



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNME Lİ HASTALARA BAKIM VEREN HASTA
YAKINLARINDA GÖRÜLEN TÜKENMİŞLİK DURUMUNDA
SOSYAL DESTEĞİN ROLÜ**

MELİKE TUNA
YÜKSEK LİSANS TEZİ

İÇ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Nermin OLGUN

İSTANBUL-2010

TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ()

Anabilim Dalı : İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilimdalı

Tez Sahibi Melike TUNA

Tez Başlığı : İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Sosyal Desteğin Rolü

Sınav Yeri : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Sınav Tarihi : 14. 07. 2010

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman

Kurumu

İmza

Prof. Dr. Nermin Olgun

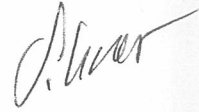
Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi



Sınav Jüri Üyeleri

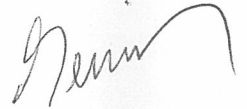
Yard. Doç. Dr. Sezgi Çınar

M.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları Hemşireliği



Yard. Doç. Dr. Sevim Ulupınar

M.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı



Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 14./08./2010. tarih ve 21. sayılı kararı ile onaylanmıştır.



Prof. Dr. Nimet GENÇOĞLU

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

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

Tarih

31.06.2010

"Ad Soyadı" (İmza)

MELİKE TUNA

TEŞEKKÜR

Çalışmam boyunca her konuda bana anlayış ve sabırla destek olan, değerli fikirleriyle çalışmama ışık tutan ve yardımlarını esirgemeyen değerli hocam ve danışmanım Prof. Dr. Nermin OLGUN a,

Çalışmam boyunca çevirileriyle bana destek olan Özgür ve İlknur DİRİK çiftine,

Beni her zaman destekleyen aileme,

Bana yardımcı olan tüm meslektaş ve arkadaşlarıma teşekkürlerimi sunar, çalışmamın hemşirelik mesleğine faydalı olmasını dilerim.

KISALTMALAR

FBÖ/FIM	: Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği
MTÖ/MBI	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği
MSPSS	: Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği
DSR	: Dünya Sağlık Raporu
TİA	: Transiyent İskemik Atak
TOAST	: Trial of Org 101717 in Acute Stroke Treatment
PaO₂	: Parsiyel Oksijen Basıncı
PaCO₂	: Parsiyel Karbondioksit Basıncı
BBT	: Bilgisayarlı Beyin Tomografisi
MR	: Manyetik Rezonans
ANA	: Amerikan Hemşireler Birliği
DT	: Duygusal Tükenme
KB	: Kişisel Başarı
DYS	: Duyarsızlaşma
LSD	: En Önemli Fark (Least Significance Difference)
K.K.T.C.	: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti

TABLO LİSTESİ

Tablo 4.3.1.	İnmenin Sınıflandırılması
Tablo 4.4.1.	İnme için Risk Faktörleri
Tablo 6.1.1.	Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri
Tablo 6.1.2.	Hasta Yakınının Sosyo-Demografik Özellikleri
Tablo 6.1.3.	Hasta Yakınlarının Tükenmişlik ve Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı
Tablo 6.2.1.	Hastanın Cinsiyetine Göre Hasta Yakınlarının Tükenmişlik Düzeyi Puanı
Tablo 6.2.2.	Hastanın Yaşı İle Hasta Yakınının Tükenmişliği Arasındaki İlişki
Tablo 6.2.3.	Hastanın Medeni Durumuna Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı
Tablo 6.2.4.	Hastanın Öğrenim Düzeyi Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı
Tablo 6.2.5.	Hastanın Çalışma Durumuna Göre Hasta Yakının Tükenmişlik Düzeyi Puanı
Tablo 6.2.6.	Hastanın Çalışmama Nedenine Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı
Tablo 6.2.7.	Hastanın Gelir Durumuna Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı
Tablo 6.2.8.	Hastanın Evde Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı
Tablo 6.2.9.	Hastaya Bakım Veren Kişilerin Yakınlığına Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı
Tablo 6.3.1	Hasta Yakınının Cinsiyetine Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı
Tablo 6.3.2.	Hasta Yakını Yaşı İle Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişki

- Tablo 6.3.3.** Hasta Yakını Yaşını İle Hasta Yakınının Çok Boyutlu Sosyal Destek Arasındaki İlişki
- Tablo 6.3.4.** Hasta Yakınının Medeni Durumuna Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı
- Tablo 6.3.5.** Hasta Yakınının Öğrenim Düzeyi Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı
- Tablo 6.3.6.** Hasta Yakınının Çalışma Durumuna Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı
- Tablo 6.3.7.** Hasta Yakınının Gelir Durumuna Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı
- Tablo 6.3.8.** Hasta Yakınının Beraber Yaşama Durumuna Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı
- Tablo 6.3.9.** Hasta Yakınının Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Hasta Yakını Tükenmişlik Düzeyi Puanı
- Tablo 6.3.10.** Hasta Yakınından Başka Hastaya Bakım Verenini Olup Olmamasına Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi
- Tablo 6.3.11.** Hastanın İnme Süresine Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı
- Tablo 6.3.12.** Hasta Yakınının Sağlık Sorununun Olup Olmamasına Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı
- Tablo 6.4.1.** Fonksiyonel Bağımsızlık ve Çok Boyutlu Sosyal Destek İle Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişki

İÇİNDEKİLER

BEYAN	I
TEŞEKKÜR	II
KISALTMALAR	III
TABLO LİSTESİ	IV
1. ÖZET	1
2. SUMMARY	2
3. GİRİŞ VE AMAÇ	3
4. GENEL BİLGİLER	5
4. 1. İNMENİN TANIMI	6
4. 2. İNMENİN EPİDEMİYOLOJİSİ	6
4. 3. İNME SINIFLANDIRMASI	7
4. 3. 1. Stroke Grupları	7
4. 3. 2. Toast Sınıflandırması	8
4. 4. İNMEDE RİSK FAKTÖRLERİ	9
4. 5. İNME BELİRTİLERİ	9
4. 6. İNMEDE TEDAVİ VE BAKIM	10
4. 6. 1. Akut İnmeli Hastalarda Genel Tedavi Prensipleri	10
4. 6. 2. İnme Destek Tedavisi	11
4. 6. 3. İnme ve Rehabilitasyon	11
4. 7. İNME VE DEPRESYON	12
4. 8. TÜKENMİŞLİK	13

4. 8. 1. Tükenmişliğin Tanımı	13
4. 8. 2. Tükenmişliğin Belirtileri	15
4. 8. 3. Tükenmişliğin Etkileri	15
4. 8. 4. Hastaya Bakım Veren Kişide Tükenmişlik	16
4. 8. 5. Tükenmişliği Önleme Stratejileri	16
4. 9. SOSYAL DESTEK	17
4. 9. 1. Sosyal Destek Modelleri	18
4.9.1.1. Temel Etki Modeli	18
4.9.1.2. Tampon Modeli	18
4. 9. 2.Sosyal Desteğin Önemi	18
4. 9. 3. Sosyal Desteğin Hemşirelikle İlgisi	19
5. GEREÇ YÖNTEM	21
5. 1. ARAŞTIRMANIN AMACI	21
5. 2. ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR	21
5. 3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİHİ	21
5.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ	21
5.5. VERİLERİN TOPLANMASI	22
5.5.1.Hasta Yakını ve Hastanın Tanıtım Formu	22
5.5.2. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği(FBÖ)	22
5.5.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)	23
5.5.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği(MSPSS)	23
5. 6. Verilerin Değerlendirilmesi	24
5. 7. Araştırmanın Etik Yönü	24
5. 8. Araştırmanın Sınırlılıklar	24

5. 9. Veri Toplama Yöntemi	24
6. BULGULAR	25
6. 1. Hasta ve Hasta Yakınının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Hasta Yakınlarının Tükenmişlik ve Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları	26
6. 2. Hastanın Sosyo- demografik Özelliklerine Göre Hasta Yakınlarının Tükenmişlik Düzeyi Puanı	30
6. 3. Hasta Yakınının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Tükenmişlik Düzeyi Puanı	34
6. 4. Fonksiyonel Bağımsızlık, Tükenmişlik Düzeyi ve Çok Boyutlu Sosyal Destek Arasındaki İlişki	39
7. TARTIŞMA ve SONUÇ	41
7.1. Hasta ve Hasta Yakınının Sosyo-demografik Özellikleri ve Hasta Yakınlarının Tükenmişlik ve Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları	41
7.2. Hastanın Sosyo- demografik Özelliklerine Göre Hasta Yakınlarının Tükenmişlik Düzeyi Puanları	45
7.3. Hasta Yakınının Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Tükenmişlik Düzeyi Puanları	45
7.4. Fonksiyonel Bağımsızlık, Tükenmişlik Düzeyi ile Çok Boyutlu Sosyal Destek Arasındaki İlişki	47
8. KAYNAKLAR	50
9. EKLER	58
10. ÖZGEÇMİŞ	68

1. ÖZET

Bu çalışma,, inmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda sosyal desteğin rolünü belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Çalışmaya; Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi yataklı servisi ve Anadolu Sağlık Merkezinde Nöroloji Servisinde 2008-2009 yılları arasında yatan 110 hasta ve hastaya bakım veren 110 hasta yakını katıldı. Veriler, inmeli hastalar ve yakınları için “Hasta ve Hasta Yakını Tanıtım Formu” ve “Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği”, “Çok Boyutlu Algılama Sosyal Destek Ölçeği” ve Tükenmişlik Ölçeği” kullanılarak toplandı. Bu çalışma sonucunda; inmeli hastaların çoğunluğunun (%63,64) erkek, %82,73’ünün çalışmadığı, %93,64’ünün sağlık güvencesi olduğu, %58,18’inin gelirinin giderine denk ve %41,82’sinin eşi ve çocuklarıyla yaşadığı, tümünün (%100) bakımıyla ilgilenen bir kişi olduğu ve bu kişinin eşi ve çocukları (%33,64) olduğu belirlendi. Hasta yakınlarının çoğunluğunun (% 67,27) kadın, % 69,09’unun evli, %37,27’sinin ilköğretim mezunu, %71,82’sinin çalışmayan, %82,73’ünün sağlık güvencesi olduğu, %60’ının gelirinin giderine denk olduğu belirlendi. İnmeli hastaya %35,45’ine eşi ve %33,64’üne çocukları bakmaktadır. Hastaların çoğunluğu (%68,18) 0-6 aydır inmelidir. Hasta yakınlarının %51,82’sinin sağlığının bu durumdan etkilendiğini düşünmekte ve %30’u azalmış fiziksel sağlık sorunları olduğunu belirtmektedir. Hasta yakınlarının duygusal tükenme ($29,94 \pm 8,06$) ve duyarsızlaşma ($18,57 \pm 4,45$) yaşadığı ancak kişisel başarılarının ($19,12 \pm 6,01$) etkilenmediği belirlenmiştir. Erkeklerin kadınlara göre daha fazla tükenmişlik yaşadığı çalışmamızda ortaya çıkmıştır. Çalışmamıza göre hasta yakınlarının aile sosyal destek aldığı görülmektedir. İnmeli hastaya bakım verenlerin özel insan, arkadaş sosyal destek puanları ile duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p < 0,01$). İnmeli hasta yakınlarının toplam tükenmişlik puanları ile toplam sosyal destek puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($p < 0,01$).

Anahtar Kelime: Hasta yakını, inme, sosyal destek, tükenmişlik.

2. SUMMARY

The Effect of Social Support on Stroke Patients' Caregivers who have the Burnout Syndrome

The aim of this study was to identify the role of social support in the case of burnout syndrome which is seen in caregivers of stroke patients. The caregivers of the stroke patients in Erenköy Physical Therapy and Rehabilitation Hospital and Neurology Department at Anadolu Medical Center between the years 2008 and 2009 were included in this research. Totally 110 patients and 110 caregivers participated in the present study. Patient Information Form and Functional Independence Meter (FIM) was applied to the stroke patients. Caregiver Information Form, Maslach Burnout Inventory (MBI) and Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) were applied to the caregivers of the stroke patients. This research revealed that most of the stroke patients were men (63,64%), nonworking 82,73%, had health security 93,64%, equal income and expenses 8,18%. Most of the caregivers were women (67,27%), married 69,09%, graduates of primary school 37,27%, nonworking 71,82%; had health security 82,73%, equal income and expenses 60%. Most of the patients were looked after by their wife/husband(35,45) and looked after by their children 31,82%. Most of them had stroke for 0-6 months (68,18%). Most of the caregivers were thinking that their health was affected negatively by this condition (51,82%) and stated that physically they had less serious problems 30%. It was discovered that caregivers experienced burnout ($29,94 \pm 8,06$) and insensitivity ($18,57 \pm 4,45$) but their personal achievement were not affected negatively ($19,12 \pm 6,01$). Compared to women, men experienced more burnout ($p:0,081$) and low personal achievement($p:0,093$). According to the present study, it was observed that caregivers were socially supported by family ($19,65 \pm 8,10$), a beloved ($14,94 \pm 9,88$) and a friend ($15,34 \pm 7,94$). The people who provide care to stroke patients, social support scores and subscale scores of emotional exhaustion and depersonalization as a statistically significant positive correlation was found ($p<0,01$). Relatives of patients with stroke, the total burnout scores between total social support score was statistically significant positive correlation was found ($p<0,01$).

