlılık düzeyi arttıkça bakım verenlerin anksiyete düzeylerinin arttığı saptanmıştır. Jütten ve ark.'nın (191) yaptığı çalışmalarda ise bakım vericilerin yaşının artması ile kaygı düzeyinin de arttığı ve anksiyete düzeylerini etkilediği saptanmıştır. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü ile ilgili yapılan bir çalışmada yaşlıların bakım verme yükü konusunda yapılan telefon görüşmelerinin hasta mortalitesini azalttığı, bakım verenlerin anksiyete, depresyon gibi ruhsal sorunlarına farkındalığının arttığı belirtilmiştir (189). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumu ile ilgili yapılan çalışmada, hasta yakınlarına verilen sosyal desteğinin artmasının tükenmişlik durumlarını azalttığı sonucuna varılmıştır (192).

SONUÇ VE ÖNERİLER

İnme geçiren hasta yakınlarının bakıma hazır olma durumu ve stres durumlarını incelemek amacıyla yapılan bu tanımlayıcı araştırmada elde edilen bulgular doğrultusunda aşağıdaki sonuçlara ulaşıldı.

Bakım vericilerin stres düzeyi arttıkça bakım vermeye hazır oluşluk düzeyleri azaldı.

Katılımcıların Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

İlde yaşayanların bakım vermeye hazır oluşluk düzeylerinin, köyde yaşayanlara göre daha iyi olduğu saptandı.

Katılımcıların Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile birlikte yaşanan kişiler, kronik hastalık varlığı, ilaç kullanma durumu, hastaya yakınlık derecesi, hastayla birlikte yaşama durumu, hasta bakım deneyimi, bakım verirken destek olacak kişilerin varlığı ve (hastanın) ilave hastalıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Katılımcıların Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile bakım verenin yaşı, hastanın yaşı, inme tanısı aldığı süre arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı.

Katılımcıların Bakım Veren Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Bakım verenin oturduğu yere göre Bakım Veren Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı. Köyde yaşayan bakım vericilerin ilde yaşayanlara göre daha fazla stres yaşadıkları saptandı.

Katılımcıların Bakım Veren Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile birlikte yaşanan kişiler, kronik hastalık varlığı, ilaç kullanma durumu, hastaya yakınlık derecesi, hastayla birlikte yaşama durumu, hasta bakım deneyimi, bakım verirken destek olacak kişilerin varlığı ve (hastanın) ilave hastalıkları istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı.

Katılımcıların Bakım Veren Stres Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ile bakım verenin yaşı, hastanın yaşı, inme tanısı aldığı süre arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı.

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda;

Sağlık profesyonelleri olarak hemşirelerin inme tanısı alan hastaların bakım vericilerine bakım yükünün yaratacağı stres ve stresle baş etmede farkındalık sağlamak üzere eğitim programları hazırlayarak hasta yakınlarına eğitim vermeleri,

İnme geçiren hastanın bakım sürecine ilişkin yaşanabilecek sorunlar konusunda hasta yakınlarının bilgilendirilmesi ve uygun baş etme stratejileri geliştirmeleri için desteklenmeleri,

İnme geçirmiş hastaların yakınlarıyla bakıma hazır oluşluk, bakım yükü, stres konularında yapılacak araştırmaların artırılması, evde sağlık hizmetleri birimi ile hastaların eve taburculuğu sonrasında gerekli iletişim ve koordinasyonun sağlanması konusunda hasta yakınlarının bilgilendirilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kuriakose D, Xiao Z. İnme patofizyolojisi ve tedavisi: mevcut durum ve geleceğe bakış açıları. Uluslararası moleküler bilimler dergisi. 2020;21(20):7609. <https://doi.org/10.3390/ijms21207609>.
2. Feske SK. Ischemic stroke. The American journal of medicine. 2021;134(12):1457–64. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2021.07.027>.
3. Hui C, Tadi P, Patti L. Ischemic Stroke. 2022. StatPearls Publishing, Treasure Island(FL).<http://europepmc.org/abstract/MED/29763173><http://europepmc.org/books/NBK499997><https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499997>.
4. The top 10 causes of death. [Online Veritabanı]. WHO. 2020. [15. 11. 2023]. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
5. Saini V, Guada L, Yavagal DR. Global Epidemiology of stroke and access to acute ischemic stroke interventions. Neurology.2021; 97(20 Suppl 2):6–S16. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000012781>.
6. TÜİK[Online Veritabanı]. TÜİK. 2022. [11. 11. 2023]. <https://www.tuik.gov.tr/>.
7. Jayaraj RL, Azimullah S, Beiram R, Jalal FY, Rosenberg GA. Neuroinflammation: friend and foe for ischemic stroke. Journal of neuroinflammation.2019;16(1):142. <https://doi.org/10.1186/s12974-019-1516-2>.
8. Yeşilbalkan UÖ. İnme ve bakım yönetimi. Editör: Özer S. Olgu Senaryolarıyla İç Hastalıkları Hemşireliği. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri; 2019.s. 321-330.
9. Olver J, Yang S, Fedele B, Ni J, Frayne J, Shen G et al. Post stroke outcome: global insight into persisting sequelae using the post stroke checklist. JStroke Cerebrovasc Dis.2021;30(4):105612. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.105612>.
10. Neil HP. Stroke rehabilitation. Critical Care Nursing Clin North Am.2023;35(1):95–9. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2022.11.002>.
11. Türk Dil Kurumu Sözlükleri[Online Veritabanı]. TDK. 2023. [Alıntı tarihi:15. 11. 2023]. <https://sozluk.gov.tr/>.
12. Karaman S. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakıma hazır oluşluk ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. [Yüksek lisans tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi;2014.
13. Zawawi NSM, Aziz NA, Fisher R, Ahmad K, Walker MF. The unmet needs of stroke survivors and stroke caregivers: a systematic narrative review. J Stroke Cerebrovasc Dis.2020;29(8):104875.
14. Campbell BC, De Silva DA, Macleod MR, Coutts SB, Schwamm LH, Davis SM et al. Ischaemic stroke. Nature Rev Dis Primers. 2019;5(1):70.
15. Soydan AM, Elkin N, Barut AY. Bakım yükünün yaşlı bakıma etkileri. İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2023; 20:703-13. DOI: 10.38079/igusabder.1130737.
16. Panzeri A, Rossi Ferrario S, Vidotto G. İnme bakım verenlerinin psikolojik sağlığına yönelik müdahaleler: sistematik bir inceleme. Psikolojide sınırlar.

2019;10: 2045.

17. Leblebicioğlu M. Algılanan stres, bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve yeme tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Maltepe Üniversitesi; 2018.
18. La Torre, G, Esposito A, Sciarra I. Chiappetta M. Tekno-stresin tanımı, belirtileri ve riski: sistematik bir inceleme. *Int Arch Occup Environ Health*.2019; 92:13–35. <https://doi.org/10.1007/s00420-018-1352-1>.
19. Kurt D, Erol Ö. İnmeli bir hastanın yaşam modeli'ne göre hemşirelik bakımı: olgu sunumu. *Sağlık ve Toplum*.2023; 33(2):214-221.
20. Droś J, Klimkowicz-Mrowiec A. Current view on post-stroke dementia. *Psychogeriatrics*. 2021;21(3):407–17. <https://doi.org/10.1111/psyg.12666>.
21. Chugh C. Acute ischemic stroke: Management approach. *indian journal of critical care medicine: peer-reviewed, official publication of Indian Society of Critical Care Medicine*.2019;23(2):140–6. <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-23192>.
22. Shao Y, Yang Y, Sun YX, Xu AH. Different frequencies of repetitive transcranial magnetic stimulation combined with local injection of botulinum toxin type A for post-stroke lower limb spasticity: study protocol for a prospective, single-center, non-randomized, controlled clinical trial. *Neural Regen Res*. 2022; Nov;17(11):2491-6. doi: 10. 4103/1673-5374. 339011. PMID: 3553590; PMCID: PMC9120707.
23. Li S. İnme sonrası spastisite, motor iyileşmesi ve nöral plastisite. *Nörolojide sınırlar*.2017; 8: 120.
24. Maida CD, Norrito RL, Daidone M, Tuttolomondo A, Pinto A. Neuroinflammatory mechanisms in ischemic stroke: focus on cardioembolic stroke, background, and therapeutic approaches. *Int J Mol Sci*. 2020;21(18):6454.
25. Kwakkel G, Stinear C, Essers B. İnme sonrası motor rehabilitasyon: Avrupa İnme Örgütü (ESO) fikir birliğine dayalı tanım ve kılavuz çerçeve. *Avrupa İnme Dergisi*; 2023; 8(4):880-894. doi: 10.1177/23969873231191304.
26. Tülek Z. Nörolojik sistem hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Editör: Enç N. İç hastalıkları hemşireliği. 2. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017. s. 295-301.
27. Bo Y, Zhu Y, Zhang X, Chang H, Zhang J, Lao X. Q, et al. Spatiotemporal trends of stroke burden attributable to ambient PM_{2.5} in 204 Countries and territories. 1990-2019: A Global Analysis. *Neurology*. 2023;101(7):764–76. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000207503>.
28. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, Martins S, Sacco RL, Hacke W, et al. World Stroke Organization (WSO): Global stroke fact sheet. *International journal of stroke: official journal of the international stroke society*. 2020;17(1):18–29. <https://doi.org/10.1177/17474930211065917>.
29. GBD 2019 Stroke Collaborators, Feigin VL, Stark BA, Johnson CO, Kivimäki M, Lallukka T, Meretoja A. İnmenin küresel, bölgesel ve ulusal yükü ve risk faktörleri, 1990-2019: Küresel Hastalık Yükü Çalışması 2019 için sistematik bir analiz. *Lancet Nöroloji*. 2021;20(10):795-820. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(21\)00252-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(21)00252-0).

30. Owolabi MO, Thrift AG, Martins S, Johnson W, Pandian J, Abd-Allah F, et al. The state of stroke services across the globe: Report of World Stroke Organization-World Health Organization surveys. *Int J Stroke* 2021;16(8):889–901. <https://doi.org/10.1177/17474930211019568>.
31. TÜİK. Ölüm Nedeni İstatistikleri[Web Sayfası]. TÜİK; [Alıntı tarihi:11.12.2023]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2022->.
32. Topçuoğlu MA. Türkiye’de akut inme gündemi: 2023. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*. 2023;29(1):1-5. doi: 10.5505/tbdhd.2023.23500.
33. Unnithan, AKA, M Das J, Mehta P. Hemorrhagic Stroke. 2023; In StatPearls. StatPearls Publishing.
34. Topçuoğlu MA, Tülek Z, Boyraz S, Özdemir AÖ, Özakgöl A, Güler A, ve ark. İnme hemşireliği: standartlar ve pratik uygulamalar kılavuzu Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği ve Nöroloji Hemşireliği Derneği Ortak Strateji Projesi. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi* 2020; 26(1):1-90. doi:10.5505/tbdhd.2020.41713
35. Simonsen SA, West AS, Heiberg AV, Wolfram F, Jennum PJ, Iversen HK. Is the TOAST classification suitable for use in personalized medicine in ischemic stroke? *J Personalized Med*. 2022;12(3):496. <https://doi.org/10.3390/jpm12030496>.
36. Miceli G, Basso MG, Rizzo G, Pintus C, Cocciola E, Pennacchio AR, et al. Artificial intelligence in acute ischemic stroke subtypes according to toast classification: a comprehensive narrative review. *Biomedicines*. 2023;11(4):1138. <https://doi.org/10.3390/biomedicines11041138>.
37. Parmar P. Stroke: classification and diagnosis. *Clin Pharmacist*. 2018; 10(1):1-15.
38. Alime E. İnmeli hastalarda yaşam kalitesi ile ilişkili faktörler. [Yüksek Lisans]. Kütahya: Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2019.
39. Alexsandrow AW. What is a stroke? . Editors: Williams J, Perry L, Watkins C. *Stroke Nursing*. USA: Willey Blackwell; 2020. p.1-41.
40. Karadakovan A. Sinir sistemi hastalıkları. Editörler: Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3.Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014. s.1129-1169.
41. Shima H, Taguchi H, Niwa Y, Bandoh K, Watanabe Y, Yamashita K. et al. Stroke risk in patients with suspected transient ischemic attacks with focal and nonfocal symptoms: A prospective study *J stroke cerebrovasc dis*. 2022;31:106185. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2021.106185>.
42. Amarenco P. Transient ischemic attack. *The New England journal of medicine*.2020;382(20):1933–41. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1908837>.
43. Mendelson SJ, Prabhakaran S. Geçici iskemik atak ve akut iskemik inmenin tanısı ve yönetimi: bir gözden geçirme. *JAMA*. 2021;325(11):1088–98. doi:10.1001/jama.2020.26867.
44. Edlow JA. Managing patients with transient ischemic attack. *AnnEmergency Med*. 2018;71(3):409–15. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.06.026>
45. Montaña A, Hanley DF, Hemphill JC. Hemorrhagic stroke. *Handbook of clinical neurology*.3rd 2021; 176:229–248. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64034->

5.00019-5.

46. Mollaoğlu M. Sinir sistemi hastalıkları ve hemşirelik yönetimi. Editör: Ovayolu N, Ovayolu Ö. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. 2. Baskı. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2017. s. 50-60.
47. O'Carroll CB, Brown BL, Freeman WD. Intracerebral Hemorrhage: A Common yet Disproportionately Deadly Stroke Subtype. Mayo Clinic Proceedings. 2021;96(6):1639-1654.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.10.034>.
48. Bostanoğlu H. Sinir sistemi hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Editör: Tülin Bedük. İç Hastalıkları Hemşireliği Akıl Notları. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri; 2016. s. 265-273.
49. Lidington D, Wan H, Bolz SS. Cerebral autoregulation in subarachnoid hemorrhage. FrontiersNeurol.2021;12: 688362.<https://doi.org/10.3389/fneur.2021.688362>.
50. Chaudhary, N, Pandey AS, Wang X, Xi G. Hemorrhagic stroke-Pathomechanisms of injury and therapeutic options. CNS NeurosciTherapeut. 2019;25(10):1073-4. <https://doi.org/10.1111/cns.13225>.
51. Evans LR, Jones J, Lee HQ, Gantner D, Jaison A, Matthew J et al. Yaşlılarda akut subdural hematomun prognozu: sistematik bir derleme. Nörotravma Dergisi.2019;36(4):517-22.
52. Boot E, Ekker MS, Putaala J, Kittner S, De Leeuw FE, Tuladhar AM, Ischaemic stroke in young adults: a global perspective. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2020;91(4):411-7.
53. Sylaja PN, Pandian JD, Kaul S, Srivastava MVP, Khurana D, Schwamm LH et al. Ischemic Stroke Profile, Risk Factors, and Outcomes in India: The Indo-US Collaborative Stroke Project. Stroke. 2018; 49(1), 219-222. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.018700>.
54. Fan J, Li X, Yu X, Liu Z, Jiang Y, Fang. et al. Global burden, risk factor analysis, and prediction study of ischemic stroke,1990-2030. Neurology. 2023;101(2):137-50. DOI: 10.1212/wnl.0000000000207387.
55. Akdemir N, Boyraz S. Sinir sistemi hastalıkları ve hemşirelik bakımı. Editörler: Akdemir N, Birol L. İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2020. s. 1095-1100.
56. Atalay SG, Delialioğlu SG. Tekrarlayan inmede risk faktörlerinin araştırılması.J PMR Sci 2021;24(2):152-8.
57. Yaman M, Ceviz I. Yaşlılık döneminde sık görülen nörolojik hastalıklar. Editör: Altındiş M. Yaşlılarda Güncel Sağlık Sorunları ve Bakımı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri; 2013. s. 97-113.
58. Hasan TF, Rabinstein AA, Middlebrooks EH, Haranhalli N, Silliman SL, Meschia JF, Tawk RG. Diagnosis and Management of Acute Ischemic Stroke. Mayo Clinic Proceed.2018; 93(4): 523-38.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2018.02.013>.
59. Zhang XH, Liang HM. Systematic review with network meta-analysis: Diagnostic

values of ultrasonography, computed tomography, and magnetic resonance imaging in patients with ischemic stroke. *Medicine*. 2019;98(30):e16360. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000016360>.

60. Nadirova A, Sorgun MH, Bahşı R, Togay Işııkay C. Akut iskemik inme öncesinde görölen fokal ve non-fokal nörolojik belirtiler. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*. 2021;27(2):145-52. doi: 10. 5505/tbdhd. 2021. 26928.
61. Fast iskemik inme erken tanıma akıl kartı[online veritabanı]. Acil çalışanları. 2021. [11. 11. 2023]. <https://www.acilcalisanlari.com/iskemik-inme-inme-merkezi-olan-hastane-tedavi-sureci-akil-karti.html>.
62. Toral L. BE FAST to recognize stroke.Nursing. 2021; 51(2): 51-54. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000731856.52406.23>.
63. Aroor S, Singh R, Goldstein LB. BE-FAST (balance, eyes, face, arm, speech, time): reducing the proportion of strokes missed using the FAST Mnemonic. *Stroke* 2017;48(2):479-81.
64. Rabinstein AA. Update on treatment of acute ischemic stroke. *Continuum (Minneap Minn)* 2020; 26(2): 268-286.
65. Eren F, Öngün G, Yıldığan AT, Işıık M, Öztürk Ş. Akut iskemik inmede intravenöz trombolitik tedavi: Klinik değeriendirme. *Genel Tıp Dergisi*. 2019;29(4):169-74.
66. Lambertsen KL, Finsen B, Clausen BH. Post-stroke inflammation-target or tool for therapy? . *Acta neuropathologica* 2019; 137(5): 693-714. <https://doi.org/10.1007/s00401-018-1930-z>.
67. Sharobeam A, Jones B, Walton-Sonda D, Lueck CJ. Factors delaying intravenous thrombolytic therapy in acute ischaemic stroke: a systematic review of the literature. *J Neurol* 2021; 268:2723-34.
68. Grabowska-Fudala B, Jaracz K, Górna K, Miechowicz I, Wojtasz I., Jaracz, J et al. Depressive symptoms in stroke patients treated and non-treated with intravenous thrombolytic therapy: a 1-year follow-up study. *J Neurol*2018; 265(8):1891-99. <https://doi.org/10.1007/s00415-018-8938-0>.
69. Stringberg A, Camden R, Qualls K, Naqvi SH. Update on Dual Antiplatelet Therapy for Secondary Stroke Prevention. *Missouri Med* 2019;116(4):303-7.
70. Kapil N, Datta YH, Alakbarova N, Bershad E, Selim M, Liebeskind DS, et al. Antiplatelet and Anticoagulant Therapies for Prevention of Ischemic Stroke. *Clin Appl Thromb Hemost*. 2017;23(4):301-8. doi: 10.1177/1076029616660762.
71. Dundas J, Bennett B, Slark J. Geçici iskemik atak ve inme geçiren hastalarda bakım. Editörler: Durna Z, Akın S. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri: 2013. 357-377.
72. Munshi SK, Harwood R. Early and late complications of stroke. Editors: Munshi SK, Harwood R. *Stroke in the older person*. [E-book]. Oxford University Press Incorporated;2020[15. 11. 2023]. p. [121-140]. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/trakya/detail.action?docID=6185223#>.
73. Alankaya N. İnme sonrası yeti yitimi ve rahabilitasyonda hemşirenin rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*.2019; 23(3):195-201.
74. Karaman NS, Tuncer T. Akut dönemde inme rehabilitasyonu. *Türkiye Klinikleri JPM&R-Special Topics* 2016;9(1):53-62.

75. Chen Z, Venkat P, Seyfried D, Chopp M, Yan T, Chen J. Beyin-kalp etkileşimi: felç sonrası kardiyak komplikasyonlar. *Dolaşım araştırması*. 2017;121(4):451-68.
76. Sposato LA, Hilz MJ, Aspberg S, Murthy SB, Bahit MC, Hsieh CY, et al. World stroke organisation brain & heart task force. Post-stroke cardiovascular complications and neurogenic cardiac injury: JACC state-of-the-art review. *J Am Coll Cardiol*. 2020;76(23):2768-85. doi: 10.1016/j.jacc.2020.10.009.
77. Raffin E, Hummel FC. Restoring motor functions after stroke: multiple approaches and opportunities. *The Neuroscientist*. 2018;24(4):400-16.
78. Thieme H, Morkisch N, Mehrholz J, Pohl M, Behrens J, Borgetto B, et al. Mirror therapy for improving motor function after stroke. *Cochrane database syst rev*. 2018;7(7):CD008449. doi: 10.1002/14651858.CD008449.pub3.
79. Sharififar S, Shuster JJ, Bishop MD. Adding electrical stimulation during standard rehabilitation after stroke to improve motor function. A systematic review and meta-analysis. *Ann Phys Rehabil Med*. 2018;61(5):339-344. doi: 10.1016/j.rehab.2018.06.005.
80. Marquez-Chin C, Popovic MR. Functional electrical stimulation therapy for restoration of motor function after spinal cord injury and stroke: a review. *Biomed Eng Online*. 2020;19(1):34. doi: 10.1186/s12938-020-00773-4.
81. Meng PP, Zhang SC, Han C, Wang Q, Bai GT, Yue SW. The occurrence rate of swallowing disorders after stroke patients in Asia: A PRISMA-Compliant systematic review and meta-analysis. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2020;29(10):105113. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2020.105113.
82. Tang Q, Liang B, Liang R, Zhang S, Zhu L. Study on optimization and evaluation system of traditional Chinese medicine rehabilitation program for swallowing disorder after stroke. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(19):e25731. doi: 10.1097/MD.00000000000025731.
83. Fridriksson J, Hillis AE. Current approaches to the treatment of post-stroke aphasia. *J Stroke*. 2021;23(2):183-201. doi: 10.5853/jos.2020.05015.
84. Stefaniak JD, Halai AD, Lambon Ralph, MA. The neural and neurocomputational bases of recovery from post-stroke aphasia. *NatRev Neurol*. 2020;16(1):43–55. <https://doi.org/10.1038/s41582-019-0282-1>.
85. Scuteri D, Mantovani E, Tamburin S, Sandrini G, Corasaniti MT, Bagetta G et al. Opioids in post-stroke pain: a systematic review and meta-analysis. *Front Pharmacol*. 2020;11: 587050. doi: 10.3389/fphar.2020.587050.
86. Plecash AR, Chebini A, Ip A, Lai JJ, Mattar AA, Randhawa J et al. Updates in the treatment of post-stroke pain. *Current Neurol Neurosci Rep* 2019;19(11):86. <https://doi.org/10.1007/s11910-019-1003-2>.
87. Pan LJ, Zhu HQ, Zhang XA, Wang XQ. The mechanism and effect of repetitive transcranial magnetic stimulation for post-stroke pain. *Frontiers Mol Neurosci* 2023; 15:1091402. <https://doi.org/10.3389/fnmol.2022.1091402>.
88. Alghamdi I, Ariti C, Williams A, Wood E, Hewitt J. Prevalence of fatigue after stroke: a systematic review and meta-analysis. *European stroke journal*. 2021; 6(4), 319–332. <https://doi.org/10.1177/23969873211047681>.

89. Braaten RS, Askim T, Gunnes M, Indredavik B. Fatigue and activity after stroke. Secondary results from the life after stroke study. *Physiotherapy research international: the journal for researchers and clinicians in physical therapy*. 2020;25(4):e1851. <https://doi.org/10.1002/pri.1851>.
90. Paciaroni M, Acciarresi M. Poststroke fatigue. *Stroke*. 2019;50(7):1927–33. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.023552>.
91. Galovic M, Ferreira-Atuesta C, Abraira L, Döhler N, Sinka L, Brigo F et al. Seizures and epilepsy after stroke: epidemiology, biomarkers and management. *Drugs Aging*. 2021;38(4):285–99. <https://doi.org/10.1007/s40266-021-00837-7>.
92. Xu MY. Poststroke seizure: optimising its management. *Stroke and vascular neurology*. 2018;4(1):48–56. <https://doi.org/10.1136/svn-2018-000175>.
93. Ferreira-Atuesta C, Döhler N, Erdélyi-Canavese B, Felbecker A, Siebel P, Scherrer N, et al. Galovic M. Seizures after ischemic stroke: a matched multicenter study. *Ann Neurol* 2021;90(5):808–20. <https://doi.org/10.1002/ana.26212>.
94. Feher G, Gurdan Z, Gombos K, Koltai K, Pusch G, Tibold A, et al. Early seizures after ischemic stroke: focus on thrombolysis. *CNS spectrums*. 2020;25(1):101–13. <https://doi.org/10.1017/S1092852919000804>.
95. Rehabilitation[Online Database]. WHO. 2023. [Cited Date:10.12.2023]. Available from: https://www.who.int/health-topics/rehabilitation#tab=tab_1.
96. Hinwood M, Ilicic M, Gyawali P, Coupland K, Kluge MG, Smith A, et al. Felçten kurtulanlar için psikolojik stres yönetimi ve stres azaltma stratejileri: kapsam belirleme incelemesi. *Ann Behav Med*. 2023;57:111–30. <https://doi.org/10.1093/abm/kaac002>.
97. Zeiler SR. Should We Care About Early Post-Stroke Rehabilitation? Not Yet, but Soon. *Current Neurol Neurosci Rep* 2019;19(3):13. <https://doi.org/10.1007/s11910-019-0927-x>.
98. Korzeniewska E, Krawczyk A, Mróz J, Wyszynska E, Zawislak R. Applications of smart textiles in post-stroke rehabilitation. *Sensors (Basel, Switzerland)*. 2020;20(8):2370. <https://doi.org/10.3390/s20082370>.
99. Boukhennoufa I, Zhai X, Utti V, Jackson J, McDonald-Maier KD. Wearable sensors and machine learning in post-stroke rehabilitation assessment: A systematic review. *Biomed Signal Process Control* 2022;71:103197.
100. Bezginçan M, Kamanlı A. Hemipleji rehabilitasyonu. Editör: Göksoy T. *Nörolojik Hastalıkların Rehabilitasyonu*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2017.s. 110-112.
101. Zhu W, Jiang YA. Meta-analytic Study of Predictors for Informal Caregiver Burden in Patients With Stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis*. 2018;27(12):3636-46. <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.08.037>.
102. Khaku AS, Tadi P, Gunn AA. Serebrovasküler Hastalık (Hemşirelik) [7 Ağustos 2023'te güncellendi]. İçinde: StatPearls [İnternet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Ocak-. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568674/>.
103. Connolly T, Mahoney E. Stroke survivors' experiences transitioning from hospital to home. *J clin nursing* 2018;27(21-22):3979–87. <https://doi.org/10.1111/jocn.14563>.

- 104.Enç N, Alkan ÖH. İç hastalıkları hemşireliğinde özel konular. Editör: Enç N. İç Hastalıkları Hemşireliği. 2.Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2017. s. 455-462.
- 105.Özkan S. Arslan E. İntrakraniyal basınç artışının invaziv izleminde hemşirelik yönetimi. Hemşirelik Bilimi Dergisi.2022;5(1):47-53.
- 106.Romas JA, Sharma M. 2022. Pratik stres yönetimi: Kapsamlı bir çalışma kitabı. Akademik Basın.
- 107.Kaba İ. Stres, ruh sağlığı ve stres yönetimi: güncel bir gözden geçirme. Akademik bakış dergisi. 2019;73:63-81. <http://www.akademikbakis.org>.
- 108.Emre Yavuz D, Stres ve sağlığı geliştirmede stres yönetimi. Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi.2023;7 (1):9-14. DOI:10. 29228/JOHSE. 249.
- 109.Kennedy L, Parker SH. Bir stres yönetimi aracı olarak biyolojik geri bildirim: sistematik bir inceleme. Biliş, Teknoloji ve Çalışma. 2019; 21: 161-190.
- 110.Hıçyılmaz S. Örgütsel stres kaynakları ve yönetimi: Türkiye ve Rusya'dan seçili özel sektör çalışanları ile nitel bir çalışma. Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi. 2020;6(14):670-707.
- 111.Timuroğlu MK, Yılmaz B. Stres ve girişimcilik niyeti. Atatürk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi. 2019;33(3):699-714.
- 112.Mulati Y, Purwandari E. The Role of Resilience in Coping with Academic Stress (A Meta-analysis Study). KnE Soc Sci. 2022; 169–81.
- 113.Haspolat A. Travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası büyüme: temel inançlardaki değişim, ruminasyonlar ve bilgece farkındalığın rolü. [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Başkent Üniversitesi; 2019.
- 114.Buckner SL, Mouser JG, Dankel SJ, Jessee MB, Mattocks KT, Loenneke JP. The General Adaptation Syndrome: Potential misapplications to resistance exercise. Journal of Science and Medicine in Sport. 2017; 11: 1015-1017.
- 115.Cufta M. Stres ve dini inanç. Pamukkale Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi.2016; 5:50-70. <https://doi.org/10.17859/pauifd.14501>.
- 116.Lee Y, Song Y. Coping as a mediator of the relationship between stress and anxiety in caregivers of patients with acute stroke. Clini Nursing Res2022;31(1):136-43. doi:10. 1177/10547738211021223.
- 117.Van den Bergh O. Principles and practice of stress management. 2021. Guilford Publications.
- 118.Memiş S, Eti Aslan F, Aygin D. Denge stres ve adaptasyon. Editörler: Karadakovan A, Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım. 3. Baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014. s. 74.
- 119.Göriş S. Stres. Editörler: Ovayolu N, Ovayolu Ö. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. 2. Baskı. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2017. s. 32-38.
- 120.Tozkoparan G. Stres. Editör: Tozkoparan G. İş yaşamında stres. Ankara: Nobel Yayınevi; 2019. s. 16-17.
- 121.Baltaş A, Baltaş Z. Tükenme belirtisi. Editörler: Baltaş A, Baltaş Z. Stres Ve

- Başaçıkma Yolları. 21. Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2002. s. 77-78.
- 122.Can G. Stress and stress management. Editor: Can G. Medical Nursing[E-Kitap]. Nova Science Publishers; 2022 [09.12.2023]. [p.39-42]. <https://3a8f8d89bd9068a30d64922dc451b19a7bd41008.vetisonline.com/lib/trakya/reader.action?docID=30685758&ppg=1>.
- 123.Banerjee RP. Stress management through mind engineering. 2023. Taylor & Francis Group. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/trakya/detail.action?docID=30723233>.
- 124.Tseung V, Jaglal S, Salbach NM, Cameron JI. Implementing caregiver support programs in a regional stroke system. Stroke. 2020;503585–91. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.119.026660>.
- 125.Martins de Carvalho L, Chen WY, Lasek AW. Epigenetic mechanisms underlying stress-induced depression. International review of neurobiology. 2021;156:87–126. <https://doi.org/10.1016/bs.irm.2020.08.001>.
- 126.Schultebrucks K, Chang BP. The opportunities and challenges of machine learning in the acute care setting for precision prevention of posttraumatic stress sequelae. Exp Neurol. 2021;336:113526. doi: 10.1016/j.expneurol.2020.113526.
- 127.Oğlak S. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. Turkish J Geriatr 2007;10(2):100-8.
- 128.Bıçkıcı A. Erişkin yoğun bakım ünitesinden taburcu olacak hastaların bakım vericilerine yönelik planlı taburculuk eğitiminin güvenli hasta bakımına ve bakım yüküne etkisi. [Yüksek Lisans]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2018.
- 129.Akdoğan B. Ayaktan kemoterapi alan kanser hastalarına bakım verenlerin karşılanmayan destekleyici bakım gereksinimleri, bakım memnuniyeti ve bakım yükünün 65 yaş altı ve üzeri gruplar açısından karşılaştırılması.[Yüksek Lisans]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2022.
- 130.Ekiz M. Palyatif bakım alan hastaların yakınlarının bakıma hazır olma düzeyleri ve bakım yüklerinin belirlenmesi. [Yüksek lisans tezi]. Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi; 2021.
- 131.Edilloran AT. Stroke survivor and family caregiver support utilizing a caregiver assessment tool. [Master thesis]. California: University Of California, Irvine; 2022.
- 132.Çelik F. Kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinin algıladıkları sosyal desteğin bakım verme yükü ile ilişkisi. [Yüksek Lisans]. İstanbul: Biruni Üniversitesi; 2023.
- 133.Koşan Yurtseven İ. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin, bakım yükü ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi.[Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Marmara Üniversitesi.2018.
- 134.Alkan SA, Çamlıca T, Koç Z. İnfomal bakım vericilerin sosyal destek gereksinimleri ve baş etme mekanizmaları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Sağlık ve Toplum.2023;33(1):157-71.
- 135.Bitek E. İnme sonrası verilen taburculuk eğitimi ve telefonla danışmanlık hizmetinin hastaların fonksiyonel durumlarına ve hasta yakınlarının bakım yüküne etkisi. [Doktora Tezi]. Edirne: Trakya Üniversitesi. 2019.

- 136.Demir Dikmen R, Yıldırım Üşenmez T.Maneviyat düzeyi-bakım verme yükü ilişkisi: Palyatif bakım hastalarına bakım verenlerde kesitsel bir çalışma. Perspectives in Palliative Home Care 2022;1(1):8-13.doi :10.29228/pphcjournal.66353.
- 137.Schwertfeger JL, Thuente L, Hung P, Larson SL. Post-discharge interventions to enhance coping skills for survivors of stroke and their caregivers: a scoping review protocol. JBI evidence synthesis. 2020;18(2):332–340. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-D-18-00024>.
- 138.Kahraman B. Palyatif bakım ünitesinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım verme yükü ve depresyon anksiyete stres düzeylerinin incelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul; 2023.
- 139.Özcan Yüce U, Taşcı S. Bakım verici stresi ve reiki enerji terapisi. Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi.2020;1:158-165. doi: 10.5336/nurses.2019-71077.
- 140.Erkuran H, Altay B. Alzheimer’lı hastaya bakım veren kişilerin bakım yükünün stresle baş etme durumlarına etkisi. Sağlık Hizmetleri Ve Eğitimi Dergisi. 2020;3(2):52-8. <https://doi.org/10.35333/JOHSE.2020.133>.
- 141.Gérain P,Zech E. Resmi olmayan bakıcı tükenmişliği mi? Bakım vermenin etkisini anlamak için teorik bir çerçevenin geliştirilmesi. Psikolojide Sınırlar.2019;10:466359.
- 142.Baykal D. İnmeli hasta ve yakınlarına verilen eğitimin günlük yaşama adaptasyon, özyeterlilik, yaşam kalitesi ve bakım verici yükü üzerine etkisi. [Doktora Tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2018.
- 143.İnci FH, Temel AB. İnmeli hastaya bakım veren aile bireylerinin gereksinimleri: sistematik inceleme. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi.2016; 3(3), 28-43.
- 144.Bahadır Yılmaz E, Ata EE. Nörolojik hastalığı olan bireylerin bakım vericilerinin bakım veren yükü ile stresle başa çıkma arasındaki ilişkinin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi.2017;8(3):145-9.
- 145.Ah, YS. Kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinin sağlık profesyonelleri ile iletişimleri ve psikolojik sıkıntıları: Stresle başa çıkma teorisine dayalı bir model. Uygulamalı Hemşirelik Araştırmaları. 2017; 33:5-9.
- 146.Scherbring M. Effect of caregiver perception of preparedness on burden in an oncology population. Oncology Nursing Forum. 2002; 29:70-7.
- 147.Chesler MA. Introduction to psychosocial issues. Cancer. 1993;71(1):3245–50. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19930515\)71:10+<3245::aid-cncr2820711717>3.0.co;2-5](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19930515)71:10+<3245::aid-cncr2820711717>3.0.co;2-5).
- 148.Uğur Ö. Onkoloji hastalarına evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. [Doktora Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2006.
- 149.Karagöz Y. SPSS 21. 1 uygulama, Biyoistatistik; Nobel Akademik Yayıncılık. 2014; s. 698.
- 150.Kum C, Miller EL, Jones H, Kean EB, Kreitzer N, Bakas T. Theoretically based

- factors affecting stroke family caregiver health: An integrative review. *Western J Nursing Res* 2022;44(3):338–351. <https://doi.org/10.1177/01939459211050955>.
- 151.Cejalvo E, Martí-Vilar M, Merino-Soto C, Aguirre-Morales MT. Caregiving role and psychosocial and individual factors: A systematic review. *Healthcare (Basel, Switzerland)* 2021;9(12):1690. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121690>.
- 152.Felipe SGB, Oliveira CES, Silva CRDT, Mendes PN, Carvalho KM, Lopes Silva-Júnior F, et al. Anxiety and depression in informal caregivers of dependent elderly people: an analytical study. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(1):e20190851. English, Portuguese. doi: 10.1590/0034-7167-2019-0851.
- 153.Grigorovich A, Forde S, Levinson D, Bastawrous M, Cheung AM, Cameron JL. Restricted participation in stroke caregivers: who is at risk? *Arch Phys Med Rehabil.* 2015;96(7):1284-90. doi: 10.1016/j.apmr.2015.03.004.
- 154.Pucciarelli G, Vellone E, Savini S, Simeone S, Ausili D, Alvaro R, et al. Roles of changing physical function and caregiver burden on quality of life in stroke: A longitudinal dyadic analysis. *stroke.* 2017;48(3):733-739. doi: 10.1161/STROKEAHA.116.014989.
- 155.Aşiret GD, Kapucu S. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi.*2012;14(2):73-80.
- 156.Aydın A. İnmeli hastaların bakım vericilerinin bakım vermeye hazır oluşluğu ve algıladıkları stres. [Yüksek Lisans]. İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2021.
- 157.Çetinkaya N. Dönmez E. İnmeli hastalara bakım verenlerde bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyinin incelenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi.*2023;10 (1):49-59. DOI: 10. 52880/sagakaderg. 1179811.
- 158.Aydar Bakır N, Karabağ Aydın A. Yaşlı hastalara bakım veren bireylerdeki bakım yükünün ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi.* 2023;8(3):887-96. DOI: 10. 61399/ikcusbfd. 1073596.
- 159.Zaybak A, Yapucu Güneş Ü, Günay İsmailoğlu E, Ülker E. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.*2012; 15(1), 48-54. <https://dergipark.org.tr/en/pub/ataunihem/issue/2656/34197>.
- 160.Orak OS, Sezgin S. Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi.*2015;6(1):33-9.
- 161.Fertelli TK, Tuncay FÖ. İnmeli bireye bakım verenlerde bakım yükü, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *Jaren.* 2019;5(2):107-15.
- 162.Yeşil T, Çetinkaya Uslusoy E, Korkmaz M. Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.*2016;5(4):54-66.
- 163.Dağdeviren TS, Dağdeviren M, Demir N, Atatorun M, Özşahin OA, Adahan D. Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinin sosyo-demografik özellikleri. *Ankara Med J* 2019;9(2):232-43. <https://doi.org/10.17098/amj.578108>.
- 164.Imarhiagbe FA, Asemota AU, Oripelaye BA, Akpekpe JE, Owolabi AA, Abidakun

- AO, et al. Burden of informal caregivers of stroke survivors: validation of the Zarit burden interview in an African population. *Ann African Med* 2017;16(2):46-51.
- 165.Tayaz E, Koc A. Assessment of relationship between perceived care burden and quality of life in disabled persons caregivers. *Bakırköy Tıp Dergisi*. 2018;14:44-52. <https://doi.org/10.5350/BTDMJB.20160726012929>.
- 166.Karabuğa-Yakar H, Pınar R. Kanserli hastalara bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2013;15(2):1-16.
- 167.Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi. *Turkish Thoracic Journal/Türk Toraks Dergisi*. 2012;13(3):87-92.
- 168.Yıldız MK, Ekinci M. Kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *J EducRes Nursing. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2017;14(3):176-84.
- 169.Morimoto T, Andrea SS, Asano H. Caregiver burden and health-related quality of life among Japanese stroke caregiver. *Age and Ageing* 2003;32(2):218-223.
- 170.Ay S, Ünübol H, Ezer S, Omay, O, Sayar, GH. Evaluation of the relationship between caregiver burden, coping styles and levels of anxiety and depression in caregivers of old age patients. *Family Practice and Palliative Care*. 2017;2(3):38-44. doi: 10.22391/fppc.335720.
- 171.Parlakoğlu Baştürk Ö. İnmeli hastalara bakım veren bireylerin kişilik özelliklerinin bakım verme yükü ve tükenmişlik düzeylerine etkisi. [Yüksek Lisans]. Bursa: Uludağ Üniversitesi; 2020.
- 172.Gök Uğur H, Çatıker A. Evde bakım hastalarının bakım vericilerindeki stres düzeyi ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*.2019;35(3):115-22.Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/egehemsire/issue/50903/552421>.
- 173.Uygun ÜK, Taylan HH. Alzheimer hastalarına primer bakım veren aile üyelerinin bakım yükünü etkileyen faktörler. *JAcad Soc Sci Studies*. 2019;7(71):513-31.
- 174.Çetinkaya F. Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. İzmir: Ege Üniversitesi; 2018.
- 175.Çınar E. Alzheimer hastalarına bakım verenlerde bakıcı yükünün değerlendirmesi.[Uzmanlık Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi; 2014.
- 176.Selçuk KT, Avcı D. Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*.2016; 7(1): 1-9.
- 177.Yıldırım S, Engin E, Aycan Başkaya V. İnmeli hastalara bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*.2012;169-74.
- 178.Amamou B, Fathallah S, Ammar D, Mhalla A, Zaafrane F, Gaha L. Impact of demographic, clinical and psychological variables of patients and caregivers on the perception of burden among the family caregivers of patients with cancer. *Integr Cancer Sci Therapy* 2019;6: 1-7. doi: 10.15761/ICST.1000303.
- 179.Adak N. Yaşlıların gayri resmi bakıcıları: Kadınlar. *Aile ve Toplum Eğitim-Kültür*

- ve Araştırma Dergisi. 2003;2(6):74-82.
180. Remennick L. All my life is one big nursing home: Russian immigrant women in Israel speak about double caregiver stress. *Women's Studies International Forum*. 2001;24(6):685-700.
181. Salama R, El-Soud F. Caregiver burden from caring for impaired elderly: A crosssectional study in rural lower egypt. *Italian J Public Health*. 2012;9(4):1-10.
182. Yıldırım S, Engin E, Başkaya VA. İnmeli hastalara bakım verenlerin yükü ve yükü etkileyen faktörler. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*. 2013;50:169-74. doi:10.4274/npa.y6505.
183. Yetişgin A, Satış S. İnme nedeniyle hemipleji ayrılabilir verileri ayırır ile maliyet arasındaki ilişki. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2019;16(2):326-30.
184. Özkaya E. İnmeli hastalarda algılanan sosyal destek ile fonksiyonel durum, yaşam kalitesi ve depresyon arasındaki ilişki. [Uzmalık Tezi]. Rize: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi; 2019.
185. Eren F, Öztürk Ş, Ekmekci AH. Saf duysal inme sendromu şeklinde ortaya çıkan talamik bölge serebrovasküler hastalık: olgu sunumu. *Genel Tıp Derg*. 2017;27(3):109-11.
186. Soyuer F, Ünal D, Öztürk A. İnme hastalıklarında yaş ve cinsiyetin fonksiyonel yetersizlik üzerine olan etkisi. *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*. 2007;14(2):91-4.
187. Mandowara B, Patel AN, Amin AA, Phatak A, Desai S. Burden faced by caregivers of stroke patients who attend rural-based medical teaching hospital in western India. *Annals of Indian academy of neurology*. 2020;23(1):38-43. https://doi.org/10.4103/aian.AIAN_406_18.
188. Smerglia VL, Miller NB, Sotnak DL, Geiss CA. Social support and adjustment to caring for elder family members: A multi-study analysis. *Aging & mental health*. 2017; 11(2), 205-217. <https://doi.org/10.1080/13607860600844515>.
189. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*. 2011;3(3):513-52. doi:10.5455/cap.20110323.
190. Kruithof WJ, Post MW, Van Mierlo ML, Van Den Bos GA, Janneke M, Visser-Meily JM. Caregiver burden and emotional problems in partners of stroke patients at two months and one year post-stroke: Determinants and prediction. *Patient education and counseling*. 2019;99(10):1632-40. <http://doi.org/10.1016/j.pec.2016.04.007>.
191. Jütten LH, Mark RE, Sitskoorn MM. Empathy in informal dementia caregivers and its relationship with depression, anxiety, and burden. *Int J Clin Health Psychol* 2019; 19(1): 12-21.
192. Tuna M, Olgun N. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*. 2010; 41-52.

EKLER

EK-1:Hasta Yakını Tanıtım Formu

EK-2:Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği

EK-3:Bakım Veren Stres Ölçeği

EK-4:Etik Kurul İzni

EK-5: Bakım Veren Stres Ölçeği Kullanım İzni

EK-6: Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği Kullanım İzni



EK-1 HASTA YAKINI TANITIM FORMU

HASTA YAKINI TANITIM FORMU

A. Bakım verenin sosyo-demografik özellikleri

1. Yaşınız
2. Cinsiyetiniz
a) Kadın b) Erkek
3. Medeni durumunuz
a) Evli b) Bekar c) Boşanmış/Dul
4. Çocuk sayınız
a) Yok b) 1-2 c) 3-4 d) 5 ve üstü
5. Eğitim durumunuz
a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlköğrenim d) Ortaöğrenim e) Üniversite f) Diğer.....
6. Çalışma durumunuz
a) Çalışıyorum b) Çalışmıyorum
7. Çalışıyorsanız mesleğiniz
a) Emekli b) Memur c) Ev hanımı d) İşçi e) Diğer.....
8. Bağlı bulunduğunuz 'Sosyal Güvenlik' kuruluşu aşağıdakilerden hangisidir?
a. Emekli sandığı b. SSK c. Bağ-Kur d. Özel sigorta e. Sosyal güvence yok
9. Gelir düzeyiniz ne kadardır?
a. Asgari ücret altı b. Asgari ücret c. Asgari ücret üstü d. Diğer.....
10. Nerede oturuyorsunuz?
a) İl b) İlçe c) Köy
11. Kiminle birlikte yaşıyorsunuz?
a) Yalnız b) Eş c) Çocuklar d) Diğer....

12. Hastaya yakınlık dereceniz

- a) Eş b) Çocuk c) Akraba d) Diğer

13. Hastayla birlikte yaşama durumunuz

- a) Hastayla birlikte yaşıyorum b) Hastayla birlikte yaşamıyorum

14. Daha önce hasta bakımına ilişkin deneyiminiz

- a) Yok b) Var (belirtiniz).....

15. Hastaya bakım verirken bakım yükünüzü azaltacak, size destek veya yardımcı olabilecek kişi veya kişiler var mı?

- a) Hayır b) Evet (Kimlerden ve nasıl belirtiniz).....

B. İnme tanısı almış hastaya ilişkin bilgiler

16. Hastanın yaşı....

17. İnme tanısı aldığı süre....

18. Hastada inme sonrası gelişen yetersizlikler

()Yüz, kol veya bacakta özellikle vücudun bir tarafında güçsüzlük uyuşma veya karıncalanma

()Yürüme güçlüğü

() Denge kaybı

() Kolları ve bacakları hareket ettirmede güçlük

() Yutma güçlüğü

() Konuşamama

() Konuşma güçlüğü

() Anlama güçlüğü

() Bir veya iki gözde görme sorunu veya çift görme

() Bilinç bulanıklığı veya kişilik değişiklikler

EK-2 BAKIM VERMEYE HAZIR OLUŞLUK ÖLÇEĞİ

Bakım Vermeye Hazır Olma Durumunuz

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

	Hiç hazır değilim	Yeterince hazır değilim	Kısmen hazırım	Oldukça hazırım	Tamamen hazırım
1. Hastanızın fiziksel bakım ihtiyacını karşılamaya hazır mısınız?					
2. Hastanızın duygusal gereksinimlerini karşılamaya hazır mısınız?					
3. Hastanızın ihtiyacı olan bakımın neler olduğunu bilmeye/anlamaya ve bu ihtiyaçları karşılamaya hazır mısınız?					
4. Bakım verme stresiyle baş etmeye hazır mısınız?					
5. Hastaya evde vereceğiniz bakımdan sizin ve hastanızın memnun olacağı konusunda ne kadar hazırsınız?					

6. Hastanızla ilgili gelişebilecek acil durumların önemini kavrama ve başa çıkmaya hazır mısınız?					
7. Gerektiğinde sağlık kurumlarından bilgi ve yardım istemeye hazır mısınız?					
8. Hastanıza bakım verme konusunda kapsamlı olarak hazır mısınız?					
9. Bakım verme konusunda daha iyi hazırlanmak istediğiniz özel bir konu var mı?					

EK-3 BAKIM VERENİN STRES ÖLÇEĞİ

Size başkalarının zor bulduğu bir işler listesini okuyacağım. Bunlardan hangilerinin sizin için geçerli olduğunu bana söyler misiniz? (Örnekler veriniz)

	Evet:1	Hayır:0
*Uykum bölünüyor (Örn:yatıyor,kalkıyor ya da gece dolaşıyor)		
*Bu uygun bir iş değil (Örn: Yardım çok zaman alıyor ya da yardım etmek için arabayla uzun bir yol gitmek gerekiyor)		
*İş fiziksel bir zorluk getiriyor(Örn: Hastanın sandalyesine oturtulması, sandalyeden kaldırılması, ya da çaba ve dikkat gerektirmesi gibi)		
*İş, beni sınırlıyor(Örn: Hastaya yardım etmek boş zamanımı sınırlandırıyor ya da arkadaşlarımı ziyaret edemiyorum)		
*Aile yaşantımda değişiklikler oldu(Örn: Bakım veriyorum, düzenim bozuldu, hiçbir mahremiyetim kalmadı...)		
*Kişisel planlarımda değişiklikler oldu(Örn: Bir işi geri çevirmek zorunda kaldım, tatile çıkamadım)		
*Çalışma süremde başka istekler oldu(Örn: Diğer aile bireylerinden gelen istekler...)		

	Evet:1	Hayır:0
*Duygusal yönden değişiklikler oldu (Örn: Şiddetli münakaşalar...)		
*Hastaların bazı davranışları can sıkıcı (Örn: İdrar ya da gaitasını tutamama, bazı şeyleri hatırlayamama ya da başkalarını eşyalarını almakla suçlaması)		
*Hastanın önceki halinden çok değiştiğini görmek can sıkıcı bir durum (Örn: Öncekinden farklı birisi)		
*İşimle ilgili düzenlemeler oldu(Örn: İzin almak zorunda kaldığım için)		
*İş, mali yönden stres getiriyor		
*İş yükü altında tamamen ezildiğimi hissediyorum(..... konusunda kaygılıyım,bakım konusunda endişelerim var)		
Toplam puan: Evet cevaplarını sayınız.Her evet cevabı için o alanda bir müdahale duyulan ihtiyacı gösterir.7 ya da daha yüksek bir puan,yüksek stres düzeyini gösterir.		

EK-4 ETİK KURULU İZİNİ

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2021/371				
	PROTOKOL ADI	İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakıma Hazır Oluşluk ve Stres Durumlarının Değerlendirilmesi				
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Prof. Dr. Özgül EROL				
	ARAŞTIRMA MERKEZİ					
	DESTEKLEYİCİ					
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:18/13		Tarih:20.09.2021			
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Özgül EROL'un sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Emine PEKTAŞ'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI		Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi				
ÜYELER						
Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sernaz UZUNOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAKÇI Üye		T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye		T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişkili
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan-Yrd.

EK-5 ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

Ölçek Kullanma İzni

EP

Emine Pektaş

Kime:

5.08.2021 Per 15:51

Sayın Hocam merhaba.Ben Emine Pektaş.Trakya Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım.Türkçe geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz Bakım Veren'in Stres Ölçeği'ni izninizle tezimde kullanmak istiyorum.Teşekkür eder saygılarımı sunarım hocam.

O

Kime: Sız

5.08.2021 Per 15:50

Emine merhaba, geçerlik ve güvenilirliğini yaptığım Bakım Veren'in Stres Ölçeği'ni çalışmanızda kullanabilirsiniz. Başarılar diliyorum...

Bu e-posta mesajı ve ekinde bulunabilecek dosyalar yalnız mesajın alıcısı hanesinde kayıtlı kullanıcı(lar) içindir. Mesajın alıcısı değilseniz, lütfen hemen göndericiyi uyarınız. Mesajı dağıtmayınız, kopyalamayınız, içeriğini açıklamayınız ve çıktı almadan siliniz. Bu mesajda kayıtlı görüş ve düşünceler hiçbir şekilde Dokuz Eylül Üniversitesi'ne (DEÜ) atfedilemeyeceği gibi, kurumumuz açısından bağlayıcı da değildir. Virüs ve kötü amaçlı yazılımların bu mesajda yerleşmesinin engellenmesi amacıyla gerekli tüm önlemler alınmış olsa da, bu mesajın sisteminizde yaratabileceği kayıp ve zararlardan dolayı kurumumuz hukuken sorumluluk kabul etmez. DEÜ'nin yüksek öğretim alanında yürüttüğü faaliyetlere ilişkin bilgi almak için internet sitemizi (www.deu.edu.tr) ziyaret edebilirsiniz.

This email message and the files that may be included are only for the user(s) registered in the recipient field. If you are not the recipient of the message, please notify the sender immediately. Do not distribute the message, do not copy it, do not disclose the content and delete it without printing. The opinions and thoughts expressed in this message cannot be attributed to Dokuz Eylul University (DEU) in any way, nor are they binding for our institution. Although all necessary measures have been taken to prevent the embedding of viruses and malware in this message, our institution can not be held legally responsible for any loss or damage to your system. For information about DEU's activities in the field of higher education, you can visit our site at www.deu.edu.tr.

EP

Emine Pektaş

Kime:

...

5.08.2021 Per 15:53

Çok teşekkür eder saygılarımı sunarım hocam.

EK-6 ÖLÇEK KULLANIM İZİNİ

Ölçek Kullanma İzni

EP

Emine Pektaş

Kime:

5.08.2021 Per 22:36

Sayın hocam merhaba.Ben Emine Pektaş.Trakya Üniversitesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yüksek lisans yapmaktayım.Türkçe geçerlilik güvenilirliğini yapmış olduğunuz İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği'ni izninizle tezimde kullanmak istiyorum.Teşekkür eder saygılarımı sunarım hocam.

SK

SEÇİL KARAMAN

Kime: Siz

6.08.2021 Cum 00:22

Sayın Emine Pektaş,

Geçerlik ve güvenilirliğini yapmış olduğum "Bakım Vermeye Hazır Oluşluk Ölçeği"ni araştırmanızda kullanabilirsiniz.

İyi çalışmalar diliyorum

Seçil Karaman Gümüş
Diakoneo Hastanesi Schwäbisch Hall/Almanya

Emine Pektaş

şunları yazdı (05.08.2021 21:36):

ÖZGEÇMİŞ



BENZERLİK RAPORU

İNME Lİ HASTALARA BAKIM VEREN HASTA YAKINLARININ BAKIMA HAZIR OLUŞLUK VE STRES DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 14	% 13	% 3	% 6
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr	%3
İnternet Kaynağı		
2	dergipark.org.tr	%2
İnternet Kaynağı		
3	toad.halileksi.net	%1
İnternet Kaynağı		
4	dspace.balikesir.edu.tr	%1
İnternet Kaynağı		
5	openaccess.izu.edu.tr	%1
İnternet Kaynağı		
6	Submitted to Trakya University	%1
Öğrenci Ödevi		
7	Submitted to Canakkale Onsekiz Mart University	<%1
Öğrenci Ödevi		
8	www.jasstudies.com	<%1
İnternet Kaynağı		