

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

İNME Lİ HASTALARDA FONKSİYONEL DURUMUN
BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜNE VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ

Yük. Hem. Ayőegöl ÇELİK

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI

Yüksek Lisans Tezi

ANKARA

2014

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

**İNME Lİ HASTALARDA FONKSİYONEL DURUMUN
BAKIM VERENLERİN BAKIM YÜKÜNE VE YAŞAM
KALİTESİNE ETKİSİ**

Ayőegöl ÇELİK

Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü EĞitim-ÖĞretim Yönetmeliğinin
İç Hastalıkları Hemşireliği Programı İçin Öngördüğü

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Olarak Hazırlanmıştır

DANIőMAN ÖĞRETİM ÜYESİ

Doç. Dr. Sağ. Yb. Belgüzar KARA

ANKARA

2014

GATA Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürlüğüne

"İnmeli Hastalarda Fonksiyonel Durumun Bakım Vererlerin Bakım Yüküne Ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu bu çalışma Hemşirelik Yüksek Okulu Müdürlüğü İç Hastalıkları Hemşireliği Bilim Dalı'nda Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Danışmanı : Doç.Dr.Sağ.Yb.Belgüzar KARA 

Üye : Prof.Tbp.Alb.Şeref DEMİRKAYA 

Üye : Doç.Dr.Sevgisun KAPUCU 

Üye : Doç.Dr.Sağ.Alb.Nuran TOSUN 

Üye: : Doç.Dr.Dz.Sağ.Alb.Özlem ASLAN 

ONAY:

Svl.Me.Hem.Ayşegül ÇELİK'in 05/06/2014 tarihinde savunduğu bu tez Akademi Kurulu'nca beirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.


Ufuk DEMİRKILIÇ
Prof.Tbp.Tuğgeneral
Sağ.Bil.Enst.Müdürü

TEŞEKKÜR

İlk olarak, yüksek lisans eğitimim boyunca bilgi ve deneyimini benimle paylaşan, tez çalışmam süresince bana yol gösteren ve destek olan tez danışmanım Sayın Doç. Dr. Sağ. Yb. Belgüzar KARA'ya içtenlikle teşekkür eder, saygılarımı sunarım.

Bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde rolü olan ve yardımlarını esirgemeyen GATA Nöroloji AD Başkanı Prof. Tbp. Kd. Alb. Şeref DEMİRKAYA'ya, çalışmamda desteklerini esirgemeyen GATA TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Başkanlığı Nörolojik Rehabilitasyon Bölümü Başkanı Prof. Tbp. Kd. Alb. Rıdvan ALACA'ya, verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesinde yardımlarını aldığım Gülhane Askeri Tıp Akademisi Biyoistatistik BD Başkanı Doç. Tbp. Alb. Cengizhan AÇIKEL'e, birlikte çalıştığım Nöroloji AD Kliniğinin tüm hemşire ve personeline sonsuz teşekkürler.

Araştırmamın uygulama aşamasında kıymetli zamanlarını ayıran, araştırmaya katılmayı kabul ederek beni destekleyen tüm hasta ve yakınlarına teşekkür ederim.

Ayşegül ÇELİK

Ankara 2014

ÖZET

Ayşegül ÇELİK, İnmeli Hastalarda Fonksiyonel Durumun Bakım Verenlerin Bakım Yüküne ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014.

Bu çalışma, inmeli hastalarda fonksiyonel durumun bakım verenlerin bakım yüküne ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır. Ayrıca çalışmada, inmeli hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri ile bakım verenlerin sosyodemografik ve bakım verme deneyimine ilişkin özelliklerinin bakım verenlerin bakım yüküne ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma 15 Ekim 2013- 15 Şubat 2014 tarihleri arasında GATA Nöroloji AD ve GATA TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Başkanlığı Nörolojik Rehabilitasyon Bölümü Kliniklerinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini bu tarihler arasında GATA Nöroloji AD ve GATA TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Başkanlığı Nörolojik Rehabilitasyon Bölümü Kliniklerinde yatan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 100 inmeli hasta ve 100 bakım veren oluşturmuştur. Araştırmada veri toplama aracı olarak Hasta ve Bakım Veren Birey İçin Tanıtıcı Bilgi Formu, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği, Barthel İndeksi, Bakım Verme Yüğü Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve yüzde; ölçümle belirlenen değişkenler için ise ortalama, standart sapma, ortanca, minimum-maksimum şeklinde gösterilmiştir. Ölçeklerin iç tutarlılığı güvenilirlik analizi (Cronbach alfa katsayısı) uygulanarak değerlendirilmiştir. Kolmogorov-Smirnov testi ile verilerin normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiş olup, karşılaştırmalı analizlerde iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Mann Whitney-U testi, tek yönlü varyans analizi ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde ise, Pearson ve Spearman korelasyon katsayıları kullanılmıştır.

Bu çalışmanın sonucunda, inmeli hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği puan ortalamalarının 61.0 ± 30.0 olduğu ve yıkanma, alt taraf giyimi, tuvalet kullanımında tam bağımlı, diğer tüm alanlarda yarı bağımlı oldukları belirlenmiştir.

Hastaların Barthel İndeksi'nden aldıkları toplam puan (42.6 ± 28.3) ise ileri derece bağımlı olduklarını göstermiştir. Bakım verenlerin yaşam kalitelerinin fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, mental sağlık, ağrı ve genel sağlık alanlarının orta düzey ve üzerinde olduğu; fiziksel rol fonksiyonu, emosyonel rol fonksiyonu ve yaşamsallık alanlarının ise orta düzeyin altında olduğu görülmüştür. Bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamaları 39.2 ± 13.8 olup, yarısına yakınının (%44) aşırı yük yaşadığı belirlenmiştir. Hastaların fonksiyonel durumlarıyla bakım verenlerin yaşam kalitesinin genel sağlık alanı arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Hastaların tanıtıcı özelliklerinden medeni durum ve hastalık sürelerinin bakım verenlerin yaşam kalitelerini etkilediğı belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerinden yaş, cinsiyet, eğitim seviyesi, çalışma durumu, gelir seviyesi, bakım vermeye ilişkin deneyim ve eğitim alma durumu ile bakım verme süresinin yaşam kalitelerine etkisi olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Ayrıca hastaların çalışma durumları ile bakım verenlerin eğitim seviyelerinin bakım yüküne etkisi olduğu görülmüştür ($p < 0.05$).

Anahtar Kelimeler: Bakım verenler, bakım yükü, fonksiyonel durum, inme, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

Ayşegül ÇELİK, The Impact of the Functional Status on Care Burden and Quality of Life of Caregivers of Stroke Patients, Gulhane Military Medical Academy, Health Sciences Institute, Medical Nursing Programme, Master Thesis, Ankara, 2014

This study was performed in order to determine the impact of the functional status on the care burden and quality of life of caregivers of stroke patients in a cross-sectional way. Also, in the study, it was aimed to determine the impact of the sociodemographic and medical characteristics of the stroke patients and the sociodemographic and caregiving experience characteristics of caregivers on the care burden and quality of life of the caregivers.

The research was carried out in Gulhane Military Medical Academy Neurology Department and Gulhane Military Medical Academy Turkish Armed Forces Rehabilitation and Medical Care Center Neurologic Rehabilitation Department Clinics between 15th October-15th February 2014. Sample of the research was comprised of 100 patients with stroke and 100 caregivers staying in Gulhane Military Medical Academy, Neurology Department and Gulhane Military Medical Academy Turkish Armed Forces Rehabilitation and Medical Care Center Neurologic Rehabilitation Department Clinics between these dates and meeting the criteria of being included in the research. In the research, as a data collection tool, Introductory Information Form for the Patient and Caregiver, Functional Independency Measurement, Barthel Index, Caregiving Burden Scale, SF-36 Life Quality Scale were used. Descriptive statistics; were indicated as numbers and percentage for the variables determined by counting; average, standard deviation, median, minimum-maximum for the variables determined by measurement. Internal consistency of the scales was evaluated using the reliability analysis (Cronbach alpha coefficient). Whether the data has normal distribution or not was evaluated with Kolmogorov-Smirnov test. In the comparative analyses Independent Samples t Test, Mann Whitney U test, One-Way ANOVA and Kruskal-Wallis test were used. As for the evaluation of the relation between two variables, Pearson and Spearman correlation coefficients were used.

As a result of this study, scores of Functional Independency Measurement of the stroke patients were determined to be 61.0 ± 30.0 and they were determined to be

full-dependent in washing, underside clothing and toilet use, half- independent in all other fields. Total score (42.6 ± 28.3) the patients received from Barthel Index indicated that they are dependent in the highest degree. Quality of life of the caregivers was seen to be in the medium level and over in terms of physical function, social function, mental health, pain and general health conditions; below the medium level in terms of physical role function, emotional role function, vitality. It was determined that score averages of the Caregiving Burden Scale of the caregivers was 39.2 ± 13.8 , almost half of them were determined to have over burden (%44). Positive-oriented relationship was detected between the functional status of the patients and general health field of the quality of life of the caregivers ($p < 0.05$). It was determined that marital status and disease period which are among the introductory characteristics of the patients affected the quality of life of the caregivers ($p < 0.05$). It was found out that such introductory characteristics of the caregivers as age, gender, education level, working status, income level, experience and getting education regarding caregiving and period of giving care affected the life quality ($p < 0.05$). Also, working status of the patients and educational levels of the caregivers were determined to have an effect on the caregiving burden ($p < 0.05$).

Key Words: Caregivers, care burden, functional status, stroke, quality of life.

İÇİNDEKİLER	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
İNGİLİZCE ÖZET	vii
İÇİNDEKİLER	ix
SİMGELER VE KISALTMALAR	xii
TABLolar	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1.Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırmanın Amacı	3
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İnme	4
2.1.1. İnmenin Tanımı Ve Önemi	4
2.1.2. İnmenin Epidemiyolojisi	4
2.1.3. İnmede Risk Faktörleri	5
2.1.3.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	5
2.1.3.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri	6
2.1.4. İnmenin Belirti ve Bulguları	8
2.1.5. İnmede Fonksiyonel Durum	9
2.2. Bakım Yüğü	10
2.2.1. Bakım Yüğüünün Tanımı ve Önemi	10
2.2.2. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü	12
2.3. Yaşam Kalitesi	13
2.3.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı ve Önemi	13
2.3.2. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi	14
2.4. İnmeli Hastalarda Fonksiyonel Durumun Bakım Verenlerin Bakım Yüğüne ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesinin Hemşirelik Açısından Önemi	15
3. GEREÇ VE YÖNTEM	16
3.1. Araştırmanın Şekli	16
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri	16

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	17
3.4. Verilerin Toplanması	17
3.4.1. Araştırmanın etik yönü ve izlenen adımlar	17
3.4.2. Veri Toplama Formları	17
3.4.2.1. Hasta ve Bakım Veren Birey İçin Tanıtıcı Bilgi Formu	18
3.4.2.2. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği	18
3.4.2.3. Barthel İndeksi	19
3.4.2.4. Bakım Verme Yüğü Ölçeği	19
3.4.2.5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	20
3.5. Araştırmanın Uygulanması	20
3.5.1. Ön Uygulama	20
3.5.2. Araştırmanın Uygulanması	20
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	21
4. BULGULAR	22
4.1.İnmeli Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikleri İle Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi Puan Ortalamalarının Dağılımı	23
4.2.Bakım Verenlerin Sosyodemografik ve Bakım Verme Deneyimine İlişkin Özellikleri İle SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	26
4.3.İnmeli Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikleri İle Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması	29
4.4.Bakım Verenlerin Sosyodemografik ve Bakım Verme Deneyimine İlişkin Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Sonucu Elde Edilen Bulguların Dağılımı	33

5. TARTIŞMA	38
5.1.İnmeli Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikleri İle Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması	38
5.2.Bakım Verenlerin Sosyodemografik ve Bakım Verme Deneyimine İlişkin Özellikleri İle SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması	40
5.3. İnmeli Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikleri İle Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılmasının Tartışılması	42
5.4. Bakım Verenlerin Sosyodemografik ve Bakım Verme Deneyimine İlişkin Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması	45
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	50
6.1. Sonuçlar	50
6.1.1. İnmeli Hastalarla İlgili Sonuçlar	50
6.1.2. Bakım Verenlerle İlgili Sonuçlar	51
6.2. Öneriler	53
KAYNAKLAR	54
EKLER	63
EK-1: GATA Etik Kurul Onayı	64
EK-2: Gönüllüleri Bilgilendirme ve Olur Formu	65
EK-3: Hasta ve Bakım Veren Birey için Tanıtıcı Bilgi Formu	66
EK-4: Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği	70
EK-5: Barthel İndeksi	71
EK-6: Bakım Verme Yükü Ölçeği	72
EK-7: SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	74

SİMGELER VE KISALTMALAR

GATA	: Gülhane Askeri Tıp Akademisi
TSK	: Türk Silahlı Kuvvetleri
AD	: Anabilim Dalı
FBÖ	: Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği
Ort.	: Ortalama
SS	: Standart Sapma
Min.	: Minimum
Maks.	: Maksimum
t	: İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi
z	: Mann Whitney-U Testi
F	: Tek Yönlü Varyans Analizi
χ^2	: Kruskal-Wallis Testi
r	: Korelasyon katsayısı

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
Tablo 4.1.1. İnmeli Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	23
Tablo 4.1.2. İnmeli Hastaların Tıbbi Özelliklerinin Dağılımı	24
Tablo 4.1.3 İnmeli Hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthell İndeksi Puan Ortalamalarının Dağılımı	25
Tablo 4.2.1. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	26
Tablo 4.2.2. Bakım Verenlerin Bakım Verme Deneyimine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı	27
Tablo 4.2.3 Bakım Verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı	28
Tablo 4.3.1. İnmeli Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikleri ile Bakım Verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	29
Tablo 4.3.2. İnmeli Hastaların Yaş, Hastalık Süresi, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi Puan Ortalamaları İle Bakım Verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiler	31
Tablo 4.4.1. Bakım Verenlerin Sosyodemografik ve Bakım Verme Deneyimine İlişkin Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	33
Tablo 4.4.2. Bakım Verenlerin Yaş ve Bakım Verme Süresi Ortalamaları ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiler	36

1. GİRİŞ

1.1.Problemin Tanımı ve Önemi

Serebrovasküler hastalıklar; beyni besleyen damarların tıkanması veya kanaması ile ortaya çıkan hastalıklardır. Gelişmiş toplumlarda ölüm nedenleri arasında ikinci, özürlülük yaratan hastalıklar arasında ilk sırada yer almaktadır (1, 2). İlk inme atağı sonrası hastaların üçte ikisi hayatta kalmakta ve bu hastalar konuşma, yürüme, yazma ve diğer temel becerileri kazanmak için rehabilitasyona ihtiyaç duymaktadırlar (1, 3)

İnme dünyada ve Türkiye’de en sık karşılaşılan mortalite ve morbidite nedenidir. İnmenin koroner arter hastalıklarıyla birlikte 2020 yılında sağlık sorunlarının en önemli nedeni olacağı belirtilmektedir. Türkiye’de en son ve en geniş kapsamlı verilerin yer aldığı Sağlık Bakanlığı ve Hıfıssıhha Enstitüsünün “Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması” 2004 yılı verilerine göre inme, ölüm nedenleri arasında ikinci sıradadır (%15) (4, 5).

İnme sonrası meydana gelen nörolojik defisitın büyüklüğüne bağılı olarak fonksiyonel durum etkilenmekte ve hastaların yaklaşık %50’si günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale gelerek kronik özürlülüğe sahip olmaktadır (6). Hastalarda sıklıkla üst ekstremité kullanımı ve fonksiyonel yürüme olumsuz etkilenmekte; duyu, konuşma, yutma, algılama gibi işlevsel alanlarda çok yönlü sınırlılıklar meydana gelebilmektedir. Çeşitli derecelerde bağımlı hale gelen bu hastalar hastalığın akut döneminden başlayarak evde bakım süreci dahil olmak üzere bakım veren bireylerin desteğine ihtiyaç duymaktadırlar. Tüm bunlar inmeli hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemekte ve hastanın bakım sorumluluğunu alan aile bireylerini toplumsal ve sosyoekonomik sorunlarla karşı karşıya getirmektedir(6, 7). Bu durum aile üyelerini fiziksel, psikososyal ve ekonomik yönden olumsuz etkileyerek bakım veren yüküne neden olmaktadır (8, 9).

Bakım veren yükü bireylerin fiziksel ve psikososyal alanını kapsayan çok boyutlu bir kavramdır ve bakım için gerekli uygun zaman, ekonomik kaynak, psikolojik/fiziksel/sosyal durum, rol değişimi ve yeni rollerin belirlenmesi gibi değişkenler arasındaki dengenin sağlanmasını gerektirir (10). Yapılan çalışmalar

bakım veren yükünü etkileyen pek çok faktör olduğunu göstermektedir. Bu faktörler arasında; bakım veren bireyin sosyodemografik özellikleri, hastayla olan ilişkisinin derecesi, bakım verme süresi, hastayla birlikte yaşama durumu, bakım verme rolü dışındaki sorumlulukları, sosyal aktivitelerin gerçekleştirilememesi, aile rutinlerinin bozulması, iş dünyasıyla etkileşiminin kesilmesi ve hastalığın ekonomik etkileri yer almaktadır (11, 12). Yapılan literatür taramaları tüm bu faktörlerin ve inmeli hastalara verilen uzun süreli bakımın, bakım verenlerin bakım yüküne ve yaşam kalitelerine olumsuz etkilerinin olduğunu göstermektedir (13-15). McCullagh ve ark.'nın (13) yaptıkları çalışmada hastaya ait ileri yaş, fonksiyonel durumunda bağımlılığın artması, duygusal durumunun kötüleşmesi gibi faktörler ile bakım verene ait yaş cinsiyet, duygusal durum, eğitim düzeyi ve algılanan sosyal destek düzeyi gibi faktörlerin bakım verenlerin yaşam kalitesiyle ilişkili olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde White ve ark.'nın (14) çalışmalarında inmeli hastada ilk yıllarında meydana gelen davranışsal değişikliklerin bakım verenlerin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gösterilmiştir (15).

Literatürde inmeli hastaların fonksiyonel durumlarını belirleyerek bakım verenlerin bakım yüküne ve yaşam kalitesine etkisini değerlendiren çalışmalar sınırlıdır. Bakım gereksiniminin arttığı inme gibi kronik sağlık sorunlarında hemşirelerin hasta ve bakım vereni bütüncül olarak ele almaları, bakım verenlerde yaşam kalitesi ve bakım yükünü etkileyen faktörleri değerlendirerek uygun girişimlerde bulunmaları, hasta ve bakım verenlerin iyilik hallerini sürdürmeleri açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle inmeli hastaların fonksiyonel durumlarının bakım verenlerin bakım verme yükü ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi, bakım verenlerin yaşam kalitesini yükseltecek şekilde planlamaların yapılması ve hasta bakımının nitelikli bir şekilde sürdürülmesi açısından gereklidir.

1.2 Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, inmeli hastalarda fonksiyonel durumun bakım verenlerin bakım yüküne ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesidir. Ayrıca çalışmada;

- İnmeli hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinin bakım verenlerin yaşam kalitesi ve bakım yüküne etkisinin;
- Bakım verenlerin sosyodemografik ve bakım verme deneyimine ilişkin özelliklerinin yaşam kaliteleri ve bakım yüküne etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. İnme

2.1.1. İnmenin Tanımı ve Önemi

Serebrovasküler hastalıklar arasında yer alan inme, Dünya Sağlık Örgütünün tanımlamasına göre vasküler nedenler dışında görünür bir neden olmaksızın, fokal serebral fonksiyon kaybına ait belirti ve bulguların hızla yerleşmesiyle karakterize klinik bir sendromdur (1).

İnme atağının akut döneminde hastaların %30'u bir yıl içinde hayatlarını kaybetmekte, hayatta kalanların üçte biri ise günlük yaşam aktivitelerini başkalarına bağımlı şekilde sürdürmekte ve rehabilitasyona ihtiyaç duymaktadırlar. Yetişkinlerde nörolojik özür lülüğün en yaygın nedeni olan inme, özellikle endüstrileşmiş toplumlarda hastane başvurularında ve sağlık harcamalarında önemli bir yer tutmaktadır (2, 3,16).

İnmenin serebral iskemi, intraserebral hemoraji, subaraknoid kanama olmak üzere 3 tipi bulunmaktadır ve tüm tipler arasında serebral iskemi tüm inmelerin %80'ini, intraserebral kanama %15'ini, subaraknoid kanama ise %5'ini oluşturmaktadır (17).

2.1.2. İnmenin Epidemiyolojisi

Dünyada ikinci sırada ölüm nedeni olan inmeye yönelik yapılan epidemiyolojik çalışmalarda inme insidansının yılda 1-3/1000 arasında ve prevalansının 6/1000 civarında olduğu belirtilmektedir (4,17).

Ülkelerin gelişmişlik düzeyi ile genetik ve çevresel faktörlerinde görülen farklılıkların, inme prevalansında çeşitliliğe sebep olduğu düşünülmektedir. Buna göre Fransa'da inme prevalansı 1445/100000 iken, Yeni Zellanda'da 793, Hindistan'da 58, Tanzanya'da 76, Çin'de 620 ve Tayland'da 690'dır. Amerika'da her yıl yeni ve tekrarlayan 780000 inme vakası görülmekte ve yetişkinler için inme

prevelansı beyazlarda %2.3, siyahlarda %3.4, Amerika yerlilerinde %5.8 ve Asya etnik kültürüne ait olanlarda %2 olarak belirtilmektedir (17,18).

Yapılan çalışmalara göre inme insidansı yaşa bağlı olarak da değişim göstermekte, yaşla birlikte görülme sıklığı artmaktadır. 44 yaşından önce görülen inme tüm inmelerin %3-5'ini oluştururken, inme insidansının 55-60 yaşında 1.3-3.6/1000, 65-74 yaşında 4.9-8.9/1000, 75 yaş ve üzerinde 13.5-17.9/1000 olduğu görülmektedir (19, 20).

2.1.3. İnmede Risk Faktörleri

Hastalığın oluşmasında yatkınlık yaratan etkenler olarak tanımlanan risk faktörleri inmede temel olarak, değiştirilemez ve değiştirilebilir risk faktörleri olarak ikiye ayrılmaktadır. Bazı risk faktörleri tüm alt tipleri etkilerken, sadece bir alt tipi etkileyen faktörler de bulunmaktadır. Örneğin atriyal fibrilasyon serebral iskemi için bir risk faktörü iken, intraserebral kanama için bir risk faktörü değildir (21). İnme risk faktörleri;

2.1.3.1. Değiştirilemeyen Risk Faktörleri

- **Yaş:** 55 yaşından sonra her on yılda bir inme riski 2 kat artmaktadır.
- **Cinsiyet:** İnme erkeklerde daha fazla görülmektedir. Erkeklerde insidans 174/100000 iken kadınlarda 122'dir.
- **İrk:** Siyah ırkta (%38) inme daha sık görülmektedir. Bunun nedeni olarak bu toplumlarda hipertansiyon, diyabet ve obezite gibi risk faktörlerinin daha fazla görülmesidir.
- **Aile öyküsü/ genetik:** Aile üyelerinin benzer kültür, çevre ve yaşam şekli gibi faktörleri paylaşması ve bazı ortak genetik özellikleri taşımaları aile öyküsünün risk faktörü olmasında etkindir. Yapılan ikiz çalışmaları inme riski için ailesel genetiğin etkisini güçlendirmektedir. Monozigot ikizlerde görülen inme riski dizigot ikizlere göre 5 kat daha yüksektir.

- **Soygeçmişte inme veya geçici iskemik atak öyküsü:** Yeni bir inmenin gelişmesinde, kişinin daha önce inme geçirmiş olması, geçirmemiş kişilere göre daha yüksektir. Geçici iskemik atak geçiren kişilerde inme riski 10 kat daha fazla, yıllık inme geçirme riski %4 civarındadır (21-23).

2.1.3.2. Değiştirilebilir Risk Faktörleri

Yapılan çalışmalar değiştirilebilir risk faktörlerinin kontrol altına alındığında, inme insidansının azalacağını ortaya koymuştur. Buna göre tedavi edildiklerinde inme insidansının azalacağı belirlenen değiştirilebilir risk faktörleri “kesinleşmiş risk faktörleri”, etken ile nedenselliği arasındaki ilişki daha zayıf olan değiştirilebilir risk faktörleri ise “kesinleşmemiş risk faktörleri” başlığı altında incelenmektedir (22). Kesinleşmiş faktörler:

- **Hipertansiyon:** Hem serebral iskemi hem de intraserebral kanama için hipertansiyon en önemli risk faktörlerindendir. Kan basıncı ve inme riski orantılı şekilde artmaktadır. Tüm antihipertansif tedavilerin inme riskini %33-44 oranında azalttığı belirtilmektedir.
- **Kalp hastalıkları:** Atriyal fibrilasyon başta olmak üzere çok sayıda kalp hastalığı inme riskini artırmaktadır. Atriyal fibrilasyonun tek başına inmeyi artırma etkisi 3-5 kattır.
- **Sigara:** İnme risk faktörlerinin değerlendirildiği çalışmalarda sigara içiminin iskemi serebral iskemi için güçlü bir risk faktörü olduğu, intraserebral kanama gelişme riskini 2-4 kat artırdığı belirtilmektedir.
- **Diyabet, hiperinsülinemi, glikoz intoleransı:** Diyabet, ateroskleroz yatkinlığı, hipertansiyon, obezite gibi risk faktörlerinin insidansını artırır. Diyabet erkeklerde 1.8, kadınlarda 2.2 kat inme riskini artırır.
- **Dislipidemi:** Yapılan çalışmalarda kadın ve erkeklerde dislipidemi ile inme riski arasında açık bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir.
- **Diyet, obezite, fiziksel inaktivite:** Yapılan geniş çaplı prospektif çalışmalarda artmış kilo ve abdominal yağ dokusunun inme riskini artırdığı belirtilmektedir. Kilo

vermenin ise inme riskine olan etkisi kanıtlanmamakla birlikte, kan basıncına olan düşürücü etkisinden dolayı inme riskine etkisinin olduğu düşünülmektedir. Ayrıca yapılan orta dereceli fiziksel aktivitenin kan basıncının azalması, kilo verilmesi, HDL kolesterolünde artış, LDL kolesterolünde azalma gibi olumlu etkileri vardır.

- **Menopoz sonrası hormon tedavisi:** Yapılan çalışmalar menopoz sonrası hormon tedavisinin tekrarlayan inme riskini özellikle ilk 6 ayda artırdığını göstermektedir.
- **Orak hücreli anemi:** Orak hücreli anemisi olan özellikle homozigot hastalar yüksek inme riski taşımaktadırlar. Bu hastalarda en yüksek inme riski çocukluk çağlarında görülmektedir.
- **Asemptomatik karotis stenozu:** Asemptomatik karotis stenozu inme için risk oluşturan faktörlerdendir. 45 yaşından büyük bireylerde asemptomatik karotis stenozu görülme sıklığı %45 ve bu bireylerde inme riski %2'dir.

Kesinleşmemiş faktörleri ise;

- **Metabolik sendrom:** Obezite, sedanter yaşam şekli, diyet gibi metabolik sendroma yol açan faktörler inme için risk faktörü oluşturmaktadır.
- **Hiperhomosisteinemi:** Yüksek kan homosistein düzeyinin aterosklerotik ve tromboza meyil etkisi koroner kalp hastalıkları ve inme riskini artırmaktadır.
- **Alkol kullanımı:** Alkol kullanımı ve inme arasında J şeklinde bir ilişki bulunmaktadır. Yani, az miktarda alkol kullanımının koruyucu, yüksek miktarda alkolün ise inme riskini artırıcı etkisi vardır.
- **Madde kullanımı:** Madde kullanımının (kokain, amfetamin, eroin gibi) inme riskini artırdığı bilinmektedir.
- **Oral kontraseptif kullanımı:** Yapılan çalışmalarda yüksek inme riski taşıyan kadınların oral kontraseptif kullanımı ile birlikte 35 yaş üzerinde olma, sigara içme, hipertansiyon ve diyabetinin bulunması gibi özelliklerinin olduğu tespit edilmiştir.
- **Hiperkoagülabilité:** Hiperkoagülabilitenin venöz tromboza yol açtığı bilinmektedir.

- **Lipoprotein (a) yüksekliği:** Lipoprotein (a) yüksekliği kalp hastalıkları için risk faktörü olarak görülmekle birlikte iskemik inme riskini artırabileceği düşünölmüş fakat tamamen uyumlu bulunmamıştır.
- **İnflamatuvar süreçler:** İnflamasyon sürecinde serebral damarların endotel yüzeyinde meydana gelen hasar inme için bir risk faktörüdür. Bir inflamasyon süreci reaktanı olan CRP'nin yüksek seviyelerde bulunması inme riskini 2-3 kat artırmaktadır.
- **Enfeksiyon:** Birçok bakteriyel patojenin aterosklerotik plakların progresyonunda etkisi vardır. Ancak antibiyotik tedavisinin inme riskine olan etkisiyle ilgili kanıt bulunmamaktadır.
- **Migren:** Migrenin inme ile ilişkisi özellikle auralı migrene sahip kadınlarda olduğu belirtilmektedir.
- **Uyku apnesi:** Yapılan epidemiyolojik çalışmalar uykuda görölen solunum bozuklularının hipertansiyon, yaş, obezite gibi diğer risk faktörlerinden bağımsız olarak inme riskini artırdığını göstermektedir (22-26).

2.1.4. İnmenin Belirti ve Bulguları

İnmede görölen nörolojik bulgular çoğu zaman etkilenen beyin alanını gösterir. Dominant hemisfer (sol) lezyonlarında görölen belirtiler; vücudun sağ yarısında (yüz kol ve bacakta değişken tutulum) kuvvet kaybı/ duyu azalması, sağ görme alanında azalma, konuşmada bozulma, okuma ve yazma yitimidir. Dominant olmayan hemisfer (sağ) lezyonlarında vücudun sol tarafında kuvvet kaybı/duyu azalması, sol görme alanında azalma, sol tarafı ihmal etme, yön ayırt edememe ve duygulanım bozuklukları görölmektedir. Beyinsapı ve serebellar inmede normal bilinçten komaya kadar giden bilinç değişiklikleri, konuşma bozukluğu, ataksi, yutma bozukluğu, tek taraflı ya da çift taraflı duysal bozukluklar, dengesizlik, kusma, ense ve oksipital ağrı, ekstraoküler hareket bozukluğu gibi belirtiler görölmektedir (27).

2.1.5. İnmede Fonksiyonel Durum

Fonksiyonel durum kişinin fiziksel, ruhsal, sosyal iyilik halini ve genel sağlık durumunu ifade etmektedir (28). Günlük yaşam aktivitelerini ve enstrümental yaşam aktivitelerinin temel becerilerini yerine getirebilmeyi içeren kendine bakabilme yetisidir. Günlük yaşam aktiviteleri yemek yeme, giyinme gibi kendine bakım aktivitelerini ifade ederken, enstrümental yaşam aktiviteleri ise koşma, alışveriş yapma, yürüme, yemek hazırlama gibi daha kompleks olan günlük aktiviteleri ifade etmektedir (29).

Literatürde fonksiyonel durum kavramını ifade etmek için çeşitli tanımlamalar yapılmaktadır. Bogardus ve ark.'nın (29) yaptıkları çalışmada fonksiyonel durum, günlük yaşamda bağımsızlığın korunması için gerekli davranışlar olarak tanımlanmakta ve fiziksel, bilişsel ve sosyal fonksiyonları kapsadığını belirtilmektedirler. Cohen ve ark. (30) kişilerin fiziksel, mental, sosyal, mesleki ve ekonomik aktivitelerini içeren bir kavram olarak, Chang ve Tamura (31) kişinin ne yapabildiğini ifade eden fonksiyonel kapasite ve günlük hayatta gerçekte ne yaptığını ifade eden fonksiyonel performans olarak ifade etmektedir.

Fonksiyonel durumu oluşturan çeşitli alt boyutlar bulunmaktadır. Bunlar; fiziksel fonksiyonlar (yemek yeme, yemek yapma, koşma, banyo yapma, tuvalete gitme vb.), psikolojik fonksiyonlar (baş etme, özbakım vb.) bilişsel fonksiyonlar (hafıza, dikkat, sebep sonuç ilişkisi kurma vb.) ve sosyal fonksiyonlar (kişiler arası ilişkiler, sosyal, fonksiyonlar, toplumsal rol vb.) olarak sıralanabilir (28).

Fonksiyonel durumun değerlendirilmesi serebrovasküler hastalıkların araştırılması ve bu hastaların bakımı için önemlidir. İnme sonrası hastaların fonksiyonel durumları önemli ölçüde etkilenmektedir. İnme tüm dünyada ölüm ve özürlülüğe sahip olan nedenlerin başındadır. İnmeli hastalarda görülen nörolojik defisite bağlı olarak yaşayanların %47-76'ı kısmi ya da tam bağımsızlığa ulaşır ve tüm hastaların üçte biri günlük işlerinde başkalarına muhtaç olarak yaşamlarını sürdürür. İnmeli hastalarda fonksiyonel durumlarının belirlenmesi tedaviye uyum, hasta ihtiyaçlarının belirlenmesi, destekleyici bakımın sağlanması ve yapılan terapötik müdahalelerin değerlendirilmesi açısından önemlidir (32).

Algılanan sağlık durumu, akut ya da kronik hastalıklar ve bu hastalıklara bağlı semptomlar bireylerin fonksiyonel durumlarını ve beraberinde yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilmektedir. Hastalıkların ve sağlık bakım girişimlerinin etkilerini değerlendirebilmek için fonksiyonel durum ölçümleri son yıllarda önem kazanmıştır. Bu ölçümlerle “Hasta günlük yaşam aktivitelerinin hangilerini yerine getirebiliyor?” ve “Hasta ne derece bağımsız?” sorularına cevap aranır. Fonksiyonel durumu değerlendirmede kullanılan enstrümanların hastalığa özgü olarak geliştirilmiş olanları ve genel popölasyona uygulanabilenleri mevcuttur (28, 32).

Kişinin yeteneklerini ve kısıtlılıklarını tanımlayan fonksiyonel değerlendirme ile mobilite, kendine bakım, toplum içi aktiviteler, algılama, iletişim gibi faktörler değerlendirilir. İdeal bir fonksiyonel değerlendirme kişinin özürlölük, engellilik durumlarını ve kısmen de yaşam kalitesini ele almaktadır (33, 34).

2.2. Bakım Yüğü

2.2.1.Bakım Yüğüünün Tanımı ve Önemi

Günümüzde tıptaki gelişmelere bağlı olarak sağ kalım süresinin uzaması, kronik hastalıkların artması ve yaşam süresinin uzaması gibi nedenlere bağlı olarak bakım gereksinimi olan kişi sayısı artmış ve bakım veren kavramı önem kazanmıştır. Buna göre bakım veren kavramı, çeşitli nedenlere bağlı olarak günlük yaşam aktivitelerini yerine getiremeyen hasta bireyin bakımını üstlenen kişiyi ifade etmektedir (35).

Bakım yüğü, hasta bireye bakım sunarken algılanan stres ve olumsuz değerlendirmeler sonucunda verilen çok boyutlu cevaplar olarak tanımlanmaktadır. Bakım veren kişinin fiziksel, psikososyal, duygusal ve fonksiyonel sağlık durumunu tehdit eden bir kavramdır (36).

Yapılan çalışmalar bakım verenlerin diğer kişilere göre daha fazla fiziksel ve psikososyal belirtiler gösterdiklerini ve bu kişilerde ilaç ve sağlık hizmetleri kullanımının daha fazla olduğunu belirtmektedir. Depresyon, etkin olmayan baş etme yöntemleri, zayıf yaşam kalitesi gibi sorunlar bakım verenlerde sıklıkla görölmektedir. Bunun da ötesinde Schulz ve ark. (38) yaptıkları çalışmada bakım

veren rolünü primer olarak üstlenen kişilerde ölüm oranlarının (%63) yükselmesinde bakım vermenin bağımsız bir risk faktörü olduğunu belirtmişlerdir. Tüm bunlar araştırmacıların ve klinisyenlerin bakım veren yükü kavramıyla ilgilenmelerine neden olmuştur (36, 37).

Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin çoğunluğunun verdikleri bakımla ilgili yük hissettikleri belirtilmekle birlikte, olumlu yanlarını da belirten çok sayıda bakım veren bulunmaktadır. Bu kişiler öz güvenlerinin yükseldiğini, yaşamlarının anlam kazandığını, bakım verdikleri kişinin hayatının anlamı haline geldiklerini, öz yeterliliklerinin ve kişisel gelişimlerinin geliştiğini ifade etmektedirler (39).

Literatürde bakım veren yükünün iki boyutu belirtilmiştir. Bunlar ailenin yaşantısında bakım verilen hastanın hastalığı, aktivitelerindeki kısıtlılıklar, bakım verme için harcanılan zaman ve finansal kaynakların oluşturduğu nesnel yük; duygusal durum (anksiyete, utanç, suçluluk), fiziksel durum, finansal ve çalışma alanlarında yaşanan gerginliği ifade eden öznel yüküdür (12). Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin en çok yaşadıkları problemlerin aile içi çatışmalar, ailenin parçalanması, hastalığın neden olduğu finansal yük ve kişisel bakım yükleri olduğu belirtilmiştir (40).

Bakım veren kişinin yükünü etkileyen faktörler olarak hasta ile ilgili değişkenler (hastalığın seyri ve semptomları, hastanın iletişim kurma yetisi, kişilik özellikleri, davranışsal ve psikolojik belirtiler vb.), bakım veren ile ilgili değişkenler (cinsiyeti, başarılı olamamaya ilişkin korkuları, idealleri, genel sağlık durumu vb.) ve hasta ve bakım veren arasındaki ilişki durumu sayılmaktadır (40, 41).

Hastanın hastalığa uyumunu ve bakımın sürekliliğinin sağlanması, bakım verenlerin hasta bakımı konusunda uygun kararlar vererek uygun girişimlerde bulunmaları, hasta ve bakım verenin bakım sorumluluğunu birlikte almalarının sağlanması için bakım yükünün belirlenmesi önem taşımaktadır (12, 42).

2.2.2. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü

İnme atağını takiben hastaların yarısından fazlası ileri derecede fiziksel yetersizlik ve psikolojik problemler yaşamaktadırlar. İnme; hasta, aile bireyleri ve sağlık hizmetleri için önemli duygusal ve sosyoekonomik problemlere neden olmaktadır (8, 43).

İnmenin ani başlangıcı, hastanın ve bakımından sorumlu olan kişilerin rol ve sorumluluklarında değişiklikler meydana getirmektedir. İnme sonrası hastalar geçici yada kalıcı olarak rol ve sorumluluklarından feragat ederken, bakım verenler çok çeşitli sorumluluklar üstlenmektedirler. Bu değişiklikler inmeli hastaların ve bakım verenlerin fiziksel ve psikolojik iyilik hallerini etkilemektedir. Araştırmalara göre inmeli hastalara bakım verenler yüksek derecelerde stres, depresyon, davranışsal ve bilişsel problemler, aile içi çatışmalar gibi sorunlar yaşamakta, hastaların davranışlarında anksiyete, depresyon ve diğer olumsuz sonuçların etkileri görülmektedir (43).

İnmeli hastalara bakım verenlerde bakım yükünün alt boyutlarından nesnel yük için gerçekleştirilen bakım verme görevleri, hastanın öz bakımına yardımcı olmayı sevme, mobilite, finansal yönetim ve her bir bakım verme görevine ne kadar zaman harcanıldığı vb. sayılmaktadır. Literatürde inmeli bir hastanın yaşamı süresince sağlık harcamalarının 30.000-59.000 dolar olduğu belirtilmiştir. Tüm bu yüklerden dolayı deneyimlenen psikolojik, sosyal ve duygusal etkileri ise öznel yük olarak belirtilmiştir (43, 44). Exel ve ark.'nın (44) inmeli hastalara bakım verenlerde yaptıkları çalışmada öznel yük, bakım veren ve inmeli hastanın yaşam kalitesi, hastanın yaşı ve gerçekleştirilen bakım verme görevleri ile ilişkili bulunmuştur.

Literatüre göre inmeli hastalara bakım verenlerin bakım yükü önemli bir orana (%25-54) sahiptir. Bu oranı yani bakım yükünü belirleyen faktörler ise inmeli hasta ve bakım verenlerle ilgilidir. Fonksiyonel durum, nörolojik defisit ve duygusal durum inmeli hastayla ilgili değişkenlerdir. Emosyonel durum, genel sağlık durumu, bakım için harcanan zaman, stresle baş etme yetisi ve alınan sosyal destek bakım verene ilişkin değişkenlerdir. Yapılan araştırmalara göre inmeli hastanın bağımlılık

düzeyinin ileri seviyede olması, bakım verenin kadın ve ileri yaş olması bakım yükünün artıran faktörlerdir (45, 46).

2.3.Yaşam Kalitesi

2.3.1. Yaşam Kalitesinin Tanımı ve Önemi

Son yıllarda sağlık alanında yapılan araştırmalarda, yaşam kalitesi terimi sıklıkla kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1946 yılında sağlıklı olma halini “yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde tanımlaması yaşam kalitesi kavramına olan ilgiyi artırmıştır (47).

Dünya Sağlık Örgütü tanımlamasına göre yaşam kalitesi “kişinin amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri ile içinde bulunduğu kültürel yapı ve değer sistemleriyle ilgili olarak yaşamdaki durumuna ilişkin kişisel algısı”dır. Bireyin fiziksel sağlık durumu, psikolojik durumu, değerleri, sosyal ilişkilerinden etkilenen çok kapsamlı bir kavramdır. Literatürde yaşam kalitesi kavramına ait tanımlara bakıldığında ise çok çeşitli olduğu görülmektedir. Yapılan bir tanımlamaya göre yaşam kalitesinin mükemmelliği ifade ettiği belirtilmiş, değerlendirilmesinin yapılması için objektif bir ölçütün geliştirilmesinin ise çok karmaşık olduğu eklenmiştir. Diğer bir tanımlamada hastanın sağlık durumu ile amaçlarını yerine getirebilme yeteneği arasındaki ilişki olarak belirtilmiştir. Bir başka tanımlamada gereksinimlerin belirlenmesi, bir diğerinde hastaların sağlık durumları ile yaşamlarında sağlık alanının haricinde kalan bölüm ve hissettikleri olarak ifade edilmiştir. Yapılan tüm tanımlarda ortak görüş yaşam kalitesinin işlevsel yeterlilik, psikolojik yeterlilik, sosyal işlevlerde yeterlilik ve hastalık ve tedavi ile ilgili yakınmalar gibi alanlarının bulunduğu (47-50).

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi, genel yaşam kalitesinin bir alt bileşenidir ve kişinin genel sağlık durumundan ve klinik girişimlerden etkilenebilmektedir. Kişinin fiziksel fonksiyonları, psikolojik fonksiyonları, sosyal fonksiyonları, yaşam memnuniyeti ve sağlık durumunu algılaması gibi konuları kapsamaktadır. Son yıllarda sağlık alanında yaşam kalitesi ölçümleri kişinin sağlık durumunun ve

uygulanan tedavilerin etkinliğinin değerlendirilmesinde giderek önemi artan bir konudur(11, 50).

2.3.2. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi

Kronik hastalıklar bakım verenlerin yaşam kalitesinin etkilendiği hastalık gruplarıdır. Kişinin fonksiyonel durumunun önemli düzeyde etkilendiği kronik bir hastalık olan inmenin, bakım verenlerin yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesine yönelik çalışmalara literatürde sıklıkla rastlanmaktadır. İnmeli hastaların fiziksel, psikososyal ve bilişsel fonksiyonlarında meydana gelen uzun süreli bozulmalar bakım verenlerde sosyal izolasyon, duygusal yük gibi sorunlar oluşturarak fiziksel ve psikolojik iyilik hallerini etkilemekte ve yaşam kalitelerini olumsuz etkilemektedir (11, 50). McCullagh E. ve ark.'nın (13) yaptıkları çalışmada hastaya ait yaş, fonksiyonel bağımsızlık düzeyi, duygusal durum gibi faktörler ile bakım verene ait yaş cinsiyet, duygusal durum, eğitim düzeyi ve algılanan sosyal destek düzeyi bakım verenlerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir. Jönsson ve ark.'nın (51) yaptıkları çalışmada ilk inme atağından 4 ila 16 ay sonrasında hastaların yaşam kalitelerinin psikososyal ve mental boyutlarında bozulmalar olduğu görülmüş ve hastaların yaşam kalitesini belirleyen en önemli faktörlerin yaş, fonksiyonel durum ve duygusal durum gibi özellikler olduğu gösterilmiştir. Ayrıca bu hastalara bakım verenlerin yaşam kaliteleri ile bakım veren yaşı ve hastanın fonksiyonel durumu ilişkili bulunmuştur.

İnmeli hastalara bakım verenlerde yapılan yaşam kalitesi değerlendirmelerinde; bakım verenlerin yaşam kalitesinin diğer insanların yaşam kalitelerinden düşük olarak belirlenmesi konunun önemini artırmıştır. İnmeli hastalarda bakım verenlerin yaşam kalitesi belirleyicileri bakım verenlerin yaşadığı bakım yükü, algıladıkları yaşam doyumu, rol değişimleri ve depresyon gibi faktörlerdir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde inmeli hastalara bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler, bir diğer ifadeyle bakım yükleri arttıkça sağlıkla ilgili yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği görülmüştür. Bu çalışmalarda özellikle bakım verenlerin yaşam kalitelerinin mental ve sosyal boyutlarının tekrarlı şekilde etkilendiği belirlenmiştir (52, 53). Morimoto ve ark.'nın (52) inmeli hastalara bakım

verenlerde yaptıkları çalışmada artan bakım yükünün yaşam kalitesinde azalma ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.

2.4.İnmeli Hastalarda Fonksiyonel Durumun Bakım Verenlerin Bakım Yüküne ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Belirlenmesinin Hemşirelik Açısından Önemi

Yapılan literatür incelemelerinde inmeli hastalara bakım verenlerin bakım yükü yaşadığı ve bakım yükü artıkça bu bireylerin yaşam kalitesinin anlamlı şekilde azaldığı görülmüştür. Bakım verenlerde bakım yükünün farkında olunması, değerlendirilmesi, etkileyen faktörlerin belirlenmesi, gereksinimlerin karşılanması ve çözüm önerilerinin getirilmesi bu bireylerin yaşam kalitelerinin artmasını sağlayacaktır (54).

İnmeli hastaların bakım verenlerinin iyilik hallerini sürdürmeleri için hemşirelerin hastalığın akut döneminden başlayarak hasta ve bakım vereni bütüncül olarak ele almaları önemlidir. İnmeli hastalarda bakım verenin yaşadığı güçlüğü belirlenmesi ve bakım planlarına bakım verenin de dahil edilmesi hemşirelerin profesyonel sorumlulukları arasındadır (42).

Hemşire; hasta ve bakım vereni birlikte ele alırken bakım verenin bakım vermeyle ilgili bilgi ve tutumunu değerlendirmeli ve bakım vereninin üstlendiği rolle ilgili olarak sağlık durumunu sürdürebileceği bakım becerileri geliştirmelidir. Hastasının bakım yönetimini uygun şekilde yürütebilen, karşılaşılabileceği problemlerle başa çıkabilen bakım verenler iyilik hallerini sürdürebilecek ve yaşam kaliteleri artacaktır (54, 55).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

İnmeli hastalarda fonksiyonel durumun bakım verenlerin bakım yüküne ve yaşam kalitesine etkisinin belirlenmesi amacıyla kesitsel bir çalışma olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Özellikleri

Araştırma Gülhane Askeri Tıp Akademisi (GATA) Nöroloji Anabilim Dalı ve GATA TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Başkanlığı Nörolojik Rehabilitasyon Bölümü Kliniklerinde yürütülmüştür.

GATA Nöroloji Anabilim Dalı'nda hasta muayene ve tedavileri ile sağlık ve eğitim-öğretim hizmetleri poliklinik, klinik, laboratuvar birimleri tarafından yürütülmektedir. GATA Eğitim Hastanesi Ana Bina Doğu Blok 4. katta bulunan ve 24 saat esasına göre çalışan nöroloji kliniği 4 adet tek kişilik oda, 4 adet 2 kişilik oda, 2 adet 8 kişilik odadan oluşan 27 yatak kapasitesine sahiptir. Yoğun bakım bölümü, genel nörolojik yoğun bakım ve beyin krizi olarak ikiye ayrılmıştır ve 5 yatak bulundurmaktadır. GATA Nöroloji AD'de 4 öğretim üyesi, 2 uzman, 4 asistan, 17 hemşire ve 1 diyetisyen bulunmaktadır.

TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Başkanlığı Nörolojik Rehabilitasyon Bölümü, Akut Bakım, Spinal Kord Rehabilitasyonu ve Beyin Hasarı Rehabilitasyonu alt bölümlerinden oluşmaktadır. Akut Bakım Kliniğinde; spinal kord hasarı ve travmatik beyin hasarına bağlı olarak gelişen nörolojik sakatlığın erken evre rehabilitasyonu amaçlanmaktadır. Erken rehabilitasyon döneminden sonra hastalar Spinal Kord ve Beyin Hasarı Rehabilitasyon servislerine nakledilmektedir. Çeşitli nedenlerle spinal kord hasarı veya beyin hasarı gelişen ve aktif rehabilitasyon için uygun bulunan hastalar Spinal Kord Rehabilitasyonu ve Beyin Hasarı Rehabilitasyonu servislerinde yatırılarak tedavi edilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, 15 Ekim 2013- 15 Şubat 2014 tarihleri arasında GATA Nöroloji AD ve GATA TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Başkanlığı Nörolojik Rehabilitasyon Bölümü Kliniklerinde yatan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 140 inmeli hasta ile 140 bakım veren oluşturmuştur. Araştırmanın yapıldığı dönemde GATA Nöroloji AD ve GATA TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Başkanlığı Nörolojik Rehabilitasyon Bölümü Kliniklerinde yatan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 100 inmeli hasta ve 100 bakım veren de araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmaya dahil olma kriterleri olarak;

- Bakım verenin en az 1 ay süre ile hastanın bakımından sorumlu olması,
- Bakım verenin fiziksel ve bilişsel sağlık durumunun araştırmaya katılmaya uygun olması,
- İnmeli hasta ve bakım verenin araştırmaya katılmaya gönüllü olması,
- Bakım verenin Türkçe konuşuyor ve anlıyor olması belirlenmiştir.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Araştırmanın etik yönü ve izlenen adımlar

Araştırma için, GATA Etik Kurul Başkanlığı'ndan yazılı izin ve araştırma onayı alınmasını takiben, veriler 15 Ekim 2013-15 Şubat 2014 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında inmeli hasta ve/veya bakım verenlere gerekli açıklamalar yapılarak aydınlatılmış onamları alınmış ve Veri Toplama Formları uygulanmıştır. Veriler hasta ve bakım verenlerle yüz yüze görüşülerek ve klinik kayıtlarından toplanmıştır. Görüşmeler ortalama 15-20 dakika sürmüştür.

3.4.2. Veri Toplama Formları

Araştırmada veriler; literatür taraması yapılarak araştırmacı tarafından geliştirilen inmeli hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri, ile bakım verenlerin sosyodemografik ve bakım verme deneyimine ilişkin özelliklerinin belirlenmesi için 'Hasta ve Bakım Veren Birey İçin Tanıtıcı Bilgi Formu' (EK-3), hastaların fonksiyonel bağımsızlık durumlarının belirlenmesi için 'Fonksiyonel

Bağımsızlık Ölçeği' (EK-4) ve 'Barthel İndeksi' (EK-5), bakım verenlerin algıladıkları bakım verme güçlüğünün değerlendirilmesi için 'Bakım Verme Yüğü Ölçeği' (EK-6) ve bakım verenlerin yaşam kalitesinin belirlenmesi için 'SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği' (EK-7) kullanılmıştır.

3.4.2.1. Hasta Ve Bakım Veren Birey İçin Tanıtıcı Bilgi Formu

İnmeli hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri, ile bakım verenlerin sosyodemografik ve bakım verme deneyimine ilişkin özelliklerinin değerlendirildiğı, literatür taraması sonucu araştırmacı tarafından geliştirilen form, 2 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm, inmeli hastayı tanımaya yönelik yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, gelir sosyal güvence durumu, yaşanan yer, hastalık süresi, inme tipi, beyin lezyon alanı, lezyon genişliğı, inme dışındaki hastalık varlığı gibi bilgileri içeren 14 sorudan oluşmaktadır. İkinci bölüm ise bakım verenin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çocuk sayısı, meslek, gelir, yaşadığı yer, sosyal güvence durumu, bakım verdiği kişiye yakınlığı, inmeli hastayla birlikte yaşama durumu, bakım verme süresi ve önceki deneyimleri ve bakım vermeye yönelik eğitim durumu gibi bilgileri değerlendiren 16 soruyu kapsamaktadır (EK-3).

3.4.2.2. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeğı

Hastaların fonksiyonel durumlarını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Spinal kord yaralanmaları olan bireylerin fonksiyonel durumlarını değerlendirmek amacıyla 1990 yılında geliştirilen ölçeğın ülkemiz için geçerlilik güvenilirlik çalışması 2001 yılında Yavuzer ve ark. (56) tarafından yapılmıştır. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeğı motor beceriler(13 madde) ve bilişsel beceriler (5 madde) olmak üzere 2 bölümden oluşmaktadır. Bölümlerin her biri kendi içinde 6 ana maddede (kendine bakım, sfinkter kontrolü, mobilite ve transfer, hareket edebilme ve yürüme, iletişim ve sosyal algılama) toplanan 18 alt boyut içermektedir. Her bir maddeye 1-7 arası puan verilerek hasta bireylerin bu maddeleri içeren aktivitelere ilişkin bağımlılık bağımsızlık durumu; 1-2 puan bağımlı, 3-5 puan yarı bağımlı, 6-7 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 18, en yüksek puan ise 126'dır (57) (EK-4).

3.4.2.3. Barthel İndeksi

Hastaların aktivitelerindeki bağımsızlık düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılan indeks, 1965 yılında Barthel ve Mahoney (59) tarafından geliştirilmiş ve 1999 yılında Küçükdeveci (60) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Global değerlendirme aracı olarak duyu ve motor kayıpları olan tüm hastalarda kullanılmaktadır. İndeks yemek yeme, banyo, günlük bakım, giyinme, defekasyon, miksiyon, tuvalete gidiş, yataktan kalkma, dolaşma, merdiven çıkma gibi günlük yaşam aktivitelerini 10 madde şeklinde fiziksel özurlülüğü sorgulamaktadır. Puanlama 0 ile 100 arasında değişmektedir. 0 puan tam bağımlılığı, 100 puan bağımsızlığı anlatmaktadır. Barthel indeksi kullanılan çalışmalarda, sınır puan 60 olarak belirlenmiş olup 60'ın üzerindeki puanlar bağımsız olarak işlev yapabilmeyi açıklar. Ölçeğin puan yorumunda 0-20 puan tam bağımlılığı, 21-61 puan ileri derece bağımlılığı, 62-90 puan orta derece bağımlılığı, 91-99 puan hafif derece bağımlılığı, 100 puan tam bağımsızlığı ifade eder (58) (EK-5).

3.4.2.4. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı

Bakım gereksinimi olan inmeli hastaya bakım veren bireylerin algıladıkları bakım verme güçlüğünü değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. 1980 yılında Zarit ve ark. (58) tarafından geliştirilen ölçek, 2006 yılında İnci (61) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek “asla, nadiren, bazen, sık sık, ve hemen her zaman” şeklinde 0 dan 4 e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir ve bakım vermenin bakım verenin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı 0.91, test tekrar test güvenilirliği 0.86, görüşmeciler arası tutarlılık ise 0.63 olarak saptanmıştır. Türkçe formunun iç tutarlılık katsayısının 0.95, test-tekrar test değişmezlik katsayısının 0.90 olduğu belirtilmiştir (58) (EK-6).

3.4.2.5. SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği

İnmeli hastalara bakım veren bireylerin yaşam kalitesini belirlemek amacıyla SF-36 kullanılmıştır. Ware (62) tarafından geliştirilen SF-36, fiziksel ve mental yönden sağlığı değerlendirme amacıyla düzenlenmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1995'te Pınar (63) tarafından yapılan SF-36'nın Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.92 olup, test-tekrar-test güvenilirlik katsayıları 0.73-0.90 arasında değişmektedir. Sağlıkla ilgili yaşam kalitesini değerlendiren ölçek, 36 maddeden oluşmaktadır ve fiziksel fonksiyon (10 madde), sosyal fonksiyon (2 madde), fiziksel rol fonksiyonu (4 madde), emosyonel rol fonksiyonu (3 madde), mental sağlık (5 madde), vitalite (4 madde), ağrı (2 madde) ve genel sağlık algısını (5 madde) içeren 8 boyutun ölçümünü sağlamaktadır. Değerlendirme bazı maddeler dışında Likert tipi yapılmakta ve son 4 hafta göz önünde bulundurulmaktadır. Alt ölçekler sağlığı 0-100 arasında değerlendirmekte ve 0 kötü sağlık durumunu, 100 iyi sağlık durumunu ifade etmektedir (64) (EK-7).

3.5. Araştırmanın Uygulanması

3.5.1. Ön Uygulama

İnmeli hasta ve bakım verenlere yönelik veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini değerlendirmek üzere GATA Nöroloji AD ve GATA TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Başkanlığı Nörolojik Rehabilitasyon Bölümü Kliniklerinde yatan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan 6 inmeli hasta ve 6 bakım verene ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama sonucunda 'Hasta ve Bakım Veren Birey İçin Tanıtıcı Bilgi Formu' ve ölçeklerin işlerliği uygun bulunduğu için araştırmaya başlanmıştır.

3.5.2. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma önerisinin kabul edilmesi ve 1491-1751-13/1648.4-1912 sayı ve 5 Ağustos 2013 tarihli etik kurul onayının alınmasını takiben (EK-1) araştırmanın uygulanmasına başlanmıştır.

15 Ekim 2013- 15 Şubat 2014 tarihleri arasında araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 100 inmeli hasta ve 100 bakım verene 'Hasta ve Bakım Veren Birey

İçin Tanıtıcı Bilgi Formu' ve ölçekler uygulanmıştır. Verilerin toplanmasına hasta ve/veya bakım verenlerin aydınlatılmış onamları alındıktan sonra başlanmıştır. İnmeli hastaların tanıtıcı bilgileri yüz yüze görüşülerek ve klinik kayıtları kullanılarak elde edilmiş, hastaların fonksiyonel durumları Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi ile araştırmacı tarafından değerlendirilmiş ve bakım verenin tanıtıcı bilgileri ile algıladığı bakım verme güçlüğü ve yaşam kalitesiyle ilgili veriler yüz yüze görüşmeyle toplanmıştır. Görüşmeler ortalama 20 dakika sürmüştür.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Veri toplama formları ile elde edilen bilgiler bilgisayar ortamına aktarılmış olup gerekli hata kontrolleri ve düzeltmeler yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde ve istatistiksel analizlerinde SPSS 15.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayımla belirlenen değişkenler için sayı ve yüzde; ölçümle belirlenen değişkenler için ise ortalama, standart sapma, ortanca, minimum-maksimum şeklinde gösterilmiştir. Ölçeklerin iç tutarlığı güvenilirlik analizi (Cronbach alfa katsayısı) uygulanarak değerlendirilmiştir. Kolmogrov-Smirnov testi ile verilerin normal dağılım gösterip göstermediği incelenmiştir. İkili kategorik verilerin (cinsiyet, medeni durum gibi) sürekli değişkenler (SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği puanları) ile karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren veriler için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi; normal dağılım göstermeyen veriler için Mann Whitney-U testi kullanılmıştır. İki den fazla kategorik verinin (beyin lezyon alanı) sürekli değişkenler (SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği puanları) ile karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren veriler için tek yönlü varyans analizi; normal dağılım göstermeyen veriler için Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. İki değişken arasındaki ilişkiler için normal dağılım gösteren verilerde Pearson korelasyon katsayısı; göstermeyen verilerde Spearman korelasyon katsayısı kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılığın göstergesi olarak $p < 0.05$ değeri kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan 100 inmeli hasta ve 100 bakım verenden elde edilen verilerin analizi sonucunda ortaya çıkan bulgular sunulmuştur. Veriler, Hasta ve Bakım Veren Birey İçin Tanıtıcı Bilgi Formu, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği, Barthel İndeksi, Bakım Verme Yüğü Ölçeği, SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden elde edilmiştir.

Bulgular sırasıyla;

- İnmeli hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri ile Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi puan ortalamalarının dağılımı,
- Bakım verenlerin sosyodemografik ve bakım verme deneyimine ilişkin özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı,
- İnmeli hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri ile Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi puan ortalamalarının bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları ile karşılaştırılması sonucu elde edilen bulguların dağılımı,
- Bakım verenlerin sosyodemografik ve bakım verme deneyimine ilişkin özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucu elde edilen bulguların dağılımı şeklinde verilmiştir.

4.1. İnmeli Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikleri ile Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4.1.1. İnmeli Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N=100)

Özellikler		Sayı	%
Yaş (Ort±SS=65.2±15.2, Min.=25.0, Maks.=93.0)	54 ve altı	23	23.0
	55 ve üzeri	77	77.0
Cinsiyet	Kadın	42	42.0
	Erkek	58	58.0
Medeni durum	Evli	81	81.0
	Evli değil	19	19.0
Eğitim	İlköğretim ve altı	63	63.0
	Ortaöğretim ve üzeri	37	37.0
Çalışma durumu	Çalışan	19	19.0
	Çalışmayan	81	81.0
Gelir durumu	Gelir giderden az	22	22.0
	Gelir gidere eşit ya da fazla	78	78.0
Yaşanılan yer	Köy, kasaba, ilçe	39	39.0
	İl merkezi	61	61.0
Sosyal güvence	Var	94	94.0
	Yok	6	6.0

Tablo 4.1.1.'de inmeli hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması 65.2±15.2 yıl olarak belirlenmiş, çoğunluğunun 55 ve üzeri yaş grubunda (%77.0), erkek (%58.0), evli (%81.0), ilköğretim ve altında eğitim seviyesine (%63.0) sahip olduğu, herhangi bir işte çalışmadığı (%81.0) görülmüştür. Ayrıca hastaların çoğunluğunun gelir seviyesinin giderine eşit veya fazla olduğu (%78.0), il merkezinde yaşadığı (%61.0) ve sosyal güvencesinin olduğu (%94.0) belirlenmiştir.

Tablo 4.1.2. İnmeli Hastaların Tıbbi Özelliklerinin Dağılımı (N=100)

Tıbbi özellikler		Sayı	%
Hastalık süresi (ay) Ort±SS=17.6±23.8, Min.=1.00, Maks.=108.0			
İnme tipi	İskemik	81	81.0
	Hemorajik	19	19.0
Beyin lezyon alanı	Sağ	51	51.0
	Sol	39	39.0
	Bilateral	10	10.0
Lezyon Tipi	İnfarkt	81	81.0
	Hematom	19	19.0
Hematom yeri (n=19)	Talamik	5	26.3
	Geniş hemisferik	12	63.1
	Serebellar ve beyin sapı	2	10.5
İnfarkt şekli (n=81)	Laküner	30	37.0
	Total anterior sirkülasyon infarktları	31	38.2
	Parsiyel anterior sirkülasyon infarktları ve posterior sirkülasyon infarktları	20	24.6
Eşlik eden hastalık durumu	Var	71	71.0
	Yok	23	23.0
	Yanıt vermeyen	6	6.0
Eşlik eden hastalıklar (n=71)*	Hipertansiyon	53	74.6
	Diyabet	42	59.1
	Kalp hastalıkları	9	12.6
	Diğer	3	4.2

*Bir hasta birden fazla yanıt verdiği için n katlanmıştır.

Tablo 4.2.2.'de hastaların tıbbi özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Hastaların ortalama hastalık süresi 17.6±23.8 ay olup, çoğunluğu iskemik inme tanısına (%81.0) sahiptir. Hastaların çoğunluğunun lezyon tipi infarkttır (%81.0) ve tanısına hipertansiyon (%74.6) eşlik etmektedir.

Tablo 4.1.3. İnmeli Hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Ölçekler	Alt Boyutlar	Ort±SS	Ortanca	Min-Maks.
Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği	Kendine bakım	19.9±9.8	19.5	6.0-42.0
	Yemek yeme	4.5±1.9	5.0	1.0-7.0
	Kendine bakım	3.5±1.8	3.0	1.0-7.0
	Yıkanma	2.9±1.6	3.0	1.0-7.0
	Üst taraf giyimi	3.0±1.7	3.0	1.0-7.0
	Alt taraf giyimi	2.9±1.6	3.0	1.0-7.0
	Tuvalet kullanımı	2.8±1.7	2.0	1.0-7.0
	Sfinkter kontrolü	7.4±4.2	8.0	2.0-14.0
	Mesane bakımı	3.6±2.1	4.0	1.0-7.0
	Bağırsak bakımı	3.7±2.1	4.0	1.0-7.0
	Mobilite	9.2±5.3	9.0	3.0-21.0
	Yatak, sandalye, tekerlekli sandalye	3.1±1.7	3.0	1.0-7.0
	Tuvalet	3.0±1.7	3.0	1.0-7.0
	Banyo, duş	3.0±1.7	3.0	1.0-7.0
	Yer değiştirme	6.0±3.5	5.5	2.0-14.0
Barthel İndeksi	Yürüme, tekerlekli sandalye	3.1±1.7	3.0	1.0-7.0
	Merdiven	2.9±1.1	2.0	1.0-7.0
	İletişim	8.1±3.8	8.0	2.0-14.0
	Anlama	4.2±1.9	4.0	1.0-7.0
	İfade edebilme	3.9±2.0	4.0	1.0-7.0
	Sosyal durum	10.1±5.8	9.0	3.0-21.0
	Sosyal katılım	3.3±1.9	3.0	1.0-7.0
	Problem çözme	3.3±1.9	3.0	1.0-7.0
	Hafıza	3.5±1.9	3.0	1.0-7.0
	Motor*	42.6±21.7	40.5	13.0-91.0
	Bilişsel**	18.3±9.4	18.0	5.0-35.0
	Toplam***	61.0±30.0	59.0	18.0-126.0
	Toplam puan	42.6±28.3	40.0	0.0-100.0

*Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği Motor, kendine bakım, sfinkter kontrolü, mobilite, yer değiştirme alt gruplarını kapsamaktadır.

**Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği Bilişsel, iletişim, sosyal durum alt gruplarını kapsamaktadır.

***Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği Toplam FBÖ Motor ve FBÖ Bilişsel ana bölümlerini kapsamaktadır.

Tablo 4.1.3.'de inmeli hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi puan ortalamalarının dağılımı yer almaktadır.

İnmeli hastalar, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği alt boyutlarından kendine bakım 19.9±9.8, sfinkter kontrolü 7.4±4.2, mobilite 9.2±5.3, yer değiştirme 6.0±3.5, iletişim 8.1±3.8, sosyal durum 10.1±5.8 toplam puan ortalamalarını almıştır. Hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ana bölümleri olan Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği Motor ve Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği Bilişselden ise sırayla 42.6±21.7 ve 18.3±9.4 puan aldıkları görülmektedir.

Hastaların Barthel İndeksi'nden aldıkları toplam puan ortalaması 42.6±28.3'dir.

4.2. Bakım Verenlerin Sosyodemografik ve Bakım Verme Deneyimine İlişkin Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı

Tablo 4.2.1. Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (N=100)

Sosyo-demografik özellikler		Sayı	%
Yaş (Ort±SS=50.5±12.7, Min.=18.0, Maks.=74.0)	18-49	45	45.0
	50 ve üzeri	55	55.0
Cinsiyet	Kadın	68	68.0
	Erkek	32	32.0
Medeni durum	Evli	80	80.0
	Evli değil	20	20.0
Çocuk durumu	Var	83	83.0
	Yok	17	17.0
Çocuk sayısı (n=83)	1-2	52	62.6
	3-4	26	31.3
	5 ve üstü	5	6.0
Eğitim	İlköğretim ve altı	49	49.0
	Ortaöğretim ve üzeri	51	51.0
Çalışma durumu	Çalışan	35	35.0
	Çalışmayan	65	65.0
Gelir durumu	Gelir giderden az	21	21.0
	Gelir gidere eşit ve giderden fazla	79	79.0
Hastaya yakınlık durumu	Yakını	99	99.0
	Yakını değil	1	1.0
Hastaya yakınlık derecesi (n=99)	Eş	36	36.3
	Çocuk	39	39.3
	Anne/baba	10	10.1
	Akraba	14	14.1
Birlikte yaşama durumu	Evet	73	73.0
	Hayır	27	27.0

Tablo 4.2.1.'de bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı gösterilmektedir. Bakım verenlerin yaş ortalaması 50.5±12.7 yıl olup, yarısından fazlası 50 yaş ve üzeri yaş grubunda(%55.0), kadın (%68.0); çoğunluğu evli (%80.0) ve çocuk sahibidir (%83.0). Ayrıca bakım verenlerin çoğunluğunun gelir seviyesinin gidere eşit veya fazla olduğu (%79.0), yarısından fazlasının ortaöğretim ve üzeri bir okuldan mezun olup (%51.0), herhangi bir işte çalışmadığı (%65.0), tamamına yakınının hasta yakınlarından oluştuğu (%99.0) ve çoğunluğunun hastayla birlikte yaşadığı (%73.0) belirlenmiştir.

Tablo 4.2.2. Bakım Verenlerin Bakım Verme Deneyimine İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (N=100)

Bakım verme deneyimine ilişkin özellikler		Sayı	%
Bakım verme süresi (ay) (Ort±SS=17.4±24.1, Min.=1.0, Maks.=108.0)			
Bakım vermeye ilişkin deneyim durumu	Var	14	14.0
	Yok	86	86.0
Bakım vermeye ilişkin eğitim alma durumu	Evet	5	5.0
	Hayır	95	95.0
Bakım vermede kendisini yeterli görme durumu	Evet	75	75.0
	Hayır	25	25.0
Kendisini yeterli görmeyenlerin destek aldıkları kişiler (n=25)*	Aile	23	92.0
	Akraba	5	20.0
	Hemşire	4	16.0
Destek alınan konular (n=25)*	Bilgi desteği, maddi yardım	9	36.0
	Bakım desteği	23	92.0
	Psikolojik/ duygusal destek	11	44.0
Bakım vermede zorlanılan alanlar	Giyinme, hareket ettirme	37	37.0
	Beslenme, tuvalet, temizlik	41	41.0
	Pozisyon değişikliği, iletişim	30	30.0
	Hepsi	20	20.0

*Bir bakım veren birden fazla yanıt verdiği için n katlanmıştır.

Tablo 4.2.2.'de bakım verenlerin bakım verme deneyimine ilişkin özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Bakım verenlerin bakım verme süresinin ortalaması 17.4±24.1 ay olarak belirlenmiş, çoğunluğunun bakım vermeye ilişkin deneyimsiz olduğu (%86.0), bu konuda eğitimi olmadığı (%95.0), kendisini bakım vermede yeterli gördüğü (%75.0) belirlenmiştir. Bakım vermede kendisini yeterli görmeyenlerin çoğunluğu ailelerinden destek aldıklarını (%92.0) bildirmişlerdir. Ayrıca bakım verenlerin bakım vermede sıklıkla beslenme, tuvalet ve temizlik alanlarında (%41.0) zorlandıkları tespit edilmiştir.

Tablo 4.2.3. Bakım Verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Dağılımı (N=100)

Ölçekler	Alt Boyutlar	Ort±SS	Ortanca	Min-Maks.
SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği	Emosyonel rol fonksiyonu	46.7±44.4	33.3	0.0-100.0
	Fiziksel rol fonksiyonu	46.7±44.4	50.0	0.0-100.0
	Yaşamsallık	46.9±22.6	45.0	5.0-100.0
	Genel sağlık algısı	51.7±22.7	52.0	5.0-100.0
	Mental sağlık	53.8±19.1	52.0	12.0-96.0
	Ağrı	56.5±26.2	52.0	0.0-100.0
	Sosyal fonksiyon	60.2±20.8	62.5	12.5-100.0
	Fiziksel fonksiyon	70.4±29.9	77.5	0.0-100.0
Bakım Verme Yüğü Ölçeği	Toplam puan	39.2±13.8	40.5	13.0-80.0
		Sayı	%	
	Hiç/az yük (0-20 puan)	12	12.0	
	Hafif/orta yük (21-40 puan)	38	38.0	
	Orta/ileri yük (41-60 puan)	6	6.0	
	Aşırı yük (61-88 puan)	44	44.0	

Tablo 4.2.3’de bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği toplam puan ortalamalarının dağılımı gösterilmektedir.

Tablo 4.2.3’e göre bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, bakım verenlerin emosyonel rol fonksiyonu ve fiziksel rol fonksiyonu alt boyutundan 46.7±44.4, yaşamsallık alt boyutundan 46.9±22.6, genel sağlık algısı alt boyutundan 51.7±21.22.7, mental sağlık alt boyutundan 53.8±19.1, ağrı alt boyutundan 56.5±26.2, sosyal fonksiyon alt boyutundan 60.2±20.8 ve fiziksel fonksiyon alt boyutundan 70.4±29.9 puanlarını aldığı görülmüştür.

Tablo 4.2.3’e göre bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği değerleri incelendiğinde ölçek toplam puanının 39.2±13.8 olduğu tespit edilmiştir.

4.3. İnmeli Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikleri İle Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılması Sonucu Elde Edilen Bulguların Dağılımı

Tablo 4.3.1.İnmeli Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikleri ile Bakım Verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=100)

Değişkenler	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği								Bakım Verme Yükü Ölçeği
	Emosyonel rol fonksiyonu	Fiziksel rol Fonksiyonu	Yaşamsallık	Genel sağlık algısı	Mental sağlık	Ağrı	Sosyal fonksiyon	Fiziksel fonksiyon	
Cinsiyet									
Kadın	46.8±46.5	47.0±44.9	44.6±19.6	52.8±16.4	54.0±16.7	60.2±24.4	64.2±21.1	72.8±27.8	40.8±10.6
Erkek	45.9±46.2	46.5±44.5	48.6±24.7	51.0±26.5	53.7±20.7	53.7±27.7	57.3±20.4	68.7±31.4	38.0±15.6
t*/z**	-0.30	-0.240	-0.996	0.390	0.053	-1.290	-1.575	-0.622	0.999
p	0.976	0.810	0.319	0.697	0.958	0.197	0.115	0.534	0.320
Medeni durum									
Evli	45.2±45.7	45.0±43.9	44.9±45.0	49.6±22.3	51.9±17.9	52.7±24.7	60.4±20.9	69.8±30.7	40.1±13.8
Evli değil	50.8±48.8	53.9±47.3	55.5±45.0	60.8±22.9	62.1±22.0	72.6±27.9	59.2±21.1	72.8±26.6	35.4±13.1
t/z	-0.552	-0.791	-1.465	-1.958	-2.121	-1.373	-0.223	-0.407	1.333
p	0.581	0.429	0.143	0.053	0.036	0.170	0.823	0.684	0.186
Eğitim durumu									
İlköğretim ve altı ortaöğretim ve üzeri	40.7±45.7	43.6±43.9	45.0±21.2	49.5±21.4	52.2±18.4	53.8±25.5	59.1±19.9	69.0±30.2	41.3±13.3
t/z	55.8±45.8	52.0±45.4	50.1±24.9	55.5±24.7	56.6±20.1	61.0±27.5	62.1±22.5	72.8±29.5	35.7±14.0
p	-1.546	-0.802	-1.180	-1.266	-1.112	-1.373	-0.711	-0.640	1.972
	0.122	0.423	0.238	0.208	0.269	0.170	0.477	0.522	0.051
Çalışma durumu									
Çalışan	56.1±47.2	48.6±48.2	56.3±22.1	56.6±27.0	58.3±19.2	59.9±25.2	65.7±20.7	68.4±37.7	33.6±17.0
Çalışmayan	44.0±45.8	46.2±43.8	44.7±22.3	50.6±21.7	52.8±19.0	55.7±26.8	58.9±20.8	70.9±28.0	40.5±12.7
t/z	-0.970	-0.195	-2.198	1.047	1.126	-0.763	-1.424	-0.290	-1.984
p	0.332	0.845	0.028	0.298	0.263	0.446	.155	0.772	0.050
Gelir durumu									
Gelir giderden az	48.4±45.6	46.5±43.1	50.6±22.5	52.5±24.0	56.9±21.4	55.7±30.4	59.6±23.1	67.5±26.5	38.0±15.2
Gelir gidere eşit veya fazla	45.7±46.5	46.7±45.1	45.8±22.7	51.5±22.5	53.0±18.4	56.7±25.4	23.1±20.3	71.2±30.8	39.6±13.4
t/z	-0.212	-0.040	-0.953	0.182	0.841	-0.088	-0.317	-0.686	-0.465
p	0.832	0.968	0.341	0.856	0.403	0.930	0.751	0.493	0.643
İnme tipi									
İskemik	48.8±46.4	49.4±44.5	46.5±22.4	52.7±22.4	53.5±18.4	55.9±25.8	59.5±21.5	71.7±27.8	39.8±13.7
Hemorajik	33.3±43.8	32.8±42.5	49.0±24.5	46.4±24.5	55.7±22.9	59.6±30.1	64.0±17.00	63.7±39.5	35.9±14.0
t/z	-1.186	-1.220	-0.279	1.020	-0.425	-0.052	-0.645	-0.194	1.050
p	0.236	0.222	0.781	0.310	0,672	0.958	0.519	0.846	0.296

*t= Independent Samples t test, **z=Mann Whitney-U Test, ***F=One-Way ANOVA, ****χ²=Kruskal-Wallis

Tablo 4.3.1.'de inmeli hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi özellikleri ile bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Hastaların cinsiyetlerine göre bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, grupların

puanlarının birbirine yakın olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görölmüştür ($p>0.05$).

Hastaların medeni durumlarına göre bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, bakım verenlerin yaşam kalitesinin mental sağlık alanında evli olmayan hastaların evli olanlara göre daha yüksek puan ortalamaları aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($z=-2.121$, $p=0.036$).

Hastaların medeni durumlarına göre bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, grupların puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Hastaların eğitim durumlarına göre bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, grupların puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görölmüştür ($p>0.05$).

Hastaların çalışma durumlarına göre bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, bakım verenlerin yaşam kalitesinin yaşamsallık alanı dışındaki tüm alanlarında gruplar arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p>0.05$). Yaşamsallık alanında ise herhangi bir işte çalışan hastaların bakım verenlerinin çalışmayan hastaların bakım verenlerine göre daha yüksek puan aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görölmüştür ($z=-2.198$, $p=0.028$).

Hastaların çalışma durumlarına göre bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, herhangi bir işte çalışan hastaların bakım verenlerinin çalışmayan hastaların bakım verenlerine göre daha düşük puan ortalamaları aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($t=-1.984$, $p=0.050$).

Hastaların gelir durumuna göre bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, grupların puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Hastalarda görülen inme tipine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, grupların puanlarının birbirine yakın olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür($p>0.05$).

Tablo 4.3.2. İnmeli Hastaların Yaş, Hastalık Süresi, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi Puan Ortalamaları İle Bakım Verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiler (N=100)

Değişkenler	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği								Bakım Verme Yüğü Ölçeği
	Emosyonel rol fonksiyonu	Fiziksel rol fonksiyonu	Yaşamsalılık	Genel sağlık algısı	Mental sağlık	Ağrı	Sosyal fonksiyon	Fiziksel fonksiyon	
Yaş									
r	-0.001	0.029	-0.064	-0.040	0.027	0.008	-0.090	-0.039	0.066
p	0.991	0.772	0.524	0.690	0.793	0.938	0.373	0.700	0.512
Hastalık süresi (ay)									
r	-0.123	-0.156	-0.049	-0.200	-0.100	-0.177	0.017	-0.137	0.108
p	0.221	0.121	0.628	0.047	0.323	0.078	0.865	0.174	0.284
Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği									
r	0.152	0.148	0.045	0.222	0.151	0.148	0.076	0.187	-0.278
p	0.132	0.142	0.655	0.026	0.134	0.142	0.452	0.063	0.005
Barthel İndeksi									
r	0.182	0.170	0.084	0.181	0.135	0.169	0.067	0.140	-0.232
p	0.070	0.091	0.408	0.072	0.180	0.092	0.510	0.164	0.020

Tablo 4.3.2’de inmeli hastaların yaş, hastalık süresi, Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi ortalamaları ile bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkiler yer almaktadır.

Tablo 4.3.2’ye göre inmeli hastaların yaş ortalamaları ile bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 4.3.2’ye göre inmeli hastaların hastalık süre ortalamaları ile bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından genel sağlık algısı puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=-0.200$, $p=0.047$). Buna göre inmeli hastaların hastalık süresi

ortalamları arttıkça bakım verenlerin yaşam kalitesinin genel sağlık algısı alanı puan ortalamları azalmaktadır.

Tablo 4.3.2'ye göre inmeli hastaların hastalık süre ortalamları ile bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.3.2'ye göre inmeli hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeğı puan ortalamları ile bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı alt boyutlarından genel sağlık algısı puan ortalamları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($r=0.222$, $p=0.026$). Buna göre inmeli hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeğı puan ortalamları arttıkça bakım verenlerin genel sağlık algısı puan ortalaması artmaktadır.

Tablo 4.3.2'ye göre inmeli hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeğı puan ortalamları ile bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0.278$, $p=0.005$). Buna göre inmeli hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeğı puan ortalamları azaldıkça bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamları artmaktadır.

Tablo 4.3.2'ye göre inmeli hastaların Barthel İndeksi puan ortalamları ile bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı puan ortalamları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 4.3.2'ye göre inmeli hastaların Barthel İndeksi puan ortalamları ile bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=-0.232$, $p=0.020$). Buna göre inmeli hastaların Barthel İndeksi puan ortalamları azaldıkça bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamları artmaktadır.

4.4. Bakım Verenlerin Sosyodemografik ve Bakım Verme Deneyimine İlişkin Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması Sonucu Elde Edilen Bulguların Dağılımı

Tablo 4.4.1. Bakım Verenlerin Sosyodemografik ve Bakım Verme Deneyimine İlişkin Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (N=100)

Değişkenler	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği								Bakım Verme Yükü Ölçeği
	Emosyonel rol fonksiyonu	Fiziksel rol fonksiyonu	Yaşamsallık	Genel sağlık algısı	Mental sağlık	Ağrı	Sosyal fonksiyon	Fiziksel fonksiyon	
Cinsiyet									
Kadın	41.1±46.7	40.8±45.2	43.8±23.6	48.0±23.0	52.0±19.4	52.9±26.6	56.0±45.2	78.2±31.5	40.3±14.6
Erkek	57.2±44.1	59.3±40.5	53.4±19.4	59.6±20.3	57.8±18.0	64.0±24.8	69.1±40.5	59.3±24.7	37.0±11.7
t*/z**	-1.580	-2.004	-2.279	-2.425	-1.442	-2.137	-2.999	-1.389	1,108
p	0.114	0.045	0.023	0.017	0,152	0.033	0.003	0.165	0,270
Medeni durum									
Evli	46.6±45.8	46.5±44.2	48.0±21.9	50.1±22.6	53.4±18.3	56.6±25.3	61.0±21.4	71.0±28.5	39.7±13.9
Evli değil	45.0±48.6	47.5±46.5	42.5±25.7	57.1±26.2	57.3±18.9	56.0±31.0	56.8±18.7	68.0±35.6	36.8±11.5
t/z	-1.085	-1.299	-0.718	-1.072	-0.759	-1.587	-0.093	-1.446	0.757
p	0.278	0.194	0.473	0.286	0.450	0.112	0.926	0.148	0.451
Çocuk varlığı									
Var	44.9±46.1	45.1±44.9	45.8±23.0	50.3±21.8	53.2±19.3	54.3±25.9	60.0±20.1	69.9±30.7	39.8±14.1
Yok	52.9±47.2	54.4±42.6	52.3±20.9	58.8±26.5	57.1±17.9	67.2±27.2	61.0±24.9	77.0±25.3	36.2±11.7
t/z	-0.810	-1.001	-0.834	-1.422	-0.779	-1.625	-0.172	-1.233	0.972
p	0.418	0.317	0.404	0.158	0.438	0.104	0.863	0.217	0.334
Eğitim									
İlköğretim ve altı	36.0±46.5	35.7±45.3	40.1±19.6	44.8±21.6	48.8±17.1	49.8±25.7	55.1±18.2	62.7±33.0	44.2±13.3
Ortaöğretim ve üzeri	56.2±43.9	57.3±41.3	53.5±23.6	58.3±22.1	58.6±19.8	62.9±25.7	65.1±22.2	77.8±24.6	34.5±12.6
t/z	-2.203	-2.640	-2.843	-3.085	-2.631	-2.436	-2.336	-2.063	3.731
p	0.028	0.008	0.004	0.003	0.010	0.015	0.019	0.039	0.000
Çalışma durumu									
Çalışan	60.0±44.1	63.5±40.3	49.5±21.2	63.2±21.3	55.6±19.5	64.0±23.0	63.9±18.6	79.5±25.6	36.7±12.3
Çalışmayan	38.9±45.8	37.6±44.2	44.5±23.4	45.6±21.2	52.9±18.9	52.4±27.4	58.2±21.9	65.5±31.0	40.6±14.4
t/z	-2.207	-2.978	-1.085	3.945	0.681	-2.228	-1.443	-2.259	-1.327
p	0.027	0.003	0.278	0.000	0.498	0.026	0.149	0.024	0.187
Gelir durumu									
Gelir giderden az	53.9±44.0	55.9±43.9	56.4±24.7	57.6±23.1	61.9±19.1	61.7±28.7	61.9±23.8	73.8±23.0	36.4±14.8
Gelir gidere eşit veya fazla	44.3±46.7	44.3±44.5	44.4±21.5	50.2±22.5	51.7±18.6	55.1±25.8	59.8±20.1	69.5±31.5	40.0±1.5
t/z	-0.793	-1.125	-1.858	1.331	2.207	-1.221	-0.082	-0.301	-1.040
p	0.428	0.261	0.063	0.186	0.030	0.222	0.935	0.764	0.301
Bakım vermeye ilişkin deneyim durumu									
Var	44.9±46.2	43.0±43.8	45.4±21.1	65.7±23.1	62.8±21.8	53.9±25.8	59.4±20.5	68.6±30.7	34.5±15.3
Yok	54.7±46.4	69.6±42.9	56.0±29.6	49.4±22.0	52.4±18.3	72.2±25.2	65.1±23.0	81.7±21.7	40.0±13.4
t/z	-0.688	-1.560	-1.227	-2.551	-1.921	-2.401	-0.893	-1.560	1.397
p	0.491	0.047	0.220	0.012	0.058	0.016	0.372	0.119	0.165
Bakım vermeye ilişkin eğitim alma durumu									
Evet	66.6±23.5	70.0±20.9	59.0±36.2	74.2±14.3	75.2±19.0	57.4±25.8	47.5±16.2	79.0±18.1	36.2±9.2
Hayır	44.6±46.7	44.9±44.9	46.7±21.6	50.5±22.6	53.0±18.4	56.4±26.7	60.7±21.9	69.6±30.3	39.3±14.0
t/z	-0.978	1.125	-0.819	2.303	2.615	-0.113	-1.428	-0.534	-0.490
p	0.328	0.260	0.413	0.023	0.010	0.910	0.153	0.593	0.625

Veriler Ort±SS şeklinde sunulmuştur>

*t= Independent Samples t test, **z=Mann Whitney-U Test

Tablo 4.4.1.'de bakım verenlerin sosyodemografik ve bakım verme deneyimine ilişkin özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması yer almaktadır.

Bakım verenlerin cinsiyetlerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ortalama puanları incelendiğinde, bakım verenlerin yaşam kalitesinin emosyonel rol fonksiyonu, mental sağlık ve fiziksel fonksiyon alanlarında grupların puanları arasındaki farkın anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Bakım veren kadınların, yaşam kalitesinin fiziksel rol fonksiyonu ($z=-2.004$, $p=0.045$), yaşamsallık ($z=-2.279$, $p=0.023$), genel sağlık ($t=-2.425$, $p=0.017$), ağrı ($z=-2.137$, $p=0.033$) ve sosyal fonksiyon alanlarında ($z=-2.999$, $p=0.003$) erkeklere göre daha düşük puan ortalamaları aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Bakım verenlerin cinsiyetlerine göre Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, grupların puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bakım verenlerin medeni durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, grupların puanlarının birbirine yakın olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bakım verenlerin çocuk varlığı durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, grupların puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bakım verenlerin eğitim durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, eğitim seviyesi ortaöğretim ve üzerinde olan bakım verenlerin, emosyonel rol fonksiyonu ($z=-2.203$, $p=0.028$), fiziksel rol fonksiyonu ($z=-2.640$, $p=0.008$), yaşamsallık ($z=-2.843$, $p=0.004$), genel sağlık ($t=-3.085$, $p=0.003$), mental sağlık ($t=-2.631$, $p=0.010$), ağrı ($z=-2.436$, $p=0.015$), sosyal fonksiyon ($z=-2.336$, $p=0.019$) ve fiziksel fonksiyon ($z=-2.063$, $p=0.039$) olmak üzere yaşam kalitesinin tüm alanlarında, eğitim seviyesi ilköğretim ve altında olanlara göre daha yüksek puan ortalamaları aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Bakım verenlerin eğitim durumlarına göre Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, eğitim seviyesi ortaöğretim ve üzerinde olan bakım

verenlerin, eğitim seviyesi ilköğretim ve altında olanlara göre daha yüksek puan ortalamaları aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($t=3.731$, $p=0.000$).

Bakım verenlerin çalışma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, herhangi bir işte çalışan bakım verenlerin, yaşam kalitesinin tüm alanlarında çalışmayanlara göre puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bakım verenlerin yaşam kalitesinin emosyonel rol fonksiyonu ($z=-2.207$, $p=0.027$), fiziksel rol fonksiyonu ($z=-2.978$, $p=0.003$), genel sağlık ($t=3.945$, $p=0.000$), ağrı ($z=-2.228$, $p=0.026$) ve fiziksel fonksiyon ($z=-2.259$, $p=0.024$) alanlarında, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Bakım verenlerin çalışma durumlarına göre Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, grupların puanlarının birbirine yakın olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Bakım verenlerin gelir durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ortalama puanları incelendiğinde, gelir seviyesi giderinden az olan bakım verenlerin, yaşam kalitesinin mental sağlık alanında gelir seviyesi giderine eşit ya da fazla olanlara göre daha yüksek puan ortalamaları aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($t=2.207$, $p=0.030$).

Bakım verenlerin gelir durumuna göre Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, grupların puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bakım verenlerin bakım vermeye ilişkin deneyim durumuna göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, bakım vermede deneyimli olanların yaşam kalitesinin fiziksel rol fonksiyonu ($z=-1.560$, $p=0.047$) ve ağrı ($z=-2.401$, $p=0.016$) alanlarında deneyimsizlere göre daha düşük puan ortalamaları aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Bakım vermede deneyimli olan bakım verenlerin, yaşam kalitesinin genel sağlık algısı ($t=-2.551$, $p=0.012$) alanında ise, deneyimsizlere göre daha yüksek puan ortalamaları aldıkları görülmüş, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Bakım verenlerin bakım vermeye ilişkin deneyim durumuna göre Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamaları incelendiğinde, grupların puanlarının birbirine yakın olduğı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$).

Bakım verenlerin bakım vermeye ilişkin eğitim alma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı puan ortalamaları incelendiğinde, eğitim alan bakım verenlerin, yaşam kalitesinin genel sağlık ($t=2.303$, $p=0.023$) ve mental sağlık ($t=2.615$, $p=0.010$) alanlarında, eğitim almayanlara göre daha yüksek puan ortalamaları aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

Bakım verenlerin bakım vermeye ilişkin eğitim alma durumlarına göre Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamaları incelendiğinde, grupların puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p>0.05$).

Tablo 4.4.2.Bakım Verenlerin Yaş ve Bakım Verme Süresi Ortalamaları ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı ve Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puan Ortalamaları Arasındaki İlişkiler (N=100)

Değişkenler	SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği								Bakım Verme Yüğü Ölçeği
	Emosyonel rol fonksiyonu	Fiziksel rol fonksiyonu	Yaşamsallık	Genel sağlık algısı	Mental sağlık	Ağrı	Sosyal fonksiyon	Fiziksel fonksiyon	
Bakım veren yaş									
r	-0.121	-0.150	-0.098	-0.305	-0.046	-0.214	-0.092	-0.184	0.029
p	0.230	0.136	0.332	0.002	0.649	0.033	0.361	0.068	0.775
Bakım veren bakım verme süresi (ay)									
r	-0.170	-0.199	0.108	-0.230	-0.100	-0.235	0.033	-0.176	0.095
p	0.092	0.047	0.286	0.022	0.323	0.019	0.742	0.080	0.347

Tablo 4.4.2’de bakım verenlerin yaş ve bakım verme süre ortalamalarının SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı ve Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamaları ile arasındaki ilişkiler yer almaktadır.

Tablo 4.4.2’ye göre bakım verenlerin yaş ortalamaları ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı alt boyutlarından genel sağlık algısı ($r=-0.305$, $p=0.002$) ve ağrı ($r=-0.214$, $p=0.033$) puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı

bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna göre bakım verenlerin yaş ortalamaları arttıkça yaşam kalitesi alanlarından genel sağlık algısı ve ağrı puan ortalamaları azalmaktadır.

Tablo 4.4.2'ye göre bakım verenlerin yaş ortalamaları ile Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 4.4.2'ye göre bakım verenlerin bakım verme süresi ortalamaları ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeğı alt boyutlarından fiziksel rol fonksiyonu ($r=-0.199$, $p=0.047$), genel sağlık algısı ($p=-0.230$, $r=0.022$) ve ağrı ($r=-0.235$, $p=0.019$) puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Buna göre bakım verenlerin bakım verme süresi ortalamaları arttıkça yaşam kalitesi alanlarından fiziksel rol fonksiyonu, genel sağlık algısı ve ağrı puan ortalamaları azalmaktadır.

Tablo 4.4.2'ye göre bakım verenlerin bakım verme süreleri ile Bakım Verme Yüğü Ölçeğı puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmaya katılan 100 inmeli hasta ve 100 bakım verenden elde edilen bulguların literatür bilgileriyle karşılaştırmalarına ve tartışmalarına yer verilmiştir.

5.1. İnmeli Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikleri ile Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada inmeli hastaların yaş ortalamaları 65.2 ± 15.2 yıl olarak belirlenmiştir (Tablo 4.1.1). İnmeli hastalarla yapılan çalışmalarda yaş ortalamalarının bizim çalışmamızla benzer olduğu görülmüştür. Literatüre göre yaş, inme ile ilgili en önemli risk faktörü olup, inmeli hastaların büyük çoğunluğu yaşlı bireylerdir (%70) (13, 29, 33, 37).

Araştırmada inmeli hastaların yarısından fazlasının erkek olduğu (%58.0) belirlenmiştir (Tablo 4.1.1). Literatüre göre inme insidansı 55-64 yaşları arasında erkeklerde kadınlara göre 2-3 kat daha yüksektir ve 85 yaşına doğru bu fark azalmaktadır (19). İnmeli hastalarla yapılan çalışmalarda inmenin erkeklerde daha fazla görüldüğü belirlenmiş, bizim çalışmamızın literatürle uyumlu olduğu görülmüştür (43, 52, 65, 66).

Araştırmada inmeli hastaların çoğunluğunun evli (%81.0), ilköğretim ve altı eğitim seviyesine sahip olduğu (%63.0), çalışmadığı (%81.0), gelir seviyesinin gidere eşit ya da fazla olduğu (%78.0) ve sosyal güvencesinin olduğu (%94.0) görülmüştür (Tablo 4.1.1). Literatürde inmeli hastaların sosyodemografik özellikleriyle ilgili benzer verilere ulaşılmıştır (57).

Araştırmada inmeli hastaların inme tipi incelendiğinde iskemik inme tanısı alanların çoğunlukta olduğu (%81.0) belirlenmiştir (Tablo 4.1.2). Yılmaz ve ark. (67) çalışmalarında inmeli hastaların %74'ünün, Eskiuyurt ve ark. (68) %66.3'ünün, Raju ve ark. (69) %77.2'sinin iskemik inme tanısı aldığını bildirmişlerdir. Yapılan çalışmalara göre iskemik inmenin tüm inme olgularının %80'ini oluşturduğu belirtilmektedir. Bizim bulgularımızın da literatürle uyumlu olduğu görülmüştür.

Literatüre göre inme tipi prognoza etki eden faktörlerden biridir (34). İskemik inmede ilk 30 gün içinde yaşam oranı %85 iken, hemorajik inmede bu oran %20-52 arasında değişiklik göstermektedir. Ayrıca iskemik inmede birinci yılın sonunda hastaların yarısına yakını (%45-50), hemorajik inmede ise çoğunluğu (%75) fonksiyonel durumu bozularak günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale gelmektedirler (18, 34).

Araştırmada inmeli hastaların beyin lezyon alanları incelendiğinde, hastaların yarısından fazlasında sağ hemisferin etkilendiği (%51.0), daha az olarak da sol hemisfer (%39.0) ve bilateral (%10.0) tutulumunun olduğu görülmüştür (Tablo 4.1.2). Puymbroeck ve ark. (53) ile Dayapoğlu (64) tarafından yapılan çalışmada hastalarda en fazla sağ hemisfer tutulumunun olduğu belirtilmiştir. Bulgularımız literatürle uyumludur.

Araştırmada inmeli hastalarda eşlik eden hastalık durumu incelendiğinde, hastaların tanılarına en fazla hipertansiyon (%74.6), sonrasında diyabet (%59.1) ve koroner arter hastalığının (%12.6) eşlik ettiği görülmüştür (Tablo 4.1.2). Doğan ve ark. (19) ile Atlıg ve ark. (33)'nin inmeli hastalarda yaptıkları çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer verilere ulaşılmıştır (19, 33). Literatüre göre inme etiyolojisinde hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları, sigara, diyet, obezite, fiziksel inaktivite, orak hücreli anemi, asemptomatik karotis stenoza değiştirilebilir risk faktörleri olarak belirtilmiştir. Bununla birlikte birçok çalışmada hipertansiyon majör risk faktörü olarak gösterilmiştir (19, 21). Bizim bulgularımız da literatürle uyumludur.

Araştırmada inmeli hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, fonksiyonel durumları ölçek alt boyutlarını oluşturan bölümlerden yıkanma, alt taraf giyimi, tuvalet kullanımı ve merdiven kullanımında tam bağımlı; diğer tüm alt boyut bölümlerinde ise yarı bağımlı sınıfına girdiği görülmüştür. Ayrıca hastaların ölçekten aldıkları toplam puan 61.0 ± 30.0 olarak belirlenmiştir (Tablo 4.1.3). Atlıg ve ark. (33), inmeli hastalarda yaptıkları çalışmalarda hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği toplam puanını 72.90 ± 29.40 , Bagg ve ark. (70), 78.1 ± 24.7 , Ay ve ark. (71), 67.00 ± 26.20 , Yıldız ve ark. (72) 75.89 ± 22.1 olarak belirlemişlerdir. Çalışmamızda inmeli hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği toplam puanları yapılan çalışmalara göre daha düşük

bulunmuştur. Buna göre bizim çalışmamızda hastaların fonksiyonel durumları daha kötüdür.

Araştırmada hastaların Barthel İndeksinden aldıkları toplam puana göre fonksiyonel durumları, ileri derecede bağımlılığı göstermektedir (Tablo 4.1.3). Koçak (7) tarafından yapılan çalışmada inmeli hastaların Barthel İndeksi puanlarının bizim çalışmamızdan yüksek olduğu ve fonksiyonel durumlarının ileri derecede bağımlı olduğu bulunmuştur. Jaracz ve ark.'nın (45) yaptıkları çalışmada ise hastaların Barthel İndeksi toplam puanlarına göre tam bağımlı oldukları belirtilmiştir.

5.2.Bakım Verenlerin Sosyodemografik ve Bakım Verme Deneyimine İlişkin Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarına İlişkin Bulguların Tartışılması

Araştırmada bakım verenlerin yaş ortalamaları 50.5 ± 12.7 olarak belirlenmiş olup, çoğunluğunun kadın olduğu (%68.0) görülmüştür (Tablo 4.2.2). İnmeli hastalara bakım verenlerde yapılan çalışmalarda benzer verilere ulaşılmıştır (9, 10).

Araştırmada bakım verenlerin çoğunluğunun evli (%80.0), çocuk sahibi (%83.0) olduğu, yarısından fazlasının eğitim seviyesinin ortaöğretim ve üzerinde olduğu (%51.0) ve çoğunluğunun çalışmadığı (%65.0) görülmüştür (Tablo 4.2.1). İnmeli hastalara bakım verenlerde yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar bulunmuştur (7, 14, 42).

Araştırmada bakım verenlerin çoğunluğunun hasta yakını olduğu (%99.0) ve hastaların eş (%35.6) ve çocuklarından oluştuğu (%38.6) görülmüştür (Tablo 4.2.1). McCullagh ve ark. (45) ile Jaracz ve ark. (13) çalışmalarında bakım verenlerin çoğunluğunun hastaların eşlerinden oluştuğunu (%57) bildirmişlerdir. Çalışmamızda literatürle benzer şekilde hasta bireyin bakımının aile bireyleri tarafından verildiği belirlenmiştir.

Araştırmada bakım verenlerin çoğunluğunun hastayla birlikte yaşadığı (%73.0) belirlenmiştir (Tablo 4.2.1). White ve ark. (14) tarafından yapılan çalışmada bakım verenlerinin çoğunluğunun hastayla birlikte yaşadığı (%75) bildirilmektedir.

Yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (7, 57, 81). Literatürde bakım verenlerin bakım için hastayla uzun süreler geçirdikleri, bakım için ayrılan süre arttıkça bakım verenlerin kendilerine ayrılan sürenin azaldığı ve bunun da günlük yaşamlarında sorunlara neden olduğu belirtilmektedir (7).

Araştırmada bakım verenlerin bakım verme süresi ortalamaları 17.4 ± 24.1 ay olarak belirlenmiş olup, çoğunluğunun bakım vermeye ilişkin deneyimlerinin olmadığı (%86.0), eğitim almadığı (%95.0) belirlenmiştir (Tablo 4.2.2). Buna karşın bakım verenlerin çoğunluğu kendilerini yeterli gördüklerini (%75.0) ifade etmişlerdir. Koçak (7) çalışmasında bakım verenlerin yarısına yakınının bakım verme sürelerinin 37 ay ve üzeri olduğunu (%48.6), çoğunluğunun çalışmamızla benzer şekilde bakım vermeye ilişkin eğitim almadığını (%91.7) ve yarısından fazlasının bakım vermede kendisini kısmen yeterli gördüğünü (%54.8) belirlemiştir. Aşiret ve Kapucu (55) inmeli hastalara bakım verenlerde yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin yarısına yakınının (%47.1) bakım verme sürelerinin 24 ay ve üzerinde olduğunu; Kalav (73), çalışmasında bakım verenlerin bakım verme sürelerinin sıklıkla 2-6 ay arasında olduğunu, çoğunluğunun bakım vermeye ilişkin deneyiminin bulunmadığını (%69.2); Morimoto ve ark. (52) çalışmalarında bakım verenlerin yarısından fazlasının (%57.9) bakım verme sürelerinin 24 aydan daha az bir süre olduğunu bildirmişlerdir.

Araştırmada bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, bakım verenler yaşam kalitesinin emosyonel rol fonksiyonu ve fiziksel rol fonksiyonu alanlarında en az, fiziksel fonksiyon alanında ise en çok puanı almıştır (Tablo 4.2.3). Buna göre bakım verenlerin yaşam kalitesi fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, mental sağlık, ağrı ve genel sağlık algısı alanlarında orta düzey ve üzerinde, fiziksel rol fonksiyonu, emosyonel rol fonksiyonu ve yaşamsallık alanlarında ise orta düzeyin altındadır. Morimota ve ark. (52) çalışmalarında bakım verenler yaşam kalitesinin genel sağlık algısı alanında en düşük puanı almışlar, ağrı, fiziksel fonksiyon ve sosyal fonksiyon alanlarında ise bizim bulgularımızla benzer şekilde en yüksek puanları almışlardır. McPherson ve ark. (74) inmeli hastalara bakım verenlerde yaptıkları çalışmada bakım verenlerin yaşam kalitesi alanlarının tümünde bakım verenlerin aldıkları puan ortalamalarının sağlıklı gruba göre daha

düşük bulmuşlardır. Literatürde inmeli hastaların çoğunluğunun fonksiyonel durumlarının önemli ölçüde etkilenmesi ve hastaların bağımlı hale gelmeleri nedeniyle uzun dönem bakım gerektirdiği; bu durumun bakım verenlerde fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik birçok probleme neden olarak yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği belirtilmektedir (13). Çalışmamızda literatürle benzer şekilde bakım verenlerin yaşam kalitelerinin önemli ölçüde etkilendiği görülmüştür.

Araştırmada bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, bakım verenlerin yarısına yakınının (%44.0) aşırı yük yaşadığı görülmüştür (Tablo 4.2.3). Literatüre göre inmenin ani başlangıcı ve uzun dönem etkileri hastanın ve bakım verenlerinin rol ve sorumluluklarında geçici ya da kalıcı değişiklikler meydana getirmekte ve bakım verenlerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyerek bakım yüküne sebep olmaktadır (43). Mollaoğlu ve ark. (42), çalışmalarında bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puanlarının 33.02 ± 15.92 olduğunu, Carod-Artal ve ark. (75), 27.2 ± 12.8 olduğunu ve bakım verenlerin %26.6'sının aşırı yük yaşadığını bildirdiler. White ve ark. (76) inmeli hastaların bakım verenlerinde görülen bakım yükünü hastalığın birinci ve ikinci yıllarında değerlendirmişler, Bakım Verme Yüğü Ölçeği puanlarının birinci yılın sonunda 24.0 ± 16.1 , ikinci yılın sonunda 26.1 ± 19.9 olduğunu bildirmişlerdir. Buna göre literatürde bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puanları bizim çalışmamızdan daha düşük bulunmuştur.

5.3. İnmeli Hastaların Sosyodemografik ve Tıbbi Özellikleri İle Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi Puan Ortalamalarının Bakım Verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamaları İle Karşılaştırılmasının Tartışılması

İnmeli hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği Puan Ortalamaları ile karşılaştırıldığında; hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, inme tipinin bakım verenlerin yaşam kalitesine etkisi olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$) (Tablo 4.3.1, Tablo 4.3.2). Jönsson ve ark. (51) çalışmalarında bizim çalışmamızdan farklı olarak hastaların kadın olmasının bakım

verenlerin yaşam kalitesinin yaşamsallık ve mental sağlık alanlarını olumlu yönde etkilediğini bildirmişlerdir. Ayrıca hastaların yaşlarında görülen artışın bakım verenlerin yaşam kalitesinin sosyal fonksiyon ve yaşamsallık alanlarını olumsuz etkilediğini belirlemişlerdir.

Hastaların medeni durumlarına göre bakım verenlerin yaşam kaliteleri incelendiğinde, yaşam kalitesinin mental sağlık alanında evli olmayan hastalara bakım verenlerin evli olanların bakım verenlerine göre daha yüksek puan ortalamaları aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.3.1). Buna göre evli olmayan hastaların bakım verenlerinin yaşam kalitesinin mental sağlık alanının daha iyi olduğu tespit edilmiştir. Bu durum evli olmayan hastaların bakım verenlerinin bakım verme rollerinde evli olanlara göre daha bağımsız hareket edebilmeleriyle açıklanabilir. Literatürde bizim çalışmamızdan farklı olarak inmeli hastaların medeni durumlarının bakım verenlerin yaşam kalitesine etkisinin olmadığı tespit edilmiştir (13).

Araştırmada inmeli hastaların hastalık süre ortalamaları ile bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından genel sağlık algısı puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.3.1). Buna göre hastaların hastalık süreleri arttıkça bakım verenlerin yaşam kalitesi alanlarından genel sağlık algısı olumsuz etkilenmektedir. Bu durum literatürde, inmeli hastalara verilen uzun dönem bakımın, bakım verenlerde depresyon, stres, davranışsal ve bilişsel problemler, aile içi çatışmalar gibi birçok soruna neden olmasıyla açıklanmaktadır (50).

Araştırmada inmeli hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği puan ortalamaları ile bakım verenlerin SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından genel sağlık algısı puan ortalamaları arasında pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.3.2). Buna göre inmeli hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği puan ortalamaları arttıkça bakım verenlerin yaşam kalitesi alanlarından genel sağlık algısı olumlu etkilenmektedir. Bethoux ve ark. (80) çalışmalarında hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği toplam puanının bakım verenlerin yaşam kaliteleriyle ilişkili olduğunu belirlemişlerdir.

Araştırmada inmeli hastaların Barthel İndeksi puan ortalamalarına göre fonksiyonel durumları ile bakım verenlerin yaşam kaliteleri arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.3.2). Jönsson ve ark. (51) ise çalışmalarında bizim çalışmamızdan farklı olarak bakım verenlerin yaşam kalitelerinin sosyal fonksiyon, mental sağlık ve ağrı alanlarının hastaların fonksiyonel durumlarıyla pozitif yönde ilişkisinin olduğunu bildirmişlerdir. Literatüre göre hastaların fonksiyonel durumlarının daha iyi seviyelerde olması, bakımın sağlanmasında bakım verenlerin daha az rol almalarını ve bakımın getireceği yükü daha az hissetmelerini sağlamaktadır (7).

Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri ile Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, inme tipinin bakım verenlerin bakım yüküne etkisi olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.3.1, Tablo 4.3.2.). Hastaların çalışma durumlarının göre bakım verenlerin bakım yükü incelediğinde ise, bir işte çalışan hastaların bakım verenlerinin çalışmayan hastaların bakım verenlerine göre daha düşük puan ortalamaları aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.3.1). Buna göre çalışmayan hastaların bakım verenlerinin bakım vermeyle ilgili daha çok yük hissettikleri belirlenmiştir. Hastanın çalışmamasının bakım verenin ekonomik açıdan da hastadan sorumlu olmasını gerektirebileceği ve bu durumun bakım vereni ekonomik açıdan olumsuz etkileyerek bakımla ilgili hissedilen yükü artırdığı söylenebilir. Koçak (7), inmeli hastaların bakım verenlerinde yaptığı çalışmada hastaların yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence ve gelir düzeyi değişkenlerinin bakım verenlerin bakım yükünü etkilemediğini belirlemiştir. Reimer ve ark. (77) çalışmalarında hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, inme tipi gibi özelliklerinin bizim çalışmamızla benzer şekilde bakım verenlerin bakım yüküne etkisi olmadığını tespit etmişlerdir.

Araştırmada inmeli hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği ve Barthel İndeksi puan ortalamaları ile bakım verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.3.2). Buna göre inmeli hastaların fonksiyonel

durumları kötüleştikçe bakım verenlerin bakım yükü artmaktadır. Hastaların fonksiyonel durumları kötüleştikçe bakım verenlerin bakımla ilgili sorumluluklarının ve bakıma ayırdıkları zamanın artacağı ve bu durumun bakım yükünü olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir. Kalav (73) tarafından yapılan çalışmada hastaların Barthel İndeksi puanları ile bakım verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği puanları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu belirlenmiştir. Jaracz ve ark. (45) çalışmalarında çalışmamıza benzer şekilde inmeli hastaların düşük Barthel İndeksi puanlarının bakım verenlerin bakım yükünde artış ile ilişkili olduğunu belirlemişlerdir.

5.4. Bakım Verenlerin Sosyodemografik ve Bakım Verme Deneyimine İlişkin Özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Bakım verenlerin sosyodemografik ve bakım verme deneyimine ilişkin özellikleri ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; bakım verenlerin yaş ortalamaları ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından genel sağlık algısı ve ağrı puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.4.2). Buna göre bakım verenlerin yaş ortalamaları arttıkça yaşam kalitesi alanlarından genel sağlık algısı ve ağrı puan ortalamaları azalmaktadır. Yaşla birlikte fiziksel ve ruhsal hastalıkların görülme sıklığındaki artışın, bakım verenlerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği düşünülmektedir. McCullagh ve ark. (13) çalışmalarında bakım verenlerin yaşları ile yaşam kaliteleri arasında negatif yönlü bir ilişkinin olduğunu tespit etmişlerdir. Akosile ve ark. (79) çalışmalarında bizim çalışmamızdan farklı olarak genç gruptaki bakım verenlerin yaşam kalitelerinin fiziksel fonksiyon ve fiziksel rol fonksiyonu alanlarının diğer gruplara göre önemli ölçüde olumsuz yönde etkilendiğini belirlemişlerdir. McPherson ve ark. (74) çalışmalarında bakım verenlerin yaşları ile yaşam kaliteleri arasında güçlü bir ilişkinin olduğunu bildirmişlerdir.

Araştırmada bakım verenlerin cinsiyetlerine göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ortalama puanları incelendiğinde, bakım veren kadınların, yaşam kalitesinin fiziksel rol fonksiyonu, yaşamsallık, genel sağlık, ağrı ve sosyal fonksiyon alanlarında erkeklere göre daha düşük puan ortalamaları aldıkları ve bu farkın

istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.4.1). Literatürde kadın bakım verenlerin yaşam kalitelerinin erkeklere göre olumsuz etkilendiği belirtilmektedir. White ve ark. (76) çalışmalarında bakım veren kadınların yaşam kalitesinin sosyal fonksiyon, yaşamsallık ve mental sağlık alanlarında erkeklere göre daha düşük puanlar aldıklarını ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğunu tespit etmişlerdir. Bu durum, kadınların erkeklere oranla daha uzun sürelerle bakım veren rolünü üstlenmelerine ve kadınların çoğunlukla hastanın kişisel bakımında, erkeklerin ise ekonomik desteğin sağlanmasında rol almalarına bağlanmaktadır (40)

Araştırmada bakım verenlerin eğitim durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, eğitim seviyesi ortaöğretim ve üzerinde olan bakım verenlerin, yaşam kalitesinin tüm alanlarında, eğitim seviyesi ilköğretim ve altında olanlara göre daha yüksek puan ortalamaları aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.4.1). Carod-Artal ve ark. (75) çalışmalarında bakım verenlerin eğitim seviyelerinin yaşam kaliteleriyle ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Literatüre göre eğitim seviyesi daha yüksek olan bakım verenlerin sağlık problemleri ve bakım verme sırasında yaşanan güçlüklerle daha iyi baş edebilmeleri bu durumu açıklamaktadır (40).

Araştırmada bakım verenlerin çalışma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, herhangi bir işte çalışan bakım verenlerin yaşam kalitesinin emosyonel rol fonksiyonu, fiziksel rol fonksiyonu, genel sağlık, ağrı ve fiziksel fonksiyon alanlarında, çalışmayanlara göre puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.4.1). Literatürde bu durum, bakım verenlerin hastanın ekonomik olarak desteklenmesi konusunda sorumluluklarının arttığı ve çalışan bireylerin bu durumla baş etmelerinin daha kolay olacağı şeklinde açıklanmaktadır (73). Kalav (73) çalışmasında bakım verenlerin çoğunluğunun çalışmadığını (%83), yaşam kalitesi puan ortalamalarının çalışanlara göre daha düşük olduğu fakat gruplar arasında anlamlı fark bulunmadığını bildirmiştir.

Araştırmada bakım verenlerin gelir durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği ortalama puanları incelendiğinde, gelir seviyesi giderinden az olan bakım verenlerin, yaşam kalitesinin mental sağlık alanında gelir seviyesi giderine eşit ya da

fazla olanlara göre daha yüksek puan ortalamaları aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.4.1). Kalav (73) tarafından yapılan çalışmada bakım verenlerin gelir durumlarının yaşam kalitelerini etkilemediği bildirilmiştir.

Araştırmada bakım verenlerin bakım verme süre ortalamaları ile SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği alt boyutlarından fiziksel rol fonksiyonu, genel sağlık algısı ve ağrı puan ortalamaları arasında negatif yönlü istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4.2). Buna göre bakım verenlerin bakım verme süresi ortalamaları arttıkça yaşam kalitesi alanlarından fiziksel rol fonksiyonu, genel sağlık algısı ve ağrı puan ortalamaları azalmaktadır. Literatüre göre uzun bakım verme sürelerinin bakım verenlerde yorgunluk, halsizlik, uykusuzluk, stres gibi fiziksel ve psikolojik sorunlara neden olduğunun belirtilmesi bu durumu açıklamaktadır (11). Kalav (73) tarafından yapılan çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak bakım verenlerin bakım verme sürelerinin yaşam kalitelerini etkisinin olmadığı belirlenmiştir.

Araştırmada bakım verenlerin bakım vermeye ilişkin deneyim durumuna göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, deneyimli bakım verenlerin, yaşam kalitesinin fiziksel rol fonksiyonu ve ağrı alanlarında deneyimsizlere göre daha düşük puan ortalamaları aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.4.1). Deneyimli bakım verenlerin, yaşam kalitesinin genel sağlık algısı alanında ise, deneyimsiz bakım verenlere göre daha yüksek puan ortalamaları aldıkları görülmüş, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 4.5.1). Kalav (73) tarafından yapılan çalışmada bakım verenlerden deneyimli olmayanların yaşam kalitesi puanları deneyimli olanlardan daha yüksek bulunmuş, ancak grupların aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bildirilmiştir.

Araştırmada bakım verenlerin bakım vermeye ilişkin eğitim alma durumlarına göre SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, eğitim alan bakım verenlerin, yaşam kalitesinin genel sağlık ve mental sağlık alanlarında, eğitim almayanlara göre daha yüksek puan ortalamaları aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 4.4.1).

McCullagh ve ark. (13) tarafından yapılan çalışmada bakım vermeye ilişkin eğitim durumunun bakım verenlerin yaşam kalitesiyle pozitif yönde ilişkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre bakım vermeye ilişkin eğitimi olup bakım veren rolünü gerçekleştirmede gerekli bilgi ve beceriye sahip ve bu konuda kaygısı bulunmayan, stresle etkin şekilde baş edebilen bakım verenlerin yaşam kalitelerini daha çok koruyabildikleri düşünülmektedir.

Araştırmada bakım verenlerin medeni durum, çocuk varlığı durumunun yaşam kalitelerine etkisinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4.1)

Bakım verenlerin sosyodemografik ve bakım verme deneyimine ilişkin özellikleri ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları karşılaştırıldığında; yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, çalışma durumu, gelir durumu, bakım vermeye ilişkin deneyim ve eğitim alma durumunun bakım yüküne etkisi olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4.1, Tablo 4.4.2). Literatürde bakım verenlere ait sosyodemografik özelliklerin bakım yüküne etkisine yönelik farklı sonuçlar bulunmuştur. Yıldırım ve ark. (54) inmeli hastalara bakım verenlerde yaptıkları çalışmada bakım verenlerin cinsiyet, eğitim durumu, gelir düzeyi, çalışma durumunun bakım yükünü etkilemediğini bildirmişlerdir. Morais ve ark. (10) çalışmalarında bakım verenlerin cinsiyet, medeni durum, çalışma durumunun bakım yüküne etkisinin olmadığını; McCullagh ve ark. (13) cinsiyet ve bakıma yönelik eğitim alma durumunun bakım yükünü etkilediğini belirlemişlerdir. McPherson ve ark. (74) ile Carod-Artal ve ark. (75) çalışmalarında bakım verenlerin yaşlarının yaşam kalitesiyle güçlü bir şekilde ilişkisi olduğunu bildirmişlerdir. Bugge ve ark. (78) çalışmalarında cinsiyetin bakım yüküne etkisi olduğu, erkek bakım verenlerin daha az bakım yükü yaşadıklarını bildirmişlerdir. Araştırma sonuçları arasındaki farklılıklar seçilen çalışma gruplarının ve örneklem büyüklüklerinin farklı olmasından kaynaklandığı gibi toplumlar arasındaki kültürel farklılıklar ve yaşam şartlarıyla da ilgili olabilir (40).

Araştırmada bakım verenlerin eğitim durumlarına göre Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, eğitim seviyesi ortaöğretim ve üzerinde olan bakım verenlerin, eğitim seviyesi ilköğretim ve altında olanlara göre daha yüksek puan ortalamaları aldıkları ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu

görülmüştür ($p<0.05$) (Tablo 4.4.1). Eğitimli kişinin çalışma ortamından ayrılması, zamanını hastasının bakımına ayırması ve bu durumla ilgili olarak ekonomik ve psikososyal sorunlar yaşaması bu durumu açıklayabilir. Literatürde bakım verenlerin eğitim durumlarının bakım yüküne etkisiyle ilgili farklı sonuçlar bulunmuştur. Morais ve ark. (10) çalışmalarında bakım verenlerin eğitim durumlarının bakım yüküne etkisi olmadığını bildirirlerken, Reimer ve ark. (77) eğitim seviyesi ilköğretim olan bakım verenlerinde bakım yükünün daha yüksek olduğunu, Yıldırım ve ark. (54) bakım verenlerin eğitim durumunun bakım yüküne etkisi olmadığını belirtmişlerdir.

Araştırmada bakım verenlerin bakım verme süre ortalamaları ile Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Tablo 4.4.2). Literatürde bakım verme süresi bakım yükünü etkileyen faktörler arasında sayılmaktadır (46). Kalav (73) tarafından yapılan çalışmada beş yıl ve daha uzun süreyle bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamalarının, 2-6 ay süreyle bakım verenlerden yüksek olduğu ve gruplar arasındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Bugge ve ark. (78) çalışmalarında bakım verenlerin bakım verme sürelerinin artması bakım yükünün daha çok hissedilmesine neden olduğunu belirtmişlerdir. Kamel ve ark. (37) çalışmalarında inmeli hastaya verilen bakım sürelerinin bakım yüküyle ilişkili olduğunu saptamışlardır. Bizim çalışmamızda bakım verenlerin bakım verme sürelerinin diğer çalışmalara göre daha düşük olması nedeniyle bakım yükünü etkilememiş olabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmadan elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara yönelik önerilere yer verilmiştir.

6.1. Sonuçlar

6.1.1. İnmeli Hastalarla İlgili Sonuçlar

1. Hastaların yaş ortalamasının 65.2 ± 15.2 olduğu, çoğunluğunun 55 ve üzeri yaş grubunda, erkek, evli, ilköğretim ve altında eğitim seviyesine sahip, herhangi bir işte çalışmayan, gelir seviyesi giderine eşit veya fazla, il merkezinde yaşayan ve sosyal güvenceye sahip bireylerden oluştuğu belirlenmiştir.
2. Hastaların ortalama hastalık süresi 17.6 ± 23.8 ay olup, çoğunluğu iskemik inme tanısı almıştır ve tanılarına hipertansiyon eşlik etmektedir.
3. Hastaların Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği'ne göre yıkanma, alt taraf giyimi, tuvalet kullanımı ve merdiven kullanımında tam bağımlı; diğer tüm alt boyut bölümlerinde ise yarı bağımlı oldukları belirlenmiştir.
4. Hastaların Barthel İndeksi'nden aldıkları toplam puana göre ileri derecede bağımlı grupta yer aldıkları bulunmuştur.
5. Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinden yaş, eğitim durumu, gelir durumu, inme tipinin bakım verenlerin yaşam kalitesine etkisi yoktur.
6. Evli olmayan hastaların bakım verenlerinin yaşam kalitesinin mental sağlık alanı evli olanlara göre daha yüksek seviyelerdedir.
7. Hastaların hastalık süreleri ile bakım verenlerin yaşam kalitesinin genel sağlık algısı alanı arasında negatif yönlü bir ilişki vardır.
8. Hastaların fonksiyonel durumları ile bakım verenlerin yaşam kalitesinin genel sağlık algısı alanı arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.

9. Hastaların sosyodemografik ve tıbbi özelliklerinden yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, inme tipinin bakım verenlerin bakım yüküne etkisi yoktur.

10. Çalışmayan hastaların bakım verenlerinde bakım yükü, çalışan hastaların bakım verenlerine göre daha fazladır.

6.1.2. Bakım Verenlerle İlgili Sonuçlar

1. Bakım verenlerin yarısından fazlasının 50 yaş ve üzeri yaş grubunda, kadın, çoğunluğunun evli, çocuk sahibi, gelir seviyesi gidere eşit veya fazla, yarısından fazlasının ortaöğretim ve üzeri eğitim seviyesine sahip, herhangi bir işte çalışmayan, tamamına yakınının hasta yakını ve çoğunluğunun hastayla birlikte yaşayan bireylerden oluştuğu belirlenmiştir.

2. Bakım verenlerin bakım verme süresi ortalamasının 17.4 ± 24.1 ay ve çoğunluğu bakım vermeye ilişkin deneyimsiz ve eğitimsiz olup, kendisini bakım vermede yeterli görmekte, bakım vermede beslenme, tuvalet ve temizlik alanlarında zorlanmakta ve eş ve çocuklarından destek almaktadırlar.

3. Bakım verenler SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği'nden aldıkları puana göre yaşam kaliteleri fiziksel fonksiyon, sosyal fonksiyon, mental sağlık, ağrı ve genel sağlık algısı alanlarında orta düzey ve üzerinde, fiziksel rol fonksiyonu, emosyonel rol fonksiyonu ve yaşamsallık alanlarında ise orta düzeyin altındadır

4. Bakım verenlerin yarısına yakını bakım vermeye ilgili aşırı yük hissetmektedirler.

5. Bakım verenlerin sosyodemografik ve bakım vermeye deneyimine ilişkin özelliklerinden medeni durum, çocuk varlığı durumunun yaşam kalitelerine etkisi yoktur.

6. Bakım verenlerin yaşları ile yaşam kalitelerinin genel sağlık algısı ve ağrı alanları arasında negatif yönlü bir ilişki vardır.

7. Bakım veren kadınların yaşam kalitesinin fiziksel rol fonksiyonu, yaşamsallık, genel sağlık, ağrı ve sosyal fonksiyon alanları erkeklere göre daha düşük seviyelerdedir.

8. Bakım verenlerden eğitim seviyesi ortaöğretim ve üzerinde olanların yaşam kalitesi eğitim seviyesi ilköğretim ve altında olanlara göre daha yüksek seviyelerdedir.
9. Bakım verenlerden herhangi bir işte çalışanların yaşam kalitesinin emosyonel rol fonksiyonu, fiziksel rol fonksiyonu, genel sağlık, ağrı ve fiziksel fonksiyon alanları, çalışmayanlara göre daha yüksek seviyelerdedir.
10. Bakım verenlerden gelir seviyesi giderinden az olanların yaşam kalitesinin mental sağlık alanı gelir seviyesi giderine eşit ya da fazla olanlara göre daha yüksek seviyelerdedir
11. Bakım verenlerden deneyimli olanların yaşam kalitesinin fiziksel rol fonksiyonu ve ağrı alanları deneyimsizlere göre daha düşük seviyelerdedir.
12. Bakım verenlerden bakım vermeye ilişkin eğitim alanların yaşam kalitesinin genel sağlık ve mental sağlık alanları eğitim almayanlara göre daha yüksek seviyelerdedir.
13. Bakım verenlerin bakım verme süreleri ile yaşam kalitesinin fiziksel rol fonksiyonu, ağrı ve genel sağlık algısı alanları arasında negatif yönlü bir ilişki vardır
14. Bakım verenlerin sosyodemografik ve bakım vermeye deneyimine ilişkin özelliklerinden yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk varlığı, çalışma durumu, gelir durumu, bakım vermeye ilişkin deneyim ve eğitim alma durumunun bakım yüküne etkisi yoktur.
15. Bakım verenlerden eğitim seviyesi ortaöğretim ve üzerinde olanların bakım yükünün eğitim seviyesi ilköğretim ve altında olanlara göre daha fazladır.
16. Bakım verenlerin bakım verme süreleri ile bakım yükü arasındaki ilişki yoktur.

6.2. Öneriler

1. Hastaların fonksiyonel durumlarının bakım verenlerin bakım yüküyle ilişkili olması nedeniyle hemşirelerin inmeli hastaların fonksiyonel durumlarını değerlendirmeleri,
2. Hemşirelerin hastaları, fonksiyonel durumlarının iyileştirilmesine yönelik fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezlerine yönlendirmeleri ve günlük yaşamda hasta ve bakım verenlerin işlerini kolaylaştıracak ürün ve hizmetler konusunda hasta ve bakım verene danışmanlık vermeleri,
3. Hemşirelerin bakım planlarına hastaların bakım verenlerini dahil etmeleri, bakım verenleri hastalığın tanı aşamasından başlayıp taburculuk süresine kadar hastanın evde bakımı için hazırlamaları,
4. Bu süreçte, bakım verenleri yaşam kalitesi ve bakım yükünü etkileyecek risk faktörleri açısından değerlendirmeleri,
5. Bakım verenlerin hastalarına verdikleri uzun dönem bakım döneminde karşılaşabilecekleri fiziksel ve psikososyal sorunlarla başetmelerini sağlayacak sosyal destek sistemlerinin devreye sokulması, hastanın günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken kolaylaştırıcı yöntemler, el becerileri ve basit hemşirelik uygulamaları hakkında eğitim verilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- 1) Çoban O.,Beyin Damar Hastalıklarında Tanımlar ve Sınıflama, Nöroloji, Nobel Tıp Kitabevleri, 2,235, 2011.
- 2) Koç A.,İnmede Günlük Yaşam Aktiviteleri, Gülhane Tıp Derg/Gulhane Med J, 54, 1-7, 2012.
- 3) Brandon I.L, Easing The Burden on Family Caregiving, Nursing2013, August: 36-42, 2013.
- 4) Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet-Etkililik Projesi, Hastalık Yüğü Final-Rapor,http://www.toraks.org.tr/userfiles/file/ulusal_hastalik_yuku_hastalikyukuTR.pdf.Erişim tarihi: 20.03.2014
- 5) Kılıç Çoban E., Kolyoncu Aslan I., Kırbaş D., İskemik Serebrovasküler Hastalıkta Metabolik Sendrom Sıklığı ve Karotis İntima-Media Kalınlığı İlişkisi, Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi, 48(4), 234-237, 2011
- 6) Staines W.R., McIlroy W.E., Brooks D, Functional Impairments Following Stroke: Implications for Rehabilitation, Current Issues in Cardiac Rehabilitation and Prevention 5-8, 2009.
- 7) Koçak G., İnmeli Hastalarda Bakım Vericinin Yüğü, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; İstanbul, 2011.
- 8) Temizer H., Gözüml S., Impact of Nursing Care Initiatives on The Knowledge Level And Perception of Caregiving Difficulties of Family Members Providing HomeCare to Stroke Patients, HealthMED, 6 (8): 2681-2688, 2012.
- 9) Grant J.S., Glandon G.L., Elliott T.R., Giger J.N, Weaver M., Caregiving Problems and Feelings Experienced by Family Caregivers of Stroke Survivors The First Month After Discharge, International Journal of Rehabilitation Research, 27(2): 105-111, 2004.

- 10) Morais H.C.C., Soares A.M.G., Oliveira A.R.S., Carvalho C.M.L., Silva M.J., Burden and Modifications in Life From The Perspective of Caregivers for Patients After Stroke, Sept-Oct :20(5), 944-953, 2012.
- 11) Balhara Y.P.S., Verma R., Sharm S., Mathur S., A Study of Predictors of Anxiety and Depression Among Stroke Patient-Caregivers, Jan-Jun: 3(1), 31-35, 2012.
- 12) Atagün M.İ., Balaban Ö.D., Atagün Z., Elagöz M., Özpolat A.Y., Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(3), 513-552, 2011.
- 13) McCullagh E., Brigstocke G., Donaldson N., Kalra L., Determinants of Caregiving Burden and Quality of Life in Caregivers of Stroke Patients, Stroke, 36, 2181-2186, 2005.
- 14) White C.L., Poissant L., Côté-LeBlanc G., Wood-Dauphinee S Long-Term Caregiving After Stroke: The Impact on Caregivers' Quality of Life, Journal of Neuroscience Nursing, October: 38(5), 354-360, 2006.
- 15) Chen Y., Lu J., Wong K.S., Mok V.C.T., Ungvari G.S., Tang W.K., Health Related Quality of Life in The Family Caregivers of Stroke Survivors, International Journal of Rehabilitation Research, 33(3), 232-237, 2010.
- 16) Utku U., İnme Tanımı, Etyolojisi, Sınıflandırma ve Risk Faktörleri, Türk Fiz Tıp Rehab Derg: 53 (1), 1-3, 2007.
- 17) Öztürk Ş., Serebrovasküler Hastalık Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri Dünya ve Türkiye Perspektifi, Turkish Journal of Geriatrics, 13 (1): 51-58, 2009.
- 18) Öztürk Z.E., İlk İnme Sonrası Saptanan Risk Faktörlerinin Morbidite ve Mortalite Üzerine Etkisi, Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2004.

- 19) Doğan A., Kose Donmez B., Nakipoğlu G., Özgirgin N., Geriatrik İnmeli Hastalarımızda Eşlik Eden Sistemik Hastalıklar ve Komplikasyonlar, Turkish Journal of Geriatrics, 12 (3), 118-123, 2009.
- 20) Balkan S, Serebrovasküler Hastalıklar, Güneş Kitabevi Yayınları, 5, 49, 2002.
- 21) Midi İ., Afşar N., İnme Risk Faktörleri, Klinik Gelişim, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Nöroloji Anabilim Dalı, İstanbul, 1-14, 2010.
- 22) Çoban O. Beyin Damar Hastalıklarında Tanımlar ve Sınıflama, Nöroloji, Nobel Tıp Kitabevleri, 2, 236-237, 2011.
- 23) Endres M., Heuschmann P.U., Laufs U., Hakim A.M., Primary Prevention Of Stroke: Blood Pressure, Lipids, And Heart Failure, European Heart Journal, 32, 545–555, 2011.
- 24) Çoban O. Beyin Damar Hastalıklarında Tanımlar ve Sınıflama, Nöroloji, Nobel Tıp Kitabevleri, 195-197, 2004.
- 25) Kutluk K., Risk Faktörleri ve Korunma, İskemik İnme, Nobel Tıp Kitabevleri, 37-47, 2004.
- 26) Kutluk K., Geçici İskemik Atak, İskemik İnme, Nobel Tıp Kitabevleri, 49-51, 2004.
- 27) Özeren A., Klinik Yaklaşım ve Sınıflama, İskemik İnme, Nobel Tıp Kitabevleri, 68-69, 2004.
- 28) Bektaş H.A., Akdemir N., Kanserli Bireylerde Fonksiyonel Durumun Önemi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(3), 54-60, 2009.
- 29) Bogardus S.T., Towle V., Williams C.S., Desai M.M., Inouye S.K., What Does The Medical Record, J Gen Intern Med, 16, 728-736, 2001.
- 30) Cohen M.E., Marino R.J., The Tools Of Disability Outcomes Research Functional Status Measures, Arch Phys Med Rehabil, 81(2), 21-29, 2000.

- 31) Chang T.I., Tamura M.K., Methods to Assess Quality of Life and Functional Status and Their Applications in Clinical Care in Elderly Patients With CKD, American Society of Nephrology, 1-6, 2009.
- 32) Schuling J., Haan R., Limburg M., Groenier K.H, The Frenchay Activities Index. Assessment of Functional Status in Stroke Patients, Stroke, August: 24(8), 1993.
- 33) Atılığ R.Ş., İçağasıoğlu A.,Yumuşakhuyulu Y., Turan Turgut S, Esra Selimoğlu E., İnmeli Hastalarda Uyku Kalitesi Ve Depresyon Fonksiyonel Durumu Etkiler Mi?, Göztepe Tıp Dergisi 27(4), 167-173, 2012.
- 34) Gündüz B.,İnme ve Prognozu Etkileyen Faktörler, Türk Fiz Tıp Rehab Derg 52(Özel Ek B), 30-33, 2006.
- 35) Karahan A.Y., İslam S., Fiziksel Engelli Çocuk ve Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükü Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması, Müsbed 3(1), 1-7, 2013.
- 36) Kim H, Chang M, Rose K., Kim S., Predictors Of Caregiver Burden in Caregivers Of Individuals With Dementia, Journal of Advanced Nursing 68(4), 846–855, 2012.
- 37) Kamel A.A., Bond A.E., Froelicher E.S., Depression And Caregiver Burden Experienced By Caregivers Of Jordanian Patients With Stroke, International Journal Of Nursing Practice, 18, 147–154, 2012.
- 38) Schulz R., Martire L.M., Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry 12(3), 240–249. 2004.
- 39) Determinants of The Burden And Positivity of Family Caregivers of Terminally Ill Cancer Patients in Korea, Psychooncology, 21(3), 282-290, 2012
- 40) Ak M., Yavuz K.F., Lapsekili N., Türkçapar M.H., Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Bulunan Hastaların ve Bakım Verenlerinin Bakım Yükü Açısından

Değerlendirilmesi, Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 25, 330-337, 2012.

- 41) Çetinkaya F., Karadokovan A., Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün İncelenmesi, Turkish Journal Of Geriatrics, 15 (2) 171-178, 2012.
- 42) Mollaoğlu M., Özkan Tuncay F., Kars Fertelli T., İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler, DEUHYO ED, 4 (3), 125-130, 2011.
- 43) King R.B., Ainsworth C.R., Ronen M, Hartke R.J., Stroke Caregivers: Pressing Problems Reported During the First Monthsof Caregiving, Journal of Neuroscience Nursing, December: 42 (6),302-311, 2010.
- 44) Exel V.,Koopmanschap, Berg V.D., Brouwer, Bos V.D.,Burden of Informal Caregiving forStroke Patients, Cerebrovasc Dis, 19, 11–17,2005.
- 45) Jaracz K., Grabowska-Fudala B., Kozubski W., Caregiver Burden After Stroke: Towards A Structural Model, Neurologia i Neurochirurgia Polska , 46(3), 224-232, 2012.
- 46) Aşiret G.D., Kapucu S., İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yüğü, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2, 73-80, 2012.
- 47) Muezzinoğlu T.,Yaşam Kalitesi Üroonkoloji Derneği 2004 Güz Dönemi Konuşması, Üroonkoloji Bülteni, 1, 25-29, 2005.
- 48) Cano A.M.M.D., The Concept of Quality of Life: Legal Aspects, Medicine, Health Care and Philosophy 4, 91–95, 2001.
- 49) Fırat R., Yaşam Kalitesi mi, Yaşam Standartı mı?, Köprü, 90, 2005.
- 50) Başaran S., Güzel R., Sarpel T., Yaşam Kalitesi Ve Sağlık Sonuçlarını Değerlendirme Ölçütleri, Romatizma, 20(1), 56-63, 2005.

- 51) Cathrin Jönsson A., Lindgren I., Hallström B., Norrving B., Lindgren A., Determinants of Quality of Life in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers, *Stroke*, 36, 803-808, 2005.
- 52) Morimoto T., Schreiner A.S., Asana H., Caregiver Burden and Health-Related Quality of Life Among Japanese Stroke Caregivers, *Age and Ageing* 32, 218–223, 2003.
- 53) Puymbroeck M.V., Rittman M.R., Quality-of-Life Predictors For Caregivers At 1 and 6 Months Poststroke: Results of Path Analyses, 42(6), 747–760, 2005.
- 54) Yıldırım S., Engin E., Başkaya V.A., İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Yükü ve Yükü Etkileyen Faktörler, *Nöropsikiyatri Arşivi*; 50, 169-174, 2013.
- 55) Aşiret G.D., Kapucu S., Burden of Caregivers of Stroke Patients, *Turkish Journal of Neurology*, 19, 5-10, 2013.
- 56) Şahin F., Büyükavcı R., Sağ S., Doğu B., Kuran B., Berg Denge Ölçeği'nin Türkçe Versiyonunun İnmeli Hastalarda Geçerlilik ve Güvenilirliği, *Türk Fiz Tıp Rehab Derg*, 59, 170-175, 2013
- 57) Tuna M., Olgun N., İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Algılanan Sosyal Desteğin Rolü, *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 41-52, 2010.
- 58) Temizer H., İnmeli Hastalara Evde Bakan Aile Üyelerine Verilen Hemşirelik Girişimlerinin Bilgi Düzeylerine ve Bakım Yükünü Algılamalarına Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum, 2009.
- 59) Barthel M., Mahoney K., Agency For Health Care Policy and Research Publication, After Stroke Recovery Patient Guidelines Booklet; Government Printing Office Washington Dc., 23–27, 2003

- 60) B ker N., Altuğ F., Kavlak E., KitiŐ A., Huzurevi ve Ev Ortamında Yaşayan YaŐlılarda Moral ve Depresyon Düzeyinin Fonksiyonel Durum  zerine Etkisi, Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 1, 44-53, 2010
- 61) İnci, F., Bakım Verme Yükü  l eği“nin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik Ve Güvenilirliği, Yüksek Lisans Tezi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Denizli, 2006.
- 62) Ware J.E., Sherbourne C.D., The MOS 36- İtem Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual Framework and İtem Selection. Medical Care. 30 (6): 473-483, 1992
- 63) Pınar R., Diabetes Mellitus'lu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı. Doktora Tezi İstanbul, 1994.
- 64) Dayapoğlu N., Stroklu Hastaların Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2005.
- 65) Soyuer F.,  nalın D.,  zt rk A., İnme Hastalarında Yaş Ve Cinsiyetin Fonksiyonel Yetersizlik  zerine Olan Etkisi, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14(2), 91-94, 2007.
- 66) Edwards J.D., Koehoorn M., Boyd L.A., Levy A.R., Health-Related Quality of Life Improving After Stroke? A Comparison of Health Utilities Indices Among Canadians With Stroke Between 1996 and 2005, Stroke, 41, 996-1000, 2010.
- 67) Yılmaz H., KesiktaŐ N., Karamehmetoğlu S.Ő., Bozkurt T., İnme (Serebrovasküler Hastalık-SVH) Sonrası Oluşan Depresyonun Diğer Klinik  zelliklerle Karşılaştırılması, düşünen adam, 8(2), 27-30, 1995.
- 68) Eskiyyurt N., Yalıman A., Vural M., Kızıltaş H., BölükbaŐ N.,   eme F., İnmeli Hastaların  zellikleri ve Fonksiyonel Durum Sonuçları, İst Tıp Fak Derg, 68, 71-77, 2005.

- 69) Raju R.S., Sarma S.P., Pandian J.D., Psychosocial Problems, Quality of Life and Functional Independence Among Indian Stroke Survivors, *Stroke*, 41, 2932-2937, 2010.
- 70) Bagg S., Pombo A.P., Hopman W., Effect Of Age On Functional Outcomes After Stroke Rehabilitation, *Stroke*, 33, 179-185, 2002.
- 71) Ay S., Koldaş Doğan Ş., Evcik D., İnmeli Hastalarda Risk Faktörleri ve Fonksiyonel İyileşme Üzerine Etkileri, *Yeni Tıp Dergisi*, 26, 37-41, 2009.
- 72) Yıldız N., Şanal E., Sarsan A., Topuz O., Ardıç F., İnmeli Hastaların Özellikleri ve Fonksiyonel Sonuçlarını Etkileyen Faktörler, *FTR Bil Der*, 12, 59-66, 2009.
- 73) Kalav S., İnme Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Yükü ile Yaşam Kaliteleri Arasındaki İlişki, *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi*, 2011.
- 74) McPherson C.J., Wilson K.G., Chyurlia L., Leclerc C., The Caregiving Relationship And Quality Of Life Among Partners Of Stroke Survivors: A Crosssectional Study, *Health and Quality of Life Outcomes* 9(29), 1-10, 2011.
- 75) Carod-Artal F.J., Coral L.F., Trizotto D.S., Moreira C.M., Burden and Perceived Health Status Among Caregivers of Stroke Patients, *Cerebrovasc Dis* 28, 472-480, 2009.
- 76) White C.L., Mayo N., Hanley J.A., Wood- Dauphinee S., Evolution of The Caregiving Experience in The Initial 2 Years Following Stroke, *Research in Nursing & Health*, 26, 177-189, 2003.
- 77) Reimer S.O., Haan R.J. Rijnders P.T., Limburg M., Bos V.D., The Burden Of Caregiving In Partners Of Long-Term Stroke Survivors, *Stroke*, 29, 1605-1611, 1998.

- 78) Bugge C., Alexander H., Hagen S., Stroke Patients' Informal Caregivers: Patient, Caregiver, and Service Factors That Affect Caregiver Strain, *Stroke*, 30, 1517-1523, 1990.
- 79) Akosile C.O., Okoye E.C., Adegoke B.O.A., Mbada C.E., Maruf F.A., Okeke I.A., Burden, Health and Quality of Life of Nigerian Stroke Caregivers, *Health Care: Current Reviews* 1(1), 1-5, 2013.
- 80) Bethoux F., Calmels P., Gautheron V., Minaire P., Quality Of Life Of Spouses Of Stroke Patients: Preliminary Study, *International Journal of Rehabilitation Research*, 19, 291-299, 1996.
- 81) Tooth L., Mckenna K., Barnett A., Prescott C., Murphy S., Caregiver Burden, Time Spent Caring And Health Status In The First 12 Months Following Stroke, *Brain Injury*, November: 19(12), 963–974, 2005.

EKLER

EK-1: GATA ETİK KURUL ONAYI

EK-2: GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR FORMU

**EK-3: HASTA VE BAKIM VEREN BİREY İÇİN TANITICI BİLGİ
FORMU**

EK-4: FONKSİYONEL BAĞIMSIZLIK ÖLÇEĞİ

EK-5: BARTHEL İNDEKSİ

EK-6: BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

EK-7: SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

HİZMETE ÖZEL**HİZMETE ÖZEL**

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTAN BİLİMSEL YARDIMCILIĞI
ANKARA

EĞİT. ÖĞÜT. : 00687459-1491 - 4477 - 13/1545.4-4772

05 Ağustos 2013

KONU : GATA Etik Kurulu Kararı.

Yük.Hem.Ayşegül ÇELİK'e

GATA Etik Kurulu'nun 01 Ağustos 2013 günü yapılan 25'inci oturumunda, GATA-HYO'nda görevli Yük.Hem.Ayşegül ÇELİK'in sorumlu araştırmacılığını yaptığı "İnmeli hastaların fonksiyonel durumunun bakım verenlerin bakımı yüküne ve yaşam kalitesine etkisi" başlıklı araştırma dosyası ile ilgili GATA Etik Kurulu'nun kararı EK-A'dadır.

Rica ederim.



Mustafa BAŞBOZKURT
Profesör Tabip Tuğgeneral
GATA Komutan Bilimsel Yardımcısı,
Askeri Tıp Fakültesi Dekanı ve
Eğitim Hastanesi Baştabibi Vekili

EKİ :
EK-A (1 Adet Etik Kurul Raporu)

HİZMETE ÖZEL

Bağışıklık Noktası (Lan Me A FRCVAN) (Tel: 2284)

HİZMETE ÖZEL

GÖNÜLLÜLERİ BİLGİLENDİRME VE OLUR (RIZA) FORMU

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmanın amacı inmeli hastalarda fonksiyonel durumun bakım verenlerin bakım yüküne ve yaşam kalitesine etkisini belirlemektir. Ayrıca çalışmada, inmeli hastaların sosyodemografik ve tıbbi özellikleri ile bakım verenlerin sosyodemografik ve bakım verme deneyimine ilişkin özelliklerinin bakım verenlerin bakım yüküne ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu bilgi bakım verenlerin yaşam kalitesini yükseltecek şekilde bakım yaklaşımı geliştirilmesi ve hasta bakım kalitesinin artırılması açısından önem taşımaktadır. Araştırma kapsamında sizinle yüz yüze görüşme yapılacak, yukarıda belirttiğimiz amacımıza yönelik hazırladığımız anket formlarındaki soruları cevaplamanız istenecektir.

Araştırma GATA Nöroloji AD ve GATA TSK Rehabilitasyon ve Bakım Merkezi Başkanlığı Nörolojik Rehabilitasyon Bölümü Kliniklerinde yapılacak olup; süresi 6 ay olarak planlanmıştır. Bu araştırma kapsamında vereceğiniz cevaplarınız gizli tutulacak ve hiçbir şekilde sizin isminiz belirtilerek açıklanmayacaktır. Bu bilgiler, farklı bir araştırma/uygulamada da kullanılmayacaktır. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecek, çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılmama ya da kabul ettikten sonra vazgeçme hakkına sahipsiniz. Teşekkürler...

YUKARIDAKİ BİLGİLERİ OKUDUM. BUNLAR HAKKINDA BANA YAZILI VE SÖZLÜ AÇIKLAMALAR YAPILDI. BU KOŞULLARDA SÖZKONUSU ARAŞTIRMAYA KENDİ RIZAMLA, HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KATILMAYI KABUL EDİYORUM.

Gönüllünün

Adı- Soyadı:

Tarih :

İmza :

Araştırmacı

Yük. Hem. Ayşegül ÇELİK

Tarih:

İmza :

HASTA VE BAKIM VEREN BİREY İÇİN TANITICI BİLGİ FORMU

I.BÖLÜM (Hastaya Ait Veriler)

1. Doğum tarihi:

2. Cinsiyetİ:

a) Kadın b)Erkek

3. Medeni durumu :

a) Evli b) Bekar c)Boşanmış/Dul/Ayrı yaşıyor

4. Eğitim durumu:

a) Okur yazar değil b)Okur yazar c) İlkokul mezunu d) Ortaokul mezunu

e) Lise mezunu f) Yüksekokul/üniversite mezunu e)Lisansüstü öğrenim

5.Mesleği:

a) İşçi b) Memur c) Emekli d) Serbest meslek e) Ev hanımı

f) Diğer.....

6. Gelir durumu:

a) Geliri giderinden az b) Geliri giderine eşit c) Gelir giderinden fazla

7. Yaşadığı Yer:

a) Köy b) Kasaba c) İlçe d) İl merkezi

8. Sosyal güvencesi:

a) Var b) Yok

9. Hastalık süresi: yıl (.....ay)

10. İnme tipi?

- a)İskemik

11. Beyin lezyon alanı?

- a) Sol

b) Sağ

12. Lezyon genişliği?

A) Hematom:

- a) Lober
b) Talamik
c) Geniş hemisferik
d) Serebellar
e) Putaminal
f) Beyin sapı

B) Infarkt:

- a)Loküner
b)Geniş hemisferik
c)Dal oklüzyon

13. İnme dışında başka bir hastalığı var mı?

- a) Evet (Cevabınız evetse 14. soruya geçiniz) b) Hayır

14.Bu hastalıklar nelerdir?.....

HASTA VE BAKIM VEREN BİREY İÇİN TANITICI BİLGİ FORMU

II.BÖLÜM (Bakım Verene Ait Veriler)

1. Doğum tarihiniz:

2. Cinsiyetiniz:

a) Kadın b)Erkek

3. Medeni durumunuz: :

a) Evli b) Bekar c) Boşanmış/Dul/Ayrı yaşıyor

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) İlkokul mezunu d) Ortaokul mezunu

e) Lise mezunu f) Yüksekokul/üniversite mezun e)Lisansüstü öğrenim

6. Mesleğiniz:

a) İşçi b) Memur c) Emekli d) Serbest meslek e) Ev hanımı

f) Diğer.....

7. Gelir durumunuz:

a) Geliri giderinden az b) Geliri giderine eşit c) Gelir giderinden fazla

8.Hastaya yakınlık dereceniz:

a) Eş b) Çocuk c) Anne/Baba d)Akraba e) Yakını değilim

9. Hastayla birlikte yaşama durumunuz:

a) Hastayla birlikte yaşıyorum b) Hastayla birlikte yaşamıyorum

EK-3 (DEVAMI)

10. Daha öncesinde bakım vermeye yönelik deneyiminiz var mı?

- a) Var b) Yok

11. Hastanıza bakım verme süreniz:.....yıl (ay)

12.İnmeli hastaya bakım vermeye yönelik olarak eğitim aldınız mı?

- a)evet b)hayır (14. sorudan devam ediniz)

13. Kendi başınıza (başkasından destek almadan) hastanıza yeterli olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- a)evet (16. soruya geçiniz) b)hayır (14. sorudan devam ediniz)

14. Cevabınız hayırsa kimlerden destek alıyorsunuz?

- a) Aile üyeleri
b) Akrabalar
c) Komşu
d)Bakımevi
e)Hekim
f) Hemşire
e)Diğer (Açıklayınız.....)
g) Destek almıyorum

15. Bakım vermede hangi konularda yardım alıyorsunuz ?

- a) Bilgi desteği
b) Maddi yardım
c) Bakım desteği
d) Psikolojik/duygusal destek

16. Bakım vermede zorlandığınız alanlar:

- a) Beslenme b) Giyinme
c) Hareket ettirme d)Tuvalet
e)Temizlik f) Pozisyon değiştirme
g) İletişim

İNME Lİ HASTA İLE İLGİLİ FONKSİYONEL BAĞIMSIZLIK ÖLÇEĞİ

S	7-Tam Bağımsız Yardımsız	YARDIMSIZ
E	6-Kısmi Bağımsız (yardımcı cihaz gereklidir)	
V	Kısmi Bağımlı	
İ	5-Fiziksel yardım gerekmez, sözel uyarılar yeterlidir.	YARDIMLI
Y	4-Minimal yardım (Hasta= %75-99)	
E	3-Orta derecede yardım (Hasta= %50-75)	
L	Yardım Gereklidir	
E	Tam Bağımlı	
R	2-Maksimal yardım (Hasta=%25-50)	
	1-Tam yardım (Hasta= %0-25)	

KENDİNE BAKIM

A-Yemek yeme

B-Kendine bakım (traş, makyaj v.s.)

C-Yıkanma

D-Üst taraf giyimi

E-Alt taraf giyimi

F-Tuvalet kullanımı

SFİNKTER KONTROLÜ

G-Mesane bakımı

H-Bağırsak bakımı

MOBİLİTE

I-Yatak, sandalye, tekerlekli sandalye

J-Tuvalet

K-Banyo, duş

YER DEĞİŞTİRME (Lokomasyon)

L-Yürüme/tekerlekli sandalye

M-Merdiven Y/T

İLETİŞİM

N-Anlama (İşitsel veya görsel) İ/G

O-İfade edebilme (Sözel veya değil) S/D

SOSYAL ALGILAMA

P-Sosyal katılım

R-Problem çözme

S-Hafıza

Total FBÖ =.....

BARTHEL İNDEKSİ**Bağırsak Bakımı**

0 = İnkontinans;

5 = Bazen kaçırma (haftada bir yada hiç) suppozituar koymak gibi yardıma ihtiyaç duyar.

10 = Kontinans;

Mesane Bakımı

0 = İnkontinans veya kateterli ve kontrol edemez

5 = Bazen tuvalete yetişemez, altına kaçıtır

10 = Kontinans veya toplayıcı araç varsa bunu rahatlıkla idare edebilir.

Kendine Bakım

0 = Kişisel bakımında yardıma ihtiyaç duyar

5 = Yüzünü yıkar, saçını tarar, dişlerini fırçalar

Tuvalet Kullanımı

0 = Bağımlı

5 = Yardıma ihtiyaç duyar, ancak bazı hareketleri kendi yapabilir.

10 = Bağımsız (oturup kalkma, giyinme, tuvalet kağıdını kullanmada)

Beslenme

0 = Yapamaz

5 = Kesme veya yağ sürmede yardıma ihtiyaç duyar.

10 = Eğer yemek sağlanırsa bağımsız.

Tekerlekli Sandalye/Yatak Transferi

0 = Tamamen yatağa bağımlı

5 = Oturabilir ancak transfer için fazla yardım gerekir.

10 = Transfer için çok az yardım (sözle veya fiziksel) gerekir.

15 = Bağımsız

Mobilite

0 = Tekerlekli

5 = Tekerlekli sandalyede köşeler dahil bağımsızdır

10 = Bir kişinin yardımı ile yürüyebilir

15 = Bağımsız, ancak destek kullanılabilir

Giyinme

0 = Bağımlı

5 = Bazen yardıma ihtiyaç duyar

10 = Bağımsız giysilerde dahil bağımsız

Merdiven İnip Çıkma

0 = Yapamaz

5 = Yardıma ihtiyaç duyar (sözel/fiziksel)

10 = Bağımsız inip çıkabilir, ancak destek kullanılabilir

Yıkama

0 = Yardıma ihtiyacı vardır

5=Bağımsızdır.

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

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

		her zaman	oldukça sık	Bazen	Nadiren	hiçbir zaman
1	Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
2	Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
3	Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?					
4	Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?					
5	Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?					
6	Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?					
7	Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?					
8	Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
9	Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
10	Yakınınızla ilgilenmenin sağlığınıza bozduğunu düşünüyor musunuz?					
11	Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?					
12	Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?					
13	Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?					
14	Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?					
15	Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?					
16	Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyormusunuz?					

EK-6 (DEVAMI)

17	Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					
		her zaman	oldukça sık	Bazen	Nadiren	hiçbir zaman
18	Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?					
19	Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?					
20	Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?					
21	Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz isin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?					
		Aşırı	Oldukça	Orta	Biraz	Hiç
22	Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz					

SF-36 YAŞAM KALİTESİ ÖLÇEĞİ

Bu anket sağlığınız hakkındaki görüşlerinizi öğrenmek amacıyla hazırlanmıştır. Her soruya, uygun rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz. Soruyu nasıl cevaplandıracağınızdan emin olamıyorsanız, verebileceğiniz en uygun cevabı işaretleyin ve sorunun **sol tarafındaki boşluğa** bir açıklama yapın.

1. Genel olarak sağlığınız (bir rakamı işaretleyiniz)

Mükemmel	1
Çok iyi	2
iyi	3
Biraz iyi	4
Kötü	5

2. Bir yıl öncesine kıyasladığınızda şimdiki sağlık durumunuzu genel olarak nasıl buluyorsunuz?

Bir yıl öncesine göre şimdi çok daha iyi	1
Bir yıl öncesine göre şimdi biraz daha iyi	2
Hemen hemen aynı	3
Bir yıl öncesine göre şimdi biraz daha kötü	4
Bir yıl öncesine göre şimdi çok daha kötü	5

SAĞLIĞINIZ VE GÜNLÜK AKTİVİTELER

3. Aşağıdaki sorular normal bir gün boyunca yapabileceğiniz aktiviteler hakkındadır. Sağlığınız aşağıdaki aktiviteleri yapmanızı engelliyor mu? Eğer engelliyorsa, ne kadar engelliyor? (Her satırda uygun rakamı işaretleyiniz)

	Evet, Çok engelliyor	Evet , Biraz engelliyor	Hayır, Pek engellemiyor
a. Koşu, ağırlık kaldırma ve ağır sporlar gibi büyük çaba gerektiren aktivitelerde	1	2	3
b. Masayı, elektrik, süpürmesini itmek gibi orta/hafif aktivitelerde	1	2	3
c. Paket veya çanta taşınırken	1	2	3
d. Birkaç kat merdiven çıkarken	1	2	3
e. Bir kat merdiven çıkarken	1	2	3
f. Eğilirken, çömelirken	1	2	3
g. Bir kilometreden fazla yürürken	1	2	3
h. Bir kaç yüz metre yürürken	1	2	3
i. Yüz metrelik bir mesafeyi yürürken	1	2	3
j. Giyinirken veya yıkanırken	1	2	3

EK-7(DEVAMI)

4. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde fiziksel sağlığınıza bağlı olarak, aşağıdaki problemlerin herhangi birinden şikayetçi oldunuz mu? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak işaretleyiniz).

	EVET	HAYIR
a. İşyerinde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden <u>çalışma zamanınızı</u> azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde <u>amaçladığınızdan daha az</u> mı verimli oldunuz?	1	2
c. İş ve aktivitelerinizi <u>zahmetsiz (kolay)</u> olanlarla sınırlandırdınız mı?	1	2
d. İş veya aktivitelerinizi gerçekleştirirken <u>zorluk çektiniz mi?</u> (örneğin ekstra çaba harcadınız mı?)	1	2

5. Geçen 4 hafta boyunca, işinizde veya diğer rutin işlerinizde ruhsal durumunuzun sonucu olarak, (örneğin sinirli veya stresli), aşağıdaki problemlerden herhangi biriyle karşılaştınız mı? (Evet ya da hayır sütunundaki rakamları yuvarlak içine alarak cevabınızı işaretleyiniz)

	EVET	HAYIR
a. İşinizde veya diğer aktivitelerinizde sağlık sorunları yüzünden çalışma zamanınızı azalttınız mı?	1	2
b. İşlerinizde amaçladığınız daha az mı verimli oldunuz?	1	2
c. İşlerinizi veya diğer aktivitelerinizi her zamankinden daha az dikkatli mi yaptınız?	1	2

6. Geçen 4 hafta boyunca, fiziksel ve ruhsal sağlığınız ailenizle, arkadaşlarınızla, komşularınızla ilişkilerinizi ne dereceye kadar etkiledi? (Sadece bir rakamı işaretleriniz)

- Pek etkilemedi 1
Çok az 2
Orta 3
Oldukça Aşırı 4

AĞRI

7. Geçen 4 hafta boyunca, vücudunuzda ne kadar ağrı oldu? (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Hiç	1
Çok hafif	2
Hafif	3
Orta	4
Fazla	5
Çok fazla	6

8. Geçen 4 hafta boyunca, ne kadar ağrı normal işlerinizi yapmanıza olumsuz etki gösterdi? (Evde ve dışarıdaki işlerinizi dahil olmak üzere) (Sadece bir rakamı işaretleyiniz)

Çok değil	1
Az	2
Orta	3
Oldukça fazla	4
Aşırı	5

DUYGULARINIZ

9. Bu sorular geçen ay boyunca, kendinizi nasıl hissettiğiniz ve işlerinizin nasıl gittiği hakkındadır. Her soru için, size en uygun gelen seçeneği yuvarlak içine alın.

Geçen Ay Boyunca**Ne Kadar Süre**

	Her Zaman	Çoğunlukla	Biraz fazla	Bazen	Çok az	Hiç
a. Tam enerjik (zinde) hissettiniz						
b. Çok sinirli biriydiniz						
c. Hiçbir şeyin sizi neşelendiremeyeceği kadar canınız sıkındı						
d. Sakin ve huzurluydunuz						
e. Fazla enerjiniz vardı						
f. Moralsiz ve kederli hissettiniz						
g. Çok yorgun (bitkin) hissettiniz						
h. Hiç mutlu oldunuz mu?						
I. Yorgun hissettiniz						
J. Sağlığınız akraba veya arkadaşziyaretleri gibi sosyal aktivitelerinizi sınırladı mı?						

GENEL OLARAK SAĞLIĞINIZ

10. Aşağıdaki ifadeler sizi ne kadar doğru veya yanlış olarak tanımlamaktadır?

	Kesinlikle Doğru	Genellikle Doğru	Emin değilim	Genellikle yanlış	Kesinlikle Yanlış
a. Diğer insanlardan daha sık hasta oluyor gibiyim	1	2	3	4	5
b. Tanıdığım herhangi biri kadarsağlıklıyım	1	2	3	4	5
c. Sağlığımın daha kötüye gideceğini sanıyorum	1	2	3	4	5
d. Sağlığım mükemmel	1	2	3	4	5