Key Words: Burnout, caregiver, social support, stroke.

3. GİRİŞ VE AMAÇ

İnme geçiren hasta ve yakınları için ilk günler çok önemlidir. Hastanın yaşam tehlikesi vardır. Yaşadığı takdirde fonksiyonlarını tekrar kazanıp kazanamayacağı veya ne kadarını geri kazanabileceği net olarak bilinemez. Hastanın tam veya kısmi bakıma muhtaç olarak yaşamını devam ettirmesi gerekebilir. Bu hem hasta hem de hastaya bakım veren bireyi psikolojik, fiziksel ve sosyal olarak etkiler. Yaşam koşullarını tamamen değiştirmesine neden olabilir.

İnme terimi vasküler olaylara bağlı gelişen ani başlangıçlı fokal nörolojik sendrom bulgularını tanımlar. İnme; dünyada morbiditenin birinci, mortalitenin ise ikinci sırada en çok görülen nedenidir (Utku 2007).

Dünya Sağlık Örgütü'nün düzenlediği 2008 Dünya Sağlık İstatistikleri'ne göre 2004 yılında en çok görülen hastalık sıralamasında ikinci sırada olan serebrovasküler hastalıklar, 2030 yılında aynı sırada devam etmesi beklenmektedir (World Health Statistics 2008. [Erişim Tarihi:12.10.2008] www.who.int/healthinfo/statistics/en/ - 18k)

İnme sonrası erken dönemde mortalite altta yatan patolojiye ve lezyonun şiddetine bağlıdır. İskemik inmeli hastalarda ilk 30 gün içinde yaşam oranı %85 iken hemorajik inmeli hastalarda bu oran %20-52 arasında değişiklik gösterir. Erken dönemde mortalite sıklıkla hemorajik hastalarda iken ileriki dönemde daha sık görülen iskemik olgulardadır (Gündüz 2006).

İnmeli hastalarda nörolojik iyileşmenin büyük kısmı ilk 1-3 ay içinde olmaktadır; bazı çalışmalarda iyileşmenin daha yavaş olarak 6 aya kadar devam ettiği, %5 hastada ise 12. aya kadar ölçülebilir iyileşme olduğu bildirilmektedir. Motor gücün geri dönüşü fonksiyonun iyileşmesi ile eş anlamlı değildir; fonksiyon beceri isteyen ince koordinasyon hareketlerinin yapılamaması, apraksi, duyuşal defisitler, iletişim bozuklukları ve kognitif bozukluklar nedeni ile kazanılamayabilir (Gündüz ve Atamaz 2006).

Bunun yanında fonksiyonel iyileşme nörolojik iyileşme olmadan da olabilir veya nörolojik iyileşme tamamlandıktan sonra da aylarca devam edebilir. Birçok çalışmada yaşayanların %47-76'sının tam ya da kısmi bağımsızlığa ulaştığı bilinmektedir (Gündüz ve Atamaz 2006).

İnmeli hastada çok yönlü oluşan fonksiyon bozukluk, hastaya bakım veren hasta yakınına da çok yönlü etkilemektedir. Tükenmişlik sendromu; ilk olarak gönüllü sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve işi bırakma ile karakterize bir durumu tanımlamak için ortaya atılmıştır. Tükenmişliği, örgütsel kökenli diğer stres kaynaklarından ayıran özellik, çalışanların iş gereği karşılaştıkları kişilerle kurdukları sık ve yoğun etkileşimler sonucunda ortaya çıkmasıdır (Aktuğ ve ark. 2006).

Stresi önlemenin en etkin yollarından biri, yaşamın bütün alanlarında sosyal desteğe sahip olmaktır. İşyerinde veya bulunulan herhangi bir çevrede, özveri temelinde kurulan arkadaşlıklar, geliştirilen insani ilişkiler ve bu amaçla yöneticilerce sunulacak hizmetler bireye önemli ölçüde sosyal destek sağlayacaktır. Sosyal destek, bireyin ihtiyaçlar hiyerarşisinde var olan ait olma, sevgi, takdir ve kendini gerçekleştirme gibi temel ihtiyaçlarının başka bireylerle (arkadaşları, ailesi, üstleri veya profesyonel danışmanlar vb.) kurduğu etkileşim sonucunda tatmin edilmesi anlamına gelmektedir. Yüksek düzeyde sosyal desteğe sahip olan çalışanlar, stres kaynaklarından biri olan güvensizlik hissine sahip değildir. Aynı ortamda olmalarına rağmen sosyal desteğe sahip olmayan bireylere oranla daha az stres yaşadıkları araştırmalarla ortaya konulmuştur (Tutar 2000).

Bütüncül sağlık yaklaşımında, inmeli hastalar yakınları ile birlikte ele alınmalıdır. İnmeli hastaların yaşam şekli değişiklikleri, bakım verenlerinde yaşam şeklini değiştirecektir.

Bu araştırma, inmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda sosyal desteğin rolünü belirlemek amacıyla planlandı. Bu araştırmayla; hasta ve hasta yakınına profesyonel destek sağlayıcılar arasında bulunan hemşireden hangi konularda eğitim ve danışmanlık gereksinimlerinin olacağını belirlemek amaçlanmaktadır.

4. GENEL BİLGİLER

İnsan organizması, kendisini saran dış çevrenin etkisi altında iç ortamını belirli sınır içinde sabit tutmaya çalışmaktadır. Bu denge bozulduğu zaman uyumsuzluk ve hastalık durumuyla karşılaşabilmektedir (Özmen ve Önen 2005).

Kronik hastalık, uzun süreli devam eden bir durumdur. Genellikle iyileşmez, ancak kötüye gitmeleri önlenabilir. Kronik hastalıkların nedenleri araştırıldığında genellikle genetik özelliklerin, bazı durumlarda enfeksiyon ajanların neden olduğu birçok faktörün etkisiyle hastalık sürecinin başladığı görülür. Çoğu zaman etken kaynağı bilinmez. Yavaş ve ilerleyici özelliği olan bu hastalıklarda hiçbir zaman tam bir iyileşme sağlanamaz. Türkiye'de hastanelere yatan hastaların üçte biri kronik hastalıklar nedeniyle yatmakta ve Türkiye'deki ölüm nedenleri incelendiğinde ilk üç nedenin kronik hastalıklar olduğu görülmektedir (Önal, EA.(nd.), 2007 “ Kronik Hastalıkların Epidemiyolojisi” Son Erişim Tarihi: 22 Eylül 2009. <http://www.publichealth.pitt.edu/supercoursePPT/4011-5001/4141.ppt>.)

Yaşam biçimindeki değişiklikler, çevre faktörünün değişmesi, doğuştan beklenen yaşam ümidinin artması gibi nedenlerle Türkiye'de ve gelişmiş-gelişmekte olan ülkelerde kronik hastalıklar artış göstermiştir ve gösterecektir (Önal 2007, Dünya Sağlık Raporu [DSR], 1997). Kronik hastalıkların artış göstermesinin en önemli sonucu da insan acısı ve sakatlığın artması olacaktır (DSR 1997).

Günümüzde gelişmiş ülkelerde sağlığı tehdit eden hastalıklar içinde kanser, inme dahil dolaşım hastalıkları, akıl hastalıkları dahil ruhsal bozukluklar, kalp hastalığı, kronik akciğer hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların olduğu görülür. Bu hastalıklar yılda 24 milyondan fazla insanın diğer bir deyişle dünya çapında toplumun yaklaşık yarısının ölümüne neden olmaktadır (DSR 1997).

Kronik hastalıklar, her yaş grubunda görülmelerine rağmen genellikle orta yaşlarda başlar ve ömür boyu sürer, genellikle kalıcı sakatlıklar bırakır, zaman zaman iyileşme dönemine girse de tekrarlamalar hastalığı daha kötü duruma sokar ayrıca yaşam beklentisi arttıkça daha güncel hale gelir (İrgil, E. (nd.) (2007). Kronik Hastalıklar Epidemiyolojisi (Son Erişim Tarihi: 22 Eylül 2009). http://www.halksagligi.uludag.edu.tr/emel_irgil_3011/kronik_hast_epidemiyolojisi.pdf.

Dünya Sağlık Raporu'na (1997) göre doğumda global ortalama yaşam beklentisi 65 yıla ulaşmıştır. Kronik hastalıkların yaklaşık yarısının 45 yaşın altında başladığı düşünüldüğünde yaklaşık 20 yılın kronik bir hastalıkla mücadele gerektirecek bir dönem olduğu görülür (İrgil 2007). Bu nedenler dikkate alındığında kronik hastalıkların tedavisi zorlu süreçleri beraberinde getirir. Hastalıkla birlikte ortaya çıkan fiziksel kayıplar hastanın işlevselliğini azaltmakta ve hastada ruhsal bir çöküş oluşturabilmektedir (Kubler-Ross 1997, Okanlı 1994).

4.1.İNMENİN TANIMI

Serebrovasküler hastalık terimi merkezi sinir sisteminin arteriyel ve venöz dolaşım sistemlerine ait bozukluklarını ifade eder. Semptomlar aniden başladığında inme adını alır, nedeni yetersiz kan dolaşımı (iskemik inme) ya da beyin dokusu (parenkimal kanama) veya çevresindeki subarknoid aralık içine (subarknoid kanama) kanamadır. İnme olgularının yaklaşık %80'i iskemik kaynaklıdır. (Balkan 2005).

4.2. İNMENİN EPİDEMİYOLOJİSİ

Dünya Sağlık Örgütü'nün düzenlediği 2008 Dünya Sağlık İstatistikleri'ne göre 2004 yılında en çok görülen hastalık sıralamasında ikinci sırada olan serebrovasküler hastalıklar, 2030 yılında aynı sırada devam etmesi beklenmektedir (World Health Statistics 2008). İnme; dünyada morbiditenin birinci, mortalitenin ise ikinci sırada en çok görülen nedenidir (Utku 2007).

İnme görülme sıklığı açısından erkek kadın oranı birbirine eşittir, mortalite oranları ve insidansı siyahlarda daha yüksektir. İnme insidansının azalmasına ait nedenler henüz bilinmese de risk faktörlerinin ortadan kaldırılması önemlidir. Hipertansiyona müdahalede giderek artan başarı oranı ve sigara içme alışkanlığındaki düşüş inme insidansını azaltan başlıca faktörlerdir (Cecil 2001).

İnme sonrası erken dönemde mortalite, altta yatan patolojiye ve lezyonun şiddetine bağlıdır. İskemik inmeli hastalarda ilk 30 gün içinde yaşam oranı %85 iken hemorajik inmeli hastalarda bu oran %20-52 arasında değişiklik gösterir. Erken

dönemde mortalite sıklıkla hemorajik hastalarda görülür. İleriki dönemde daha sık mortalite iskemik olgularda görülür (Gündüz 2006).

Türkiye’de serebrovasküler hastalıklarla ilgili olarak yapılan çalışmalar ne yazık ki yeterli düzeyde değildir. Ölüm raporlarında ölüm nedeni olarak serebrovasküler hastalıkların yeterince işlenmemiş olması ve genel eğilim olarak kardiyopulmoner arrestin ölüm nedeni olarak gösterilmesi istatistikleri yanıltabilmekte ve gerçek değerlerden daha düşük değerlerin elde edilmesine neden olmaktadır. Ülkemizde serebrovasküler hastalık epidemiyolojisi ile ilgili bilinmesi gereken ilk gerçek, diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi beklenen yaşam süresinin ve bununla bağlantılı olarak da yaşlı nüfusun artmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) istatistiklerine göre yaşam beklentisi 1990, 2000 ve 2007 yılları için erkeklerde sırasıyla 63, 67 ve 71 iken bu değerler kadınlarda da yıllar içinde yükselme göstermiş ve 1990, 2000 ve 2007 yılları için 67, 72 ve 76 olarak bildirilmiştir. WorldHealthStatistics 2009 http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Table1. (Erişim: Haziran 2009).

4.3 İNME SINIFLANDIRMASI

Tablo 4.3.1: İnmenin Sınıflandırılması

Arteriyel inme	İskemik inme(%85-%88)	Geçici iskemiler	Tekrarlayıcı iskemik ataklar (TİA) (1-24 saat arası)
			Uzun tekrarlayıcı iskemik ataklar (TİA) (1 gün – 3 hafta arası)
		İnfarkt	
	Hemorajik İnme(% 11- %14)		
Venöz İnme	Yüzeyel Kortikal Ven Trombozu		
	Sinüs Ven Trombozu		
	Derin Ven Trombozu		

Balkan S. (2005). “Serebrovasküler Hastalıklar”, Güneş Kitabevi Yayınları.

Serebral arteriyel damarlardaki kan akımının bozulması sonucu ortaya çıkan iskemik inme, serebral arteriyel damarların yırtılması sonucunda beyin dokusu içinde kan toplanmasıyla oluşan hemorajik inme, intrakranyal damarların daha çok çatallanma yerlerinde bulunan anevrizmaların yırtılması sonucu ortaya çıkan subaraknoid kanamadır (Counihan 2002).

4.3.1. Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment (TOAST) Sınıflandırması

1993 yılında “Trial of Org 10172 in Acute Stroke Treatment” (TOAST) çalışmasında kullanılan sınıflandırmadır.

1. Geniş arter ateroskleroza (tromboz veya emboli).
2. Kardiyoembolizm.
3. Küçük damar oklüzyonu (lakün).
4. Diğer belirlenen nedenlere bağlı iskemik inme.
5. Nedeni belirlenemeyen iskemik inme

Beyin dokusunun iskemiye toleransı çok sınırlıdır. Beyini besleyen bütün damarlar da kan akımı kesildiği zaman, iskemiye hassas bölgelerde 6 - 8 dakika içerisinde kalıcı hasar meydana gelir. Normal kortikal kan akımı dakikada 60 ml/100gr beyin dokusu civarındadır. Bu değerin 30 ml'ye kadar düşmesi serebral otoregülasyon mekanizmalarının devreye girmesi sonucu herhangi bir nörolojik iskemik semptom oluşmaz. Bu değerin 20-30 ml'ye düşmesi geçici iskemik ataklar, 20 ml'nin altına düşmesi ise iskemik natürde infarkt ile sonuçlanır.(Turgut 2005).

Ayrıca transiyent iskemik atak (TİA) adı verilen ve beyne giden kan beslemesinin geçici olarak kesintiye uğramasıyla bir mini-inmeye neden olan bir durum da vardır. TİA'lar genellikle daha şiddetli bir inmenin yolda olduğunu gösteren belirtiler olduklarından kesinlikle ciddiye alınmalıdır (Counihan 2002).

4.4 İNMEDE RİSK FAKTÖRLERİ

Tablo 4.4.1: İnme için Risk Faktörleri

I. Değiştirilemeyen risk faktörleri
a. Yaş
b. Cinsiyet
c. Irk
d. Aile oykusu/genetik
e. Ailede inme ya da gecici iskemik atak oykusu
II. Değiştirilebilir risk faktörleri
a. Kesinleşmiş faktörler
1. Hipertansiyon
2. Sigara
3. Diyabetes Mellitus, hiperinsulinemi, glikoz intoleransı
4. Kardiyovasküler hastalıklar (Koroner kalp hastalığı, kalp yetmezliği, periferik arter hastalığı)
5. Asemptomatik karotis stenozu
6. Atrial fibrilasyon
7. Orak hücreli anemi
8. Dislipidemi
9. Obezite
10. Diyet ve beslenme alışkanlığı
11. Fiziksel inaktivite
12. Postmenapozal hormon tedavisi
b. Kesinleşmemiş faktörler
1. Metabolik sendrom
2. Alkol kullanımı
3. Hiperhomosisteinemi
4. İlaç kullanımı ve bağımlılığı
5. Hiperkoagulabilite
6. Oral kontraseptif kullanımı
7. İnflamasyon
8. Enfeksiyon
9. Migren
10. Yüksek Lp(a), yüksek Lp-(PLA2)
11. Uykuda solunum bozuklukları

Turgut C (2005). İskemik İnmede Risk Faktörleri ve Toast Sınıflaması, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, İstanbul. (Vekil Şef Doç. Dr. Arif Çelebi).

4.5. İNME BELİRTİLERİ

İnme belirtileri genellikle aniden gelir ve uyuşukluk, bitkinlik, vücudun bir tarafında çökme, yüzde zayıflık, baş dönmesi, konuşma ve başkalarını anlamada güçlük çekme ve şiddetli baş ağrılarıyla kendini gösterir. Transiyent İskemik Atak (TİA) belirtileri de inmeyle aynıdır ancak bu belirtiler birkaç dakika ila birkaç saatin ardından tamamen geçerler. Ancak TİA beyninize giden kan beslemesinde bir sorun

olduğunu gösteren bir uyarı işareti olduğundan, kesinlikle göz ardı edilmemesi gerekir (Güneş 2005).

Kan pıhtıları beyine giden kan beslemesini engellediğinde iskemik inmeler meydana gelir. Kan pıhtıları genellikle arterlerin daraldığı noktalarda meydana gelir. Yaşlandıkça damarlar daralır ancak bazı risk faktörleri bu süreci çok tehlikeli bir şekilde hızlandırabilir. Bu risk faktörleri arasında sigara, hipertansiyon, obezite, yüksek kolesterol içeren bir beslenme tarzı ve diyabet sayılabilir (Güneş 2005).

Hemorajik inmeler beyindeki bir kan damarı yırtıldığında meydana gelirler. Bunun temel sebebi beyindeki arterleri zayıflatarak yırtılmaya veya patlamaya elverişli hale getiren yüksek tansiyondur. Yüksek tansiyona ilişkin risk faktörleri arasında aşırı kilolu olmak, çok miktarda alkol tüketmek, sigara içmek, düzenli egzersiz yapmamak ve stres sayılabilir. Hemorajik inme zaman zaman travmatik bir kafa yaralanması sonucunda da meydana gelebilir (Güneş 2005).

4.6. İNMEDE TEDAVİ VE BAKIM

4.6.1. Akut İnmeli Hastalarda Genel Tedavi Prensipleri

Ayrıntılı muayene ve inmeye spesifik olan tedavilere başlamadan önce her hastaya mutlaka ABC ilk yardım ilkeleri uygulanmalıdır. Özellikle bilinci kapalı hastaların hava yolu açık tutulmalı ve 2 L/dakika'dan nazal oksijen desteği başlanmalıdır. Buna rağmen arter kan gazları düzelmeyen veya hava yolu korunamayan hastalar entübe edilmeli ve mekanik ventilatör desteğinde tutulmalıdır. Özellikle bilinci kapalı olan ve beyin sapı disfonksiyonu olan hastalar için entübasyon gerekebilir. PaO₂'nin 60 mmHg'nin altında, PaCO₂'nin ise 50 mmHg'nin üzerinde olduğu durumlarda veya arter kan gazları normal olduğu halde hastanın yüksek aspirasyon riski varsa entübasyon kararı verilir (Adams et al 2006)

Durumu ağır olan hastaların bir yandan genel destek tedavisi yapılırken diğer yandan dikkatli öyküleri alınmalıdır. Kardiyovasküler muayeneleri ve nörolojik muayeneleri çabuk bir şekilde yapılmalıdır. Bu değerlendirmeler yapılırken laboratuvar incelemelerine başlanmalı ve muayene sonrası hastanın acil olarak kontrastsız bilgisayarlı beyin tomografisi (BBT) yaptırılmalıdır. BBT, erken

dönemde hematoma ve akut inme benzeri bulgulara neden olabilecek yapısal lezyonların görülmesini ve inmenin tümör, travma, apse gibi durumlardan ayırıcı tanısını sağlar. Ancak ilk 12 saatte yapılan BBT ile beyin infarktlarının %50'den fazlası görüntülenemez (Kutluk 2004).

Büyük infarktların erken döneminde BBT'de serebral ödem veya kitle etkisi gibi erken bulgular göze çarpabilir. Diğer erken infarkt bulguları; dens arter bulgusu, striatokapsüler hipodansite, sulkuslarda silinme, gri ve ak madde ayrımının kaybolmasıdır. İnfarktın ilk dakikalardan itibaren görüntülenebilmesini sağlayan yeni MR teknikleri geliştirilmiştir. Yeni MR teknikleri ile (difüzyon, perfüzyon ve spektroskopisi) beyin bölgelerinin metabolik durumu ve kanlanması hakkında bilgi edinilebilir. Böylece iskemik bölgenin lokalizasyonu ve boyutları görüntülenmiş olur. Uygun şartlarda trombolitik tedavi verilen merkezlerde, BBT'nin hasta acil servise getirildikten sonraki ilk 30 dakika içinde çekilmesi gerekir (Kutluk 2004).

İncelemeler sonrası hastalar nörolojik yoğun bakım veya varsa inme ünitelerinde izlenmelidir. Trombolitik tedavi yapılacak olan hastaların, zaman kaybından kaçınmak için tedavi sonrası transportu tercih edilmelidir. İnme ünitelerinde tedavi gören hastaların hastanede kalış süresi daha kısa, mortalite ve morbidite oranları da daha düşüktür (Işıkay 2003).

4.6.2. İnme Destek Tedavisi

İnme destek tedavisinin ne şekilde olacağı inmenin nedenine bağlıdır. Kan pıhtılarının tekrar oluşma ihtimalini azaltmak için kullanılan antikoagülan ilaçlar, kolesterol ilaçları ve hipertansiyonu azaltacak ilaçlar kullanılır. Bazı iskemik inmelere karotid arterdeki tıkanmalar açmak için cerrahi ve angiografik yöntemler kullanılır. Hemorajik inme tedavisinde beyindeki pıhtıları gidermek ve varsa yırtılan kan damarlarını onarmak için kraniyotomi işlemi uygulanır (Işıkay 2003).

4.6.3. İnme ve Rehabilitasyon

İnmeli hastalarda nörolojik iyileşmenin büyük kısmı ilk 1-3 ay içinde olmaktadır; bazı çalışmalarda iyileşmenin daha yavaş olarak 6 aya kadar devam ettiği, %5 hastada ise 12. aya kadar ölçülebilir iyileşme olduğu bildirilmektedir. Motor gücün geri dönüşü fonksiyonun iyileşmesi ile eş anlamlı değildir; fonksiyon beceri isteyen ince koordinasyon hareketlerinin yapılamaması, apraksi, duyuusal

defisitler, iletişim bozuklukları ve kognitif bozukluklar nedeni ile kazanılamayabilir. Bunun yanında fonksiyonel iyileşme nörolojik iyileşme olmadan da olabilir veya nörolojik iyileşme tamamlandıktan sonra da aylarca devam edebilir. Birçok çalışmada yaşayanların %47-76'sının tam ya da kısmi bağımsızlığa ulaştığı bilinmektedir (Durmaz ve Atamaz 2006).

İnme genellikle uzun süreli, belirli derecelerde nörolojik kayba ve özürlülüğe sebebiyet vermesine rağmen, çoğu hastada nörolojik fonksiyonda doğal iyileşme ve günlük yaşam aktivitelerini yapma yeteneğinde düzelme olabilir. Primer nörolojik fonksiyonlarda defisitler şeklinde olan bozukluk (giyinme, yürüme gibi) fonksiyonel aktiviteleri yapma yeteneğinde azalma şeklinde görülen özürlülükle sonuçlanmaktadır (Gündüz 2006).

Bununla birlikte, bu kişilerde nörolojik kayıp ve özürlülük arasındaki ilişkinin mahiyeti açık değildir. İnmede nörolojik kayıp ve özürlülük arasındaki ilişkideki durumun ortaya konmasındaki eksikliğin çoğu, nörolojik fonksiyonu ve özürlülüğün ciddiyetini belirlemedeki zorluk olabilir. Rehabilitasyon, inme hastalarında özürlülük seviyesini azaltmada yaygın olarak kullanılmaktadır. Nörolojik fonksiyondaki bozukluğun kendiliğinden iyileşmenin sebep olduğu azalmayla, rehabilitasyon esnasında oluşan özürlülükteki azalmaya primer katkısı olduğu rehabilitasyon uzmanlarınca tartışılmaktadır (Bardak ve ark. 2008).

4.7. İNME VE DEPRESYON

İnme hayatın tüm alanlarını etkileyen önemli bir sağlık sorunu olarak ortaya çıkmaktadır. Nörolojik yetersizlik ve fonksiyonel özürlülük ile sonuçlanan inmenin uzun dönemdeki sonuçları hayat kalitesi üzerine önemli bir etkiye sahiptir (Eskiyurt ve ark 2005).

İnmeyi takiben çok çeşitli duygulanım ve davranış bozuklukları ortaya çıkmaktadır. Bu bozukluklar; depresyon, mani nöbeti, bipolar bozukluk, anksiyete bozukluğu, apati, patolojik ağlama ve gülmedir. Bu bozukluklardan en çok görüleni ise depresyondur. İnmenin en büyük sekeli hastalarda sebep olduğu yetersizliklerdir ve 60 yaşın üzerinde fiziksel yetersizliğe sebep olan en önemli faktörlerden biridir (Dilek ve ark. 2005).

İnme sonrası fonksiyonel iyileşme birbirinden farklı birçok faktöre bağlıdır ve bu faktörlerden biri de psikososyal faktörlerdir. İnme sonrası depresyonun fonksiyonel iyileşme üzerine olumsuz etkisi mantıksal olarak beklenen bir sonuç olmakla birlikte, inme hastalarında depresyonun rehabilitasyon sonuçları üzerine etkisi konusundaki çalışmalar çelişkilidir. Bazı araştırmacılar, inme sonrası depresyonu günlük yaşam aktivitelerindeki fonksiyonel iyileşme üzerine etkili olduğu sonucuna varmıştır (Dilek ve ark. 2005).

İnme sonrası depresyon gelişiminin kronik dönemde de sık görüldüğü, depresyonun fonksiyonel sonuç için kötü bir prognoz göstergesi olduğu gösterilmiştir. İnme rehabilitasyonunda fonksiyonel iyileşme üzerine olan multifaktoriyal etkilerle birlikte depresyonun da göz ardı edilmemesi gerektiği bilinmelidir (Soyuer ve Soyuer 2007).

İnme geçiren hastalarda demans sıklığının ortalama 4-12 kata kadar arttığı, ortalama inme sonrası demans yaygınlığının %30 civarında olduğu bildirilmektedir (Tatemichi et al 1992, Bakar 2003).

Ülkemizde ve dünyada yaşlı nüfusun giderek artması ve yoğun bakım ünitelerinin yaygınlaşması sonucunda inme sonrası ölümlerin azalması, inme sonrası demans sıklığının ve dolayısıyla topluma olan maliyetinin ileride daha da artacağını göstermektedir (Leys et al 2005).

4.8. TÜKENMİŞLİK

4.8.1. Tükenmişliğin Tanımı

İnmeli hastada çok yönlü oluşan fonksiyon bozukluk, hastaya bakım veren hasta yakınına da çok yönlü etkilemektedir. Tükenmişlik sendromu; ilk olarak gönüllü sağlık çalışanları arasında görülen yorgunluk, hayal kırıklığı ve işi bırakma ile karakterize bir durumu tanımlamak için ortaya atılmıştır. Tükenmişliği, örgütsel kökenli diğer stres kaynaklarından ayıran özellik, çalışanların iş gereği karşılaştıkları kişilerle kurdukları sık ve yoğun etkileşimler sonucunda ortaya çıkmasıdır (Aktuğ ve ark. 2006).

İlk kez 1970’li yıllarda tanımlanan Tükenmişlik (Burnout) olgusu, sosyal bir problem olarak öneminin anlaşılmasıyla birlikte; araştırmacılar tarafından ilgi duyulan bir çalışma konusu olmuştur. En yalın haliyle “Ruhsal ve fiziksel açıdan enerjinin tükenişi” olarak tanımlanmaktadır (Budak ve Sürgevil 2005).

Tükenmişlik, bilimsel yayınlara 1974 yılında Herbert J. Freudenberger’in klasikleşmiş makalesi olan “Personel Tükenmişliği” ile girmiştir. Tükenmişlik, H Freudenberger tarafından "enerji, güç veya kaynaklar üzerindeki aşırı taleplerden dolayı tükenmeye başlamak" olarak tanımlanmıştır. Tükenmişlik, duygusal taleplerin yoğun olduğu ortamlarda uzun süre bulunmaktan kaynaklanan, fiziksel yıpranma, çevreye ve yaşama karşı olumsuz tutumlar geliştirilmesi gibi belirtilerin eşlik ettiği bir durum olarak tanımlanabilir (Freudenberger 1974). Bundan kısa bir süre sonra sosyal psikolog Christina Maslach, 1976 yılında bu kavramı açıklamak ve ölçmek amacı ile ilk defa bir dizi çalışma yapmıştır (Duygun ve Sezgin 2003).

Tükenmişlik konusunda çalışmalara öncülük eden Maslach, tükenmişliği, yorucu ve problemlili insanlarla yoğun olarak ilgilenenlerin gösterdiği zorlanma tepkisi olarak tanımlamıştır. Maslach tarafından, 1986 yılında yayınlanan “Maslach Tükenmişlik Ölçeği El Kitabı”nda, tükenme kavramının duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı olarak 3 alt boyutu ortaya konulmuştur. Duygusal tükenmişlik kavramı, bireyin duygusal kaynaklarının tükenmesi ve enerjisinin azalmasını tanımlamaktadır. Duyarsızlaşma, bakım verenin bakım verdiği kişilere karşı takındığı negatif, gayri ciddi tavır ve duyguları tanımlamaktadır. Kişisel başarı noksanlığı ise kişinin kendini olumsuz değerlendirme eğilimi, kendini yeterli bulmama olarak tanımlanır (Maslach ve Jackson 1981).

Personel Tükenmişliği, bireylerin işleri gereği karşılaştıkları insanlara karşı duyarsızlaşmaları, duygusal yönden kendilerini tükenmiş hissetmeleri, kişisel başarı ve yeterlilik duygularının azalması şeklinde ortaya çıkan, daha çok insanlarla yüz yüze ilişki gerektiren mesleklerde görülen bir olgudur. Ancak tükenmişlik kavramı, yorgunluk ya da yıpranma gibi kavramlarla karıştırılmamalıdır. Tükenmişliğin yıpranmaktan (wearing down) farklı olduğu gösterilmiştir. Aynı şekilde tükenmişliğin iş doyumsuzluğu ile de aynı şey olmadığına dikkat çekmek gerekmektedir. (Ergin 1996)

Maslach, tükenmişlik tanımını genişletmiş, daha geniş bir konu olan duyarsızlaşmanın bir bölümü olarak bu problemi ele almıştır. Duyarsızlaşmanın, bireylerin diğer insanlardan kopmaya başladıklarında, özellikle diğer insanlara yardımcı olmaya yönelik mesleklerde çalışanlarda, hizmet verdikleri sanki insan değilmiş gibi davranan çalışanlarda görüldüğünü belirtmiştir. Duygun'a göre, Maslach ve Jackson, yaptıkları araştırmalara dayanarak, tükenmişlikte üç özellikten bahsetmektedirler; kendini psikolojik olarak işe vermede yetersizlik (duygusal tükenmişlik), hizmet verilen kişilere karşı olumsuz duygular besleme (duyarsızlaşma) ve kişinin kendini ve yaptığı işi olumsuz bir biçimde değerlendirme eğilimidir (kişisel başarı eksikliği). (Duygun ve Sezgin 2003).

4.8.2. Tükenmişliğin Belirtileri

Duygun'a göre Maslach ve Jackson bu özellikleri gösteren kişileri ve görülen belirtileri dört kategoride toplamışlardır:

- a) Duygusal belirtiler; depresyon, düşük öz saygı, şüphe, yalıtılmışlık duygusu, öfke, kötümserlik, mutsuzluk, anksiyete, unutkanlık ve kafa karışıklığı,
- b) Davranışsal belirtiler; ilaç-alkol kullanımı, aşırı tepki verme, sabırsızlık, öfke patlamaları, rahat olamama, kurallar karşısında esnek olamama, evlilik/aile çatışmaları, yüzeysel iletişim kurma ve intihar girişimleri.
- c) Somatik belirtiler; yorgunluk, uykusuzluk, migren, baş ağrısı, ülser, sırt ve boyun ağrısı, kilo kaybı, nefes daralması, üriner sistem problemleri, sık hastalanma ve yoğunlaşma bozuklukları.
- d) Savunma belirtileri; inkâr etme, suçlama, mantığa bürünme, yansıtma ve yer değiştirmedir.

4.8.3. Tükenmişliğin Etkileri

Tükenmişlik sendromu, uzun dönem sorun yaratmıyor gibi görünmekte ve sağlık çalışanları sendromundan kurtulabilmektedir. Yaşamın ilerleyen sürecinde ciddi sorunlara yol açmaktadır (Ergin 1992).

Tükenmişlik uzun dönem yaşandığında kişinin çevresindekiler ve iş ile ilişkisini en alt düzeye indirgemektedir. Tükenmişlik yaşayan birey yorgundur, sabah yataktan kalkmak güç gelir. Bireyde sağlık problemleri belirtileri görülmesine neden olur.

Yoğun çalışmadan dolayı psikolojik çöküntü yaşayan insanlar kronik sağlık problemlerine maruz kalırlar (Birol 2000, Fredenberger H.J. 1974).

Tükenmişliğin olumsuz sarmalının sonuçlarından biri de, fazla stres altında kaldıkça ve bireysel yaşamlarında daha az destek aldıkça insanlar işle ilgili problemlerle başa çıkabilme konusunda normalde olduklarından daha başarısız olmaya başlarlar. Tükenmekte olan insanlar genellikle psikolojik ve fiziksel olarak hayattan çekilirler. Sadece yapmak zorunda olduğu işleri yapar ve geri zamanda ortamdan kendini soyutlarlar (Maslach ve Leiter 1997).

Evlilik ve aile hayatından alınan doyumun ve aile yapısının olumlu olarak algılanmasının tükenmişlikle negatif korelasyona sahip olduğu görülmüştür. Tükenmişlikle sosyal destek arasındaki ilişki incelendiğinde, sosyal desteğin tükenmişliğe karşı bir tampon görevi gördüğüne işaret etmektedir. Sosyal destek kaynaklarından yararlanmak tükenmişliği azaltan, sosyal destek kaynaklarından yoksun olmak ise tükenmişliği arttıran bir faktör olarak bulunmuştur. Yakın, devamlı, ulaşılabilir bir aile ve dost çevresine sahip olmanın, bireye güven veren ve destekleyen nitelik taşıdığı için tükenmişlik riskini azalttığı görülmektedir (Tevrüz 1996).

4.8.4. Hastaya Bakım Veren Kişide Tükenmişlik

Hastaya bakmakla yükümlü olan kişinin yaptıkları ve gösterdiği gayrete rağmen takdir bulmaması sonucu tükenmişlik ortaya çıkar. Hastaya bakan kişi kendini yalnız hisseder ve başkalarında yardım alamazsa tükenmişlik ortaya çıkar. Hastayı ve yakınlarını terk etmesine yol açabilir. Herkeste farklı şekilde ortaya çıkabilir (Carter 1994).

4.8.5. Tükenmişliği Önleme Stratejileri

- Tükenmişliğin farkında olunması
- Bireyin kendini denetlenmesi
- Stres etkenlerinin tanımlanması
- Beklentilerin ve zorunlulukların gözden geçirilmesi
- Israrcılık ve müzakerecilik yetilerinin geliştirilmesi

- Bireyi ruhen besleyen ve eksiltlen şeylerin saptanması
- İşin başarı kriterlerinin görülmesi
- Yardım ve destek ağlarının gözden geçirilmesi (Johstone 1999)

4.9. SOSYAL DESTEK

Sosyal destek; stres altındaki ya da güç durumdaki bireye çevresindeki insanlar veya kurumlar tarafından sağlanan maddi ve manevi yardımlar olarak tanımlanır (Eker ve Arkar 1995). Sosyal desteğin tanımı üzerinde görüş ayrılıkları olmakla birlikte tüm tanımlar sosyal desteğin maddi, duygusal ve kognitif (bilişsel) unsurları kapsadığına dair fikir birliği içindedir. Cohen ve Wills (1985), daha önceki sosyal destek tipolojilerinden yola çıkarak sosyal desteği dört boyutta ele almış ve şöyle açıklamışlardır:

- a. Duygusal Destek: Sevgi, hoşlanma, anlayış, kabul görme, değer verilme, özen gösterilme, korunma gereksinimlerini kapsayan bir tür destek. Literatürde ifade edici destek, değerlilik desteği, yakın destek olarak da adlandırılmaktadır.
- b. Araçsal Destek: Parasal yardımı, materyal kaynakları, araç gereç yardımı gibi somut yardımları içerir.
- c. Bilgisel Destek: Sorun kabul edilen olaylarla başa çıkmada, tanımlayıcı nitelikte bilgiler vermeyi ve böylece sorunu anlamayı sağlayan destek biçimi olarak tanımlanmaktadır.
- d. Yaygın Destek: Boş vakitlerde diğer insanlarla zaman geçirme, eğlenme, rahatlama, sosyal arkadaşlık olarak tanımlanmaktadır.

Bir başa çıkma kaynağı ya da yöntemi olarak işlev görebilen sosyal destek, uzun ve kısa süreli stres ve kriz dönemlerinde, bireyin bilgi işleme sürecini etkileyerek, yeni durumlara ve uyarıcılara karşı uyumu kolaylaştıran, zihinsel yapıyı destekleyen bir unsur olarak harekete geçer. Bireyler ve gruplar arasındaki bağlantıları sağlayarak, ailenin stresle baş etmek için gereksinim duyduğu yardım ve destek ağını oluşturur. Sosyal destek böylece, bireyin ve ailenin davranışlarını etkileme ve onların

yeterliliklerini arttırma yoluyla önleyici ve eğitici bir işlev görür (Güçray 1995, Görgü 2005).

4.9.1.Sosyal Destek Modelleri

4.9.1.1. Temel Etki Modeli: Bu model sosyal destek ile sağlık arasında doğrudan bir ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Bu modele göre, sosyal destek her koşulda, fiziksel sağlık üzerinde olumlu bir etki yapar ve bireyin kendini daha iyi hissetmesini sağlar. Aynı zamanda temel etki modeli, sosyal desteğin olmamasının birey üzerinde olumsuz etki yaratabilecek bir durum olduğu görüşünü savunur. Dolayısıyla, sosyal destekten yoksun olmak, başlı başına, birey üzerinde olumsuz etki yaratabilecek bir durum olarak görülür (Cohen ve Wills 1985).

4.9.1.2. Tampon Modeli: Temel etki modelinin tersine tampon etki modelinde sosyal desteğin en önemli fonksiyonu, stres verici durumların yarattığı zararlı azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumaktır. Stres yaratıcı durumlar söz konusu olmadığı sürece, sosyal desteğin bulunmamasının sağlık ve kendini iyi hissetme durumu üzerinde olumsuz bir etkisi yoktur. Ancak, yüksek düzeylerde stres yaratan durumlarda sosyal destek bireyin uyum sağlamasını ve koşullarla başa çıkmasını kolaylaştırarak, stresin zararlı etkilerini azaltan bir tampon görevi yapmaktadır (Cohen ve Wills 1985).

4.9.2.Sosyal Desteğin Önemi

Hastalık ilerledikçe sosyal aktivite eksikliği ve bundan sonraki yaşamını sahip olduğu hastalıkla geçireceğini düşünmesi, hastaların kendilerini diğer insanlardan farklı görmesine ve yalnızlık duygusu ile birlikte sosyal izolasyon yaşamasına neden olmaktadır. Bu durumda birey hem sosyal desteğinden uzaklaşmakta hem de sosyal desteğe gereksinim duymaktadır (Aras 2001).

Sosyal destek, duygusal ilginin ifade edilmesi, mal ve hizmet yardımı yapılması, durumuna ilişkin bilgilendirme ve kendini değerlendirme amacıyla güven verme alanlarından birinde ya da birkaçında oluşturulan iletişimi içermektedir. Sosyal destek bireyin bağıllık gereksinimini doyumakta, kimlik duygusunu korumasına ve güçlendirmesine yardımcı olmakta ve kendine güveninin artmasını sağlamaktadır (Eylen 2001).

4.9.3. Sosyal Desteğin Hemşirelikle İlgisi

Florence Nightingale, Henderson gibi birçok hemşirelik otoritesi, hemşireliği “yardım eden güç” olarak tanımlamıştır. Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) tarafından yapılmış tanım da “Hemşirelik bakımı huzursuzluk, yalnızlık ve yardımsızlık alanlarında bireylere rahatlık ve destek sağlar.” denilmektedir (Ulusoy ve ark. 2001).

Sosyal destek hemşirelikte ve hemşirelik araştırmalarında önemli ve köklü sorun olmaktadır. Birçok araştırmacı hasta bakımında sosyal desteğin belirlenip, değerlendirilmesi gerektiği konusunda fikir birliğine varmıştır (Toljamo et al 2001).

Hastaların sosyal destek sistemlerini geliştirmeye yönelik hemşirelik uygulamaları; yaşı, mesleği, cinsiyeti birbirine uygun hastaların tanıştırılması, hasta ziyaretçileri için özel alanlar düzenlenmesi, ziyaretçilerin hastanın fiziksel bakımına katılımının sağlanması, hastalar ile iş arkadaşları arasındaki bilerek kurulan ilişkiler, hastanın destekten çok anlaşmazlık kaynağı olan ağ üyelerinin belirlenmesi şeklindedir. Hastaya bakım veren aile, komşu ve diğer bakım verici kişilerin toplum sağlığı hemşirelerince destek için eğitilmesi şeklindedir (Aras 2001).

İnme sonrasında hem hasta hem de yakınlarını dört aşamalı bir uyum sürecinden geçmektedir.

- Hasta yakınlarının hastalarına gereğinden fazla yardım etmesi önlenmeli.
- Günlük yaşamında hastanın bağımsız hareket etmesini kolaylaştırıcı bazı değişiklikler yapılmalı.
- Hastanın rehabilitasyon için cesaretlendirilmeli.
- Hasta yakınlarına kendilerinin de bir hayatları olduğu unutturulmamalıdır.

İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda sosyal desteğin rolünü belirlemeye yönelik yapılan çalışmaya rastlanılamamıştır. Benzer araştırmalara farklı hasta gruplarında rastlanmıştır.

Conk ve Yıldırım (2005) zihinsel yetersizliği olan çocuğa sahip anne/babaların stresle başa çıkma tarzlarına ve depresyon düzeylerine planlı eğitimin etkisi konulu araştırma yapmışlardır. Bu araştırmada; çocuğun bakımını devam ettirme

sorumluluğunun ailelere ait olmasının yanı sıra bu tür ailelerin çok olması nedeniyle stresle başa çıkma stratejilerine uyum geliştirmek için içlerinde hemşirenin de bulunduğu profesyonel destek sağlayıcılara ihtiyaç duyulduğu belirtilmektedir. Çalışmanın sonunda zihinsel yetersizliğe sahip çocuğu olan anne/babalara verilen eğitimin, stresle başa çıkmada ve depresyon bulgularını azaltmada etkili olduğu görülmüştür.

Aydın'ın (2006) çalışması Alzheimer tipi demans hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik ve anksiyete düzeyini belirleme amacıyla yapılmıştır. Bu araştırmada Alzheimer hastalığının, bu hastalara bakım verenlerde tükenmişlik oluşturduğu belirlenmiştir. Hastalıkta ortaya çıkan psikolojik ve davranışsal semptomlar bakım verenlerdeki tükenmişliği artırdığı belirlenmiştir. Diğer taraftan hastalıkta ortaya çıkan tükenmişlik ve bunu etkileyen faktörler kültürel yapıya göre değişiklik gösterdiği belirlenmiştir.

5.GEREÇ YÖNTEM

5.1. ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu araştırma, inmeli hastalara bakım veren aile bireylerinde oluşan tükenmişlik durumunda sosyal desteğin rolünü belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı.

5.2. ARAŞTIRMADA YANITLANMASI BEKLENEN SORULAR

- Hastanın sosyo- demografik özelliklerine göre hasta yakınlarının tükenmişlik düzeyi değişiyor mu?
- Hasta yakınının sosyo-demografik özelliklerine göre tükenmişlik düzeyi değişiyor mu?
- Fonksiyonel bağımsızlık, tükenmişlik düzeyi ile çok boyutlu sosyal destek arasında ilişki var mı?

5.3. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE TARİH

Araştırma, 2008-2009 yılları arasında Anadolu Sağlık Merkezi ve Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yapıldı.

5.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

2008-2009 yılları arasında Anadolu Sağlık Merkezi ve Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi'nde yatan ve ayaktan tedavi gören 1254 inmeli hasta ve hasta yakınları araştırmanın evrenini oluşturdu.

Araştırmanın çalışma grubu, ayaktan veya yatarak tedavi gören 18 yaş üzeri, okur-yazar, çalışmaya katılmayı kabul eden 110 inmeli hasta ve 110 hasta yakınından oluştu.

5.5. VERİLERİN TOPLANMASI

5.5.1.Hasta Yakını ve Hastanın Tanıtım Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan, çalışma grubu ile ilgili demografik özellikleri belirlemeye yönelik 27 sorudan oluşan bir anket formudur. Bu sorular sırası ile hastanın cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, mesleği, çalışmama nedeni, sağlık güvencesi, gelir durumu, evde kaç kişi yaşadığı, bakımıyla ilgilenen biri olup olmadığı ve bakımıyla ilgilenen kişinin kim olduğundan ve hasta yakınının cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, mesleği, çalışmama nedeni, sağlık güvencesi, gelir durumu, evde kaç kişi yaşadığı, hastaya yakınlık derecesi, bu kişiden başka hastanın bakımıyla ilgilenen biri olup olmadığı, hastanın ne zamandır inmeli olduğu, hasta yakınının kendi yaşadığı sağlık sorunu var olup olmadığı ve varsa hasta yakınının yaşadığı sağlık sorununun ne olduğundan oluştu. (Ek 3).

5.5.2. Fonksiyonel Bağımsızlık Ölçeği (FBÖ)

Amerika Birleşik Devletlerinde spinal kord yaralanması olan bireylerin fonksiyonel durumlarını değerlendirmek amacıyla Uniform National Data System'in parçası olarak 1990 yılında geliştirilmiş. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi'nde Küçük Deveci ve arkadaşları tarafından (2001) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak ülkemizdeki benzer çalışmalarda kullanılmaya başlanmıştır.

FBÖ motor ve bilişsel beceriler olmak üzere 2 bölümden oluşmaktadır. Bölümlerin her biri kendi içinde 6 alt boyut (kendine bakım, sfinkter kontrolü, mobilite ve transfer, hareket edebilme ve yürüme, iletişim ve sosyal algılama) altında 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 değerlendirilir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 18, en yüksek puan ise 126'dır (Ek 4).

5.5.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

Tükenmişlik ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenirlik çalışması Çapri (2006) tarafından yapılan ölçek 22 sorudan oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. Duygusal Tükenme (DT), Kişisel Başarı (KB) ve Duyarsızlaşma (DYS) olmak üzere üç alt boyutu vardır. DT ve DYS boyutları olumsuz, KB boyutu olumlu yanıtları içermektedir. Puanlar her alt boyut için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Alt boyutlardan elde edilen puanlar için kesme değeri olmadığından tükenme var ya da yok biçiminde bir ayırım yapılamamıştır. Tükenmişliği yaşamakta olan bireylerde DT ve DYS puanlarının yüksek, KB puanlarının düşük olması beklenmektedir. Çapri, Tükenmişlik Ölçeği (TÖ)'nin güvenirliği, Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı ve test tekrar test (kararlılık) güvenirlik katsayısı yöntemleri ile hesaplanmış. TÖ'nin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı $\alpha=0,93$, alt bileşenler için sırasıyla 0,83, 0,75, 0,88 olarak bulunmuş. Çalışmamızda, cronbach alfa yöntemi ile yapılan değerlendirmede 0,643 değerine ulaşılmıştır (Ek 5).

5.5.4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Eker ve Arkar (2001) tarafından normal ve hasta gruplar üzerinde geçerlilik ve güvenirliği yapılmış. Her biri dört maddeden oluşan, desteğin kaynağına ilişkin üç alt boyutu (aile 3, 4, 8, 11, arkadaş 6, 7, 9, 12, özel insan 1, 2, 5, 10) içeren, toplam 12 maddeden oluşan yedili likert tipi değerlendirme özelliğine sahip bir ölçektir. Eker ve Akar'ın çalışmasında, her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmiş. Elde edilen ölçeğin toplam puanının yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. İç tutarlılığı ölçmek için Cronbach alfa yöntemi kullanılmış. Değerler 0.80 ile 0.95 arasında imiş ve üç örnekleme de ölçek ve alt ölçekler kabul edilebilir düzeyde iç tutarlılık göstermiş. Çalışmamızda, cronbach alfa yöntemi ile yapılan değerlendirmede 0,893 değerine ulaşılmıştır. Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği ve örnekleme kabul edilir düzeyde tutarlılık göstermiştir (Ek 6).

5.6.Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde iki grupta değişkenler için bağımsız gruplarda t testi, birden fazla olan gruplarda ise tek yönlü varyans analizi, normal dağılıma uygunluk göstermeyenler için Kruskall Wallis tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Çoklu karşılaştırmalar ise Least Significance Difference (LSD) ve Kruskall Wallis (z) testi ile yapılmıştır. Tükenmişlik ve sosyal destek puanları arasındaki ilişki için Pearson ve Spearman korelasyon katsayıları hesaplandı, istatistiksel anlamlılık iki yönlü ve $p<0.05$ olarak kabul edildi.

5.7. Araştırmanın Etik Yönü

Marmara Üniversitesi Etik Kuruluna Tez öneri formu sunuldu ve onayı alındı (Ek 7). Araştırmanın yapıldığı Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesinde yataklı serviste yatan hasta yakınlarıyla çalışma yapılması için İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden izin ve onay yazısı alındı (Ek 8). Araştırmanın yapıldığı Gebze Anadolu Sağlık Merkezinde yataklı serviste yatan hasta yakınlarıyla çalışma yapabilmek için Anadolu Sağlık Merkezi Etik Kurulundan izin ve onay yazısı alındı (Ek 9).

5.8.Araştırmanın Sınırlılıklar

Hasta yakınlarının eğitim düzeyi düşük olması nedeniyle soruları anlaması ve cevaplamasında sıkıntı yaşandı.

5.9. Veri Toplama Yöntemi

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplandı. Bilgisayar da değerlendirilerek sonuçlar uygun analiz yöntemleri kullanılarak yorumlandı. Çalışma araştırmanın yapılacağı kurumlardan gerekli izinler ve onaylar alındıktan sonra örnekleme belirtilen özellikler doğrultusunda sürdürüldü. Örnekleme alınan bireylere araştırmanın amacı açıklanarak, araştırmayı kabul ettikleri zaman araştırma kapsamına alındılar.

6.BULGULAR

Bu bölümde İstanbul ili Anadolu yakasında bulunan biri özel, biri devlet hastanesi iki hastanede yatan inmeli hastaların yakınlarında tükenmişlik durumlarını belirlemek için yapılan araştırmanın bulguları aşağıdaki başlıklar halinde sunuldu.

- Hasta ve hasta yakınının sosyo-demografik özellikleri ve hasta yakınlarının tükenmişlik ve sosyal destek ölçeği ortalama puanları
- Hastanın sosyo- demografik özelliklerine göre hasta yakınlarının tükenmişlik düzeyi puanları
- Hasta yakınının sosyo-demografik özelliklerine göre tükenmişlik düzeyi puanları
- Fonksiyonel bağımsızlık, tükenmişlik düzeyi ile çok boyutlu sosyal destek arasındaki ilişki

6.1. Hasta ve Hasta Yakınının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Hasta Yakınlarının Tükenmişlik ve Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları

Çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri Tablo 6.1.1’de gösterildi.

Tablo 6.1.1. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (n=110)

		N	Yüzde(%)
Cinsiyet	Kadın	40	36,36
	Erkek	70	63,64
Meslek	Çalışmıyor	91	82,73
	Serbest	12	10,91
	Memur	2	1,82
	İşçi	5	4,55
Çalışmama Nedeni	Çalışıyorum	7	6,36
	Hastalık nedeniyle çalışmıyorum	25	22,73
	Başka nedenden dolayı çalışmıyorum	44	40,00
	Emekliyim	34	30,91
Sağlık Güvencesi	Yok	7	6,36
	SSK	56	50,91
	Bağ-kur	18	16,36
	Emekli sandığı	12	10,91
	Yeşil kart	15	13,64
	Özel Sigorta	2	1,82
Gelir Durumu	Gelir giderden az	32	29,09
	Gelir gidere denk	64	58,18
	Gelir giderden fazla	14	12,73
Kiminle Yaşıyor	Yalnız	11	10,00
	Eşimle birlikte	34	30,91
	Eşim ve çocuklarımla	46	41,82
	Diğer	19	17,27
Bakımınla İlgilenen Biri Var mı?	Evet	110	100,00
Bakımıyla İlgilenen	Eş	39	35,45
	Çocuklar	37	33,64
	Anne/baba	11	10,00
	Bakıcı	5	4,55
	Diğer	18	16,36

Hastaların %63,64 (70 kişi)’ünün erkek, %82.73 (91 kişi)’ünün çalışmadığı, çalışmama nedenleri olarak da %22.73(25 kişi)’ünün hastalık nedeni ile %40 (44 kişi)’inin başka nedenden dolayı çalışmadığı, yalnızca %6.36 (7 kişi)’sının sağlık güvencesinin olmadığı, çoğunluğunun (%93,64; 103 kişi) sağlık güvencesinin olduğu, çoğunluğunun (%58.18; 64 kişi) gelirinin giderine denk olduğu,

çoğunluğunun (%41.82; 46 kişi) eşi ve çocuklarıyla yaşadığı, tümünün (%100) bakımıyla ilgilenen bir kişi olduğu ve bu kişinin çoğunlukla eşi (%35.45;) ve çocukları (%33.64) olduğu belirlendi.

Çalışmaya katılan hasta yakınlarının sosyo demografik özellikleri tablo 6.1.2. 'de gösterildi.

Tablo 6.1.2. Hasta Yakının Sosyo-Demografik Özellikleri (n= 110)

		n	Yüzde(%)
Cinsiyeti	Kadın	74	67,27
	Erkek	36	32,73
Medeni Durumu	Evli	76	69,09
	Bekar	34	30,91
Öğrenim Düzeyi	Okur-yazar değil	14	12,73
	Okur-yazar	10	9,09
	İlkokul mezunu	41	37,27
	Ortaokul mezunu	11	10,00
	Lise mezunu	23	20,91
Mesleği	Fakülte/Yüksekokul	11	10,00
	Çalışmıyor	79	71,82
	Serbest	9	8,18
	Memur	6	5,45
	İşçi	16	14,55
Çalışmama Nedeni	Çalışıyor	27	24,55
	Hastaya baktığı için	13	11,82
	Başka nedenden dolayı	50	45,45
	Emekliyim	20	18,18
Sağlık Güvencesi	Yok	19	17,27
	Emekli sandığı	19	17,27
	SSK	55	50,00
	Yeşil kart	7	6,36
	Bağ-kur	9	8,18
Gelir durumu	Özel sigorta	1	0,91
	Gelir giderden az	33	30,00
	Gelir gidere denk	66	60,00
	Gelir giderden fazla	11	10,00
	Yalnız	11	10,00
Kimlerle Yaşıyor	Eşimle birlikte	23	20,91
	Eşim ve çocuklarımla	51	46,36
	Diğer	25	22,73
	Eş	32	29,09
Hastaya Yakınlığı	Çocuklar	35	31,82
	Anne/baba	11	10,00
	Kardeş	17	15,45
	Diğer	15	13,64
Başka Bakım Veren	Var	81	74,55
	Yok	29	25,45
İnme Süresi	0-6 ay	75	68,18
	6-12 ay	23	20,91
	1-2 yıl	10	9,09
	2 yıl ve üzeri	2	1,82
Sağlığını Etkilendi mi?	Evet	57	51,82
	Hayır	53	48,18
Yaşadığı Sorunlar	Yok	43	39,09
	Uykusuzluk	15	13,64
	İştahsızlık	3	2,73
	Algıda azalma	5	4,55
	Endişe düzeyinde artma	6	5,45
	Kişilerarası ilişkilerde bozulma	5	4,55
	Azalmış fiziksel sağlık	33	30,00

Hasta yakınlarının % 67.27 (74 kişi)'si kadın, % 69.09 (76 kişi)'si evli, çoğunluğu (%37.27; 41 kişi) ilkokul mezunudur. Hasta yakınlarının %71.82 (79 kişi)'u çalışmıyor, çoğunluğu (%45.45; 50 kişi) başka nedenlerle çalışmıyor, %17.27 (19 kişi)'unun sağlık güvencesi yok, çoğunluğu (%50; 55kişi) SSK'lı ve çoğunluğunun (%60; 66 kişi) geliri gidere denktir. Hasta yakınlarının %46.36 (51 kişi)'i eşi ve çocuklarıyla birlikte yaşıyor, %31.82 (35 kişi)'si hastanın çocuğudur. Çoğunlukla (%74.55; 83 kişi) hasta yakınından başka bakım veren yakını vardır. Hastaların %68.18 (75 kişi)'i 0-6 aydır inmelidir. Hasta yakınlarının %51.82 (57 kişi)'si sağlığının bu durumdan etkilendiğini düşünmekte, çoğunluğu (%30; 33 kişi) azalmış fiziksel sağlık sorunları olduğunu bulund.

Tablo 6.1.3. Hasta Yakınlarının Tükenmişlik ve Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanlarının Dağılımı (n: 110)

	Ort.± S.S.	Min.	Max.
Duygusal Tükenmişlik	29,94±8,06	11	45
Duyarsızlaşma	18,57±4,45	5	25
Düşük Kişisel Başarı	19,12±6,01	8	33
Aile	19,65±8,10	4	28
Özel İnsan	14,94±9,88	4	28
Arkadaş	15,34±7,94	4	28

Hasta yakınlarının duygusal tükenmişlik alt ölçeğinden aldığı puan 11-45 arasında olup ortalaması 29,94±8,06'dır; duyarsızlaşma alt ölçeğinden aldıkları puan 5-25 arasında olup ortalaması 18,57±4,45'tir; düşük kişisel başarı alt ölçeğinden aldığı puan 8-33 arasında olup ortalaması 19,12±6,01'dir.

Hasta yakınlarının aileden aldığı sosyal destek puanı 4-28 arasında olup ortalaması 19,65±8,10'dur; özel insandan aldığı sosyal destek puanı 4-28 arasında olup ortalaması 14,94±9,88'dir; arkadaştan aldığı sosyal destek puanı 4-28 olup ortalaması 15,34±7,94'tür.

6.2. Hastanın Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hasta Yakınlarının Tükenmişlik Düzeyi Puanı

Tablo 6.2.1. Hastanın Cinsiyetine Göre Hasta Yakınlarının Tükenmişlik Düzeyi Puanı (n= 110)

Tükenmişlik Alt Grupları	Cinsiyet		t	p
	Kadın (n=40)	Erkek (n=70)		
	Ort.±S.S	Ort.±S.S		
Duygusal Tükenme	30,30±7,97	29,70±8,18	0,38	0,70
Duyarsızlaşma	18,42±4,47	18,48±4,47	0,28	0,78
Düşük Kişisel Başarı	19,09±6,41	19,13±5,79	-0,04	0,97
Toplam Tükenmişlik	68,12±9,95	67,31±10,67	0,40	0,69

Hastanın cinsiyetine göre hasta yakınının duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı alt ölçek puanları ve toplam tükenmişlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.2.2. Hastanın Yaşı ile Hasta Yakınının Tükenmişliği Arasındaki İlişki (n= 110)

Yaş	Duygusal Tükenmişlik	Duyarsızlaşma	Düşük Kişisel Başarı	Toplam tükenmişlik
r	-0,142	-0,084	0,071	-0,083
p	0,140	0,384	0,464	0,391

Hastanın yaşı ile hasta yakınının duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı alt ölçek puanları ve toplam tükenmişlik puanları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.2.3 Hastanın Medeni Durumuna Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı (n=110)

Tükenmişlik Alt Grupları	Medeni Durum		KW;	p
	Evli (n=78) Ort.±S.S.	Bekar (n=32) Ort.±S.S.		
Duygusal Tükenme	30,05±8,06	29,75±8,20	1,12;	0,70
Duyarsızlaşma	18,41±4,66	19,05±3,96	0,92;	0,63
Düşük Kişisel Başarı	18,95±5,98	19,50±6,25	0,45;	0,80
Toplam Tükenmişlik	67,41±11,00	68,26±8,71	0,47;	0,63

Hastanın medeni durumuna göre hasta yakınının duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı alt ölçek puanları ve toplam tükenmişlik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.2.4 Hastanın Öğrenim Düzeyi Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı (n=110)

Tükenmişlik Alt Grupları	Öğrenim Düzeyi						KW; p
	Okur-yazar değil (n=26) Ort.±S.S.	Okur-yazar (n=11) Ort.±S.S.	İlkokul Mezunu (n=42) Ort.±S.S.	Ortaokul Mezunu (n=11) Ort.±S.S.	Lise Mezunu (n=14) Ort.±S.S.	Fakülte/ Yüksekokul Mezunu (n=6) Ort.±S.S.	
Duygusal tükenmişlik	30,08±8,23	28,91±6,64	30,31±8,33	29,27±9,39	27,86±7,82	34,67±6,53	4,17; 0,52
Duyarsızlaşma	18,54±3,93	18,55±4,48	18,60±4,90	18,73±4,63	16,86±3,98	22,33±2,80	6,50; 0,26
Düşük kişisel başarı	19,42±6,43	18,36±5,01	18,50±5,25	19,82±8,33	21,86±5,74	15,83±6,43	5,63; 0,34
Toplam Tükenmişlik	68,04±9,11	65,82±11,60	67,40±11,60	67,82±13,67	66,57±9,08	72,63±4,71	0,49; 0,85

Hastanın öğrenim düzeyine göre hasta yakınının duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı alt ölçek puanları ve toplam tükenmişlik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6. 2. 5. Hastanın Çalışma Durumuna Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı (n= 110)

Tükenmişlik Alt Grupları	Çalışma Durumu		t	p
	Çalışıyor (n= 20)	Çalışmıyor (n= 90)		
	Ort.± S.S.	Ort.± S.S.		
Duygusal Tükenme	32,85±8,04	29,29±7,97	1,80	0,074
Duyarsızlaşma	20,85±4,02	18,07±4,40	2,60	0,011
Düşük Kişisel Başarı	16,50±5,74	19,70±5,65	-2,19	0,031
Toplam Tükenmişlik	70,20±12,30	67,06±9,86	-0,52	0,22

Hastanın çalışma durumuna göre hasta yakınının duygusal tükenme alt ölçek puanı ve toplam tükenmişlik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0.05$). Çalışma durumuna göre hasta yakınının duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulundu ($p<0.05$).

Tablo 6.2.6. Hastanın Çalışmama Nedenine Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı (n= 110)

Tükenmişlik Alt Grupları	Çalışmama Nedeni			f	p
	Hastalık nedeni ile çalışmıyorum (n=25)	Başka nedenden dolayı çalışmıyorum (n=44)	Emekliyim (n=34)		
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.		
Duygusal Tükenme	28,72±9,05	29,55±8,45	30,85±6,72	0,534	0,588
Duyarsızlaşma	17,68±4,84	18,75±4,37	18,44±4,27	0,463	0,631
Düşük Kişisel Başarı	19,16±6,36	18,45±5,88	19,68±5,91	0,404	0,669
Toplam Tükenmişlik	65,56±12,35	66,75±9,18	68,97±9,63	0,88	0,42

Hastanın çalışmama nedenine göre hasta yakınının duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı alt ölçek puanları ve toplam tükenmişlik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.2.7. Hastanın Gelir Durumuna Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı (n= 110)

Tükenmişlik Alt Grupları	Gelir Durumu			F	p
	Gelir giderden az (n= 32)	Gelir gidere denk (n= 64)	Gelir giderden fazla (n=14)		
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.		
Duygusal Tükenme	28,13±8,24	31,02±7,98	31,43±6,86	2,85	0,06
Duyarsızlaşma	18,19±4,88	18,33±4,24	18,29±4,63	0,25	0,78
Düşük Kişisel Başarı	19,72±6,30	18,45±5,88	20,57±7,11	0,91	0,41
Toplam Tükenmişlik	65,03±10,68	68,34±10,03	70,29±10,64	1,64	0,20

Hastanın gelir durumuna göre hasta yakınının duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı alt ölçek puanları ve toplam tükenmişlik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.2.8. Hastanın Evde Birlikte Yaşadığı Kişilere Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı (n= 110)

Tükenmişlik Alt Grupları	Beraber Yaşama				F	p
	Yalnız (n= 11)	Eşi ile birlikte (n=34)	Eşi ve çocukları (n=46)	Diğer (n= 19)		
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.		
Duygusal Tükenme	26,82±7,03	29,06±6,95	30,87±9,01	31,05±8,00	3,17	0,37
Duyarsızlaşma	17,45±2,81	17,32±5,00	19,50±4,27	19,21±4,24	5,23	0,16
Düşük Kişisel Başarı	22,00±4,34	20,68±5,60	17,76±5,60	17,95±6,32	7,03	0,07
Toplam Tükenmişlik	66,27±6,12	67,06±11,37	68,13±11,28	68,21±8,41	0,15	0,93

Hastanın beraber yaşadığı kişilere göre hasta yakınının duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı alt ölçek puanları ve toplam tükenmişlik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 6.2.9. Hastaya Bakım Veren Kişilerin Yakınlığına Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı (n= 110)

Tükenmişlik Alt Grupları	Bakım Veren					KW; p
	Eş (n =39) Ort.±S.S.	Çocuklar (n= 37) Ort.±S.S.	Anne/ baba (n=11) Ort.±S.S.	Bakıcı (n= 5) Ort.±S.S.	Diğer (n=18) Ort.±S.S.	
Duygusal tükenmişlik	27,97±7,17	30,14±7,80	28,82±8,73	34,00±6,04	33,33±9,65	7,71; 0,10
Duyarsızlaşma	17,77±4,31	18,92±4,58	18,82±4,56	17,80±5,26	19,67±4,38	2,89; 0,58
Düşük kişisel başarı	20,23±5,65	18,95±5,97	18,64±6,99	20,20±8,70	17,06±5,51	3,01; 0,56
Toplan Tükenmişlik	65,97±11,62	68,00±8,87	66,27±9,14	72,00±12,08	70,06±10,76	0,77; 0,55

Hastaya bakım veren kişiye göre hasta yakınının duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı alt ölçek puanları ve toplam tükenmişlik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0.05$).

6.3. Hasta Yakınının Sosyo-Demografik Özelliklerinin Tükenmişlik Düzeyi Puanı

Tablo 6.3.1 Hasta Yakınının Cinsiyetine Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı (n= 110)

Tükenmişlik Alt Grupları	Hasta Yakını Cinsiyet		t	p
	Kadın (n= 74) Ort.±S.S.	Erkek (n= 36) Ort.±S.S.		
Duygusal Tükenme	29,00±7,77	31,86±8,42	-1,76	0,081
Duyarsızlaşma	18,76±4,62	18,19±4,12	0,62	0,537
Düşük Kişisel Başarı	18,45±6,03	20,50±5,81	-1,70	0,093
Toplam Tükenmişlik	66,20±10,72	70,56±9,02	-2,10	0,038

Hasta yakınının cinsiyetine göre hasta yakınının duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0.05$). Hasta yakınının cinsiyetine göre hasta yakınının toplam tükenmişlik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulundu ($p<0,05$).

Tablo 6.3.2. Hasta Yakını Yaşı İle Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişki (n= 110)

	Hasta Yakını Yaşı	
	r	p
Duygusal tükenmişlik	-0,191	0,045
Duyarsızlaşma	-0,138	0,152
Düşük kişisel başarı	0,099	0,305
Toplam Tükenmişlik	-0,150	0,118

Hasta yakınının yaşı ile hasta yakını duygusal tükenmişlik alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf anlamlı kolerasyon bulundu ($p<0,05$).

Tablo 6.3.3. Hasta Yakını Yaşını İle Hasta Yakınının Çok Boyutlu Sosyal Destek Arasındaki İlişki (n= 110)

	Hasta Yakını Yaşı	
	r	p
Aile Sosyal Destek	-0,254	0,007**
Özel İnsan Sosyal Destek	-0,321	0,001**
Arkadaş Sosyal Destek	-0,233	0,014*
Toplam Sosyal Destek	-0,355	0,000***

* $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0,001$

Hasta yakınının yaşı ile hasta yakınının çok boyutlu aile, özel insan, arkadaş sosyal destek ölçeği puanları ve toplam sosyal destek puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı kolerasyon bulundu.

Tablo 6. 3. 4. Hasta Yakınının Medeni Durumuna Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı (n= 110)

Tükenmişlik Alt Grupları	Hasta Yakını Medeni Durumu		KW;	p
	Evli (n=76)	Bekar (n=34)		
	Ort.± S.S.	Ort.+ S.S.		
Duygusal Tükenme	29,45±7,87	30,43±7,69	6,794;	0,033
Duyarsızlaşma	18,51±4,35	19,60±5,07	3,891;	0,143
Düşük Kişisel Başarı	18,57±6,20	19,14±4,94	2,848;	0,241
Toplam Tükenmişlik	66,53±10,16	69,38±9,67	4,090;	0,020

Hasta yakını medeni durumuna göre hasta yakınının duygusal tükenme alt ölçek puanı ve toplam tükenmişlik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulundu ($p<0.05$).

Tablo 6.3.5. Hasta Yakınının Öğrenim Düzeyi Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı (n= 110)

Tükenmişlik Alt Grupları	Hasta Yakını Öğrenim Düzeyi						KW; p
	Okur-yazar değil (n= 14)	Okur-yazar (n= 10)	İlkokul Mezunu (n= 41)	Ortaokul Mezunu (n= 11)	Lise Mezunu (n= 23)	Fakülte/ Yüksekokul Mezunu (n= 41)	
	Ort.±S.S.	Ort. ±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	
Duygusal tükenmişlik	25,43±6,52	25,70±5,93	30,41±7,97	28,18±8,48	33,00±8,62	33,09±6,99	12,65;0,027
Duyarsızlaşma	18,43±3,50	16,90±3,70	18,51±4,98	18,45±4,97	18,83±4,42	20,09±3,91	3,641;0,602
Düşük kişisel başarı	20,93±5,20	19,50±5,76	18,85±5,86	19,09±7,40	19,30±6,31	17,09±6,32	3,433;0,634
Toplam Tükenmişlik	64,78±9,14	62,10±7,66	67,78±11,85	65,72±11,47	71,13±9,66	70,27±5,10	1,566;0,176

Hasta yakını öğrenim düzeyine göre hasta yakınının duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı alt ölçek puanları ve toplam tükenmişlik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0.05$). Hasta yakını eğitim durumuna göre hasta yakınının duygusal tükenme alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$).

Tablo 6. 3. 6. Hasta Yakınının Çalışma Durumuna Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı (n= 110)

Tükenmişlik Alt Grupları	Hasta Yakını Çalışma Durumu		t	p
	Çalışıyor (n= 29)	Çalışmıyor (n= 81)		
	Ort. ±S.S.	Ort.±S.S.		
Duygusal Tükenme	32,17±6,85	29,14±8,35	1,76	0,08
Duyarsızlaşma	19,17±4,01	18,36±4,460	0,84	0,40
Düşük Kişisel Başarı	18,59±6,81	19,31±5,73	-0,55	0,58
Toplam Tükenmişlik	69,93±8,83	66,80±10,78	1,40	0,164

Hasta yakınının çalışma durumuna göre hasta yakınının duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve düşük kişisel başarı alt ölçek puanları ve toplam tükenmişlik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 6.3.7. Hasta Yakınının Gelir Durumuna Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı (n= 110)

Tükenmişlik Alt Grupları	Gelir Durumu			KW; p	
	Gelir giderden az (n= 33)	Gelir gidere denk (n= 66)	Gelir giderden fazla (n= 11)		
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.		
Duygusal Tükenme	27,76±10,00	30,91±6,85	30,64±7,84	2,86;	0,239
Duyarsızlaşma	18,30±5,08	18,47±4,19	20,00±4,10	1,28;	0,527
Düşük Kişisel Başarı	18,88±6,14	19,26±6,13	19,00±5,35	0,13;	0,938
Toplam Tükenmişlik	64,94±12,90	68,64±8,97	69,64±8,88	1,65;	0,20

Hasta yakınının gelir durumuna göre hasta yakınının duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı alt ölçek puanları ve toplam tükenmişlik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p> 0.05$).

Tablo 6.3.8. Hasta Yakınının Beraber Yaşama Durumuna Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı (n= 110)

Tükenmişlik Alt Grupları	Beraber Yaşama				KW; p
	Yalnız (n=11)	Eşi ile birlikte (n= 23)	Eşi ve çocukları (n= 51)	Diğer (n= 25)	
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	
Duygusal Tükenme	27,91±5,03	26,57±7,07	30,69±8,06	32,40±9,12	7,240;0,066
Duyarsızlaşma	17,09±3,56	17,09±4,65	18,71±4,11	20,32±4,84	8,019;0,046
Düşük Kişisel Başarı	22,82±4,69	19,61±5,54	18,43±6,01	18,44±6,60	5,830;0,120
Toplam Tükenmişlik	67,82±7,18	63,26±10,08	67,82±10,31	71,16±10,95	2,430;0,070

Hasta yakınının beraber yaşadığı kişilere göre hasta yakınının duyarsızlaşma alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulundu ($p<0.05$).

Tablo 6.3.9. Hasta Yakınının Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Hasta Yakını Tükenmişlik Düzeyi Puanı (n= 110)

Tükenmişlik Alt Grupları	Hasta Yakınının Hastaya Yakınlık Derecesi					KW; p
	Eş (n= 32)	Çocuklar (n= 35)	Anne/ baba (n= 11)	Bakıcı (n= 17)	Diğer (n= 15)	
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	
Duygusal tükenmişlik	26,88±6,89	29,51±8,33	28,36±9,45	34,29±7,60	33,67±6,42	12,91; 0,012
Duyarsızlaşma	17,88±4,32	18,63±4,54	18,82±4,56	18,94±5,14	19,33±3,99	1,40; 0,845
Düşük kişisel başarı	19,50±5,16	19,03±5,55	19,55±8,17	28,88±6,02	18,47±7,59	0,70; 0,952

Hastaya bakım veren kişiye göre hasta yakınının duygusal tükenme alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulundu ($p<0.05$).

Tablo 6.3.10. Hasta Yakınından Başka Hastaya Bakım Verenini Olup Olmamasına Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi (n= 110)

Tükenmişlik Alt Grupları	Hastaya Bakım Veren Başka Kişi		t	p
	Evet (n= 81)	Hayır (n= 29)		
	Ort.± S.S.	Ort.± S.S.		
Duygusal Tükenme	30,85±8,29	27,34±6,90	2,05	0,043
Duyarsızlaşma	19,12±4,65	17,03 ±3,48	2,21	0,029
Düşük Kişisel Başarı	18,65±5,77	20,41 ±6,58	-1,36	0,177
Toplam Tükenmişlik	68,64±10,66	64,79±9,03	1,73	0,086

Hasta yakınından başka hastaya bakım veren olup olmamasına göre hasta yakınında duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulundu ($p<0.05$).

Tablo 6.3.11. Hastanın İnme Süresine Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puan (n= 110)

Tükenmişlik Alt Grupları	Hastanın İnme Süresi			KW; p
	0-6 ay (n= 75)	6-12ay (n= 23)	1-2 yıl (n = 12)	
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	
Duygusal Tükenmişlik	30,80±8,12	28,78±7,95	26,75±8,04	3,51; 0,17
Duyarsızlaşma	19,12±4,64	17,35±3,88	17,50±3,85	4,25; 0,12
Düşük kişisel başarı	18,08±6,14	21,30±5,46	21,42±4,64	7,13; 0,03
Toplam Tükenmişlik	68,00±10,17	67,43±11,09	65,67±10,74	0,26; 0,77

Hastanın inme süresine göre hasta yakınında düşük kişisel başarı alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulundu ($p<0.05$). İnme süresi 0-6 ay olan hastaların yakınlarının düşük kişisel başarı puanları diğer hasta yakınlarından daha düşüktür.

Tablo 6.3.12. Hasta Yakınının Sağlık Sorununun Olup Olmamasına Göre Hasta Yakınının Tükenmişlik Düzeyi Puanı (n= 110)

Tükenmişlik Alt Grupları	Hasta Yakınının Sağlık Sorununun Olup Olmaması		t	p
	Evet (n= 57)	Hayır (n= 53)		
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.		
Duygusal Tükenme	28,11±7,07	31,91±8,65	-2,53	0,013
Duyarsızlaşma	17,96±4,04	19,23±4,80	-1,49	0,138
Düşük Kişisel Başarı	19,96±5,89	18,21±6,06	1,54	0,126
Toplam Tükenmişlik	66,04±9,73	69,34±10,82	-1,69	0,095

Hasta yakının sağlık sorununun olup olmamasına göre hasta yakınında duygusal tükenme alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulundu ($p<0.05$).

6.4. Fonksiyonel Bağımsızlık, Tükenmişlik Düzeyi ve Çok Boyutlu Sosyal Destek Arasındaki İlişki

Tablo 6.4.1. Fonksiyonel Bağımsızlık ve Çok Boyutlu Sosyal Destek İle Tükenmişlik Düzeyi Arasındaki İlişki (n= 110)

	Duygusal Tükenmişlik		Duyarsızlaşma		Düşük Kişisel Başarı		Toplam Tükenmişlik	
	r	p	r	p	r	p	r	p
FBÖ	0,088	0,363	-0,007	0,942	-0,013	0,889	0,067	0,485
Aile	0,429	0,000***	0,336	-	-0,362	-		
Özel İnsan	0,267	0,005**	0,188	0,049*	-0,171	0,074		
Arkadaş	0,275	0,004**	0,193	0,043*	-0,180	0,060		
Toplam Sosyal Destek							0,288	0,002**

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001

İnmeli hastaya bakım verenlerin aile, özel insan, arkadaş sosyal destek puanları ile duygusal tükenme alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu.

İnmeli hastaya bakım verenlerin özel insan ve arkadaş sosyal destek puanları ile duyarsızlaşma alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu.

İnmeli hasta yakınlarının toplam tükenmişlik puanları ile toplam sosyal destek puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu.

7. TARTIŞMA ve SONUÇ

İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda sosyal desteğin rolünün incelendiği çalışmadan elde edilen sonuçlar bulgulara paralel olarak tartışıldı. Ülkemizde bu alanda yapılan benzer bir çalışmaya rastlanılmadı. Çalışmamızda hastanın fonksiyonel bağımsızlığı ve hastanın yaşı, cinsiyeti, bakım verenin yakınlık derecesi, yaşı gibi hastalıktan bağımsız faktörler incelendi.

7.1. Hasta ve hasta yakınının sosyo-demografik özellikleri ve hasta yakınının tükenmişlik ve sosyal destek ölçeği ortalama puanları

7.2. Hastanın sosyo- demografik özelliklerine göre hasta yakınının tükenmişlik düzeyi puanları

7.3. Hasta yakınının sosyo-demografik özelliklerine göre tükenmişlik düzeyi puanları

7.4. Fonksiyonel bağımsızlık, tükenmişlik düzeyi ile çok boyutlu sosyal destek arasındaki ilişki

7.1. Hasta ve Hasta Yakınının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Hasta Yakınlarının Tükenmişlik ve Sosyal Destek Ölçeği Ortalama Puanları

Literatürde erkeklerde inme insidansı kadınlara göre daha fazladır (Appelros et al 2009). Çalışmamızda inmeli hastaların %63'ünü erkekler oluşturmaktadır. Soyuer ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada inmeli hastaların %61,9'unu erkekler oluşturmuş. Öztürk (2004) 'ün yaptığı çalışmada inmeli hastaların %60'ını erkekler oluşturmuş. Çalışmamızda elde edilen sonuç literatür ile benzer sonuç göstermektedir.

Çalışmamızda inmeli hastaların %82'sinin çalışmadığı görülmektedir. Hastaların fonksiyonel kayıpları nedeniyle çalışmadığı sonucuna varılmaktadır. Tamam ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında hastaların % 83'ünün çalışmadığı görülmüş. Çalışmamızla benzer sonuç elde edilmiştir.

Çalışmamızda hasta yakınlarının % 67'si kadınlar oluşturmaktadır. Alzheimer hastalarına bakım verenlerle yapılan çalışmada %86'sının, depresyon hastalarına bakım verenlerin %75'inin kadın olduğu bulunmuş (Altın 2006). Avrupa çapında 11 ülkede yapılan EUROCARE çalışmasında; 9 ülkede bakım verenlerin %50'den fazlasının kadın olduğu bulunmuş. Buna karşın 4 ülkede tam tersi bir sonuç bulunmuş (Schneider et al 1999). Kronik nörolojik hastalığı olan kişilere bakım verenlerde depresyon, anksiyete ve yaşam kalitesini inceleyen araştırmada bakım verenlerin % 73'ü kadın olduğu tespit edilmiş (Yıldırım ve ark. 2009). Yaşlı bireye bakım veren bireylerin özellikleri incelendiğinde, tamamına yakınının (%96.9) kadın olduğu tespit edilmiş (Akça ve Taşçı 2005). Şizofrenik bozuklukların tedavisinde psikososyal yaklaşımların aileler üzerindeki etkilerinin araştırıldığı araştırmada hastalarının bakım verenlerin %78.3'ünün kadın olduğu tespit edilmiş (Doğan ve ark. 2002). Kanserli hastalara bakım verenlerin bakım verme yükünü ölçmek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılan araştırmada; bakım verenlerin çoğunun (%65) kadın olduğu tespit edilmiştir (Şahin ve ark 2008). Kadınların bakım verme işlevine uygun görülmesinin en önemli nedeni; genellikle toplumlar tarafından ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların, kadının doğal işi olarak görülmesi olabilir (Akın ve Demirel 2003).

Çalışmamızda hasta yakınlarının %69.09'sı evlidir. Şizofrenik bozuklukların tedavisinde psikososyal yaklaşımların aileler üzerindeki etkilerinin araştırıldığı araştırmada hastalarının bakım verenlerin 19'u evli (%82.6) olduğu tespit edilmiş (Dogan ve ark. 2002). Şahin ve ark. (2008) yaptığı çalışmada bakım verenlerin %63.1'i evliymiş. Altun (1998)'un çalışmasında bakım verenlerin %80.3'ü, Bilgili (2003)'nin çalışmasında %83.4'ü, Bodur ve Cingil (2006)'in çalışmasında ise %54.2'si evliymiş. Çalışmamızın bulguları diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hasta yakınlarının %37.272'si ilkokul mezunudur. Şahin ve ark.(2008) çalışmasında bakım verenlerin %50'si okuryazar/ilköğretim mezunuymuş. Altun (1998)'un çalışmasında bakım verenlerin %50'sinin, Bilgili (2003)'nin çalışmasında bakım verenlerin %61.7'si, Bodur ve Cingil (2006)'in çalışmasında ise %50'sinin okuryazar/ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir.

Eğitim düzeyinin düşük olması bakımın kalitesinin azalmasına sebep olabilir ve bakım yükünü arttırabilir.

Çalışmamızda hasta yakınlarının %71.82 (79 kişi)'u çalışmıyor. Doğan ve ark. (2002) yaptığı araştırmada hastalarının bakım verenlerin %82.62'sinin işi olmadığı tespit edilmiş. Şahin ve ark. (2008) yaptığı araştırmada %57.4'ünün çalışmadığı görülmüş. Bakım verenlerin çoğunluğunun ailedeki çalışmayan birey olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda hasta yakınlarının %31.82'si hastanın çocuğudur. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin %88.9'ı hastanın çocuğudur. Bakım verenlerin yakınlık dereceleri ülkelere göre farklılık göstermektedir. Rinaldi ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun hastaların çocukları olduğunu, ikinci sırada eşlerinin geldiğini bulmuş. Pang ve arkadaşları (2002) Tayvan'da hastalara daha çok eşlerinin, A.B.D ve Çin'de ise daha çok çocuklarının baktıklarını bulmuşlar. Berger ve arkadaşlarının (2005) yaptığı çalışmada ise bakım verenlerin büyük bir çoğunluğunun eşleri olduğunu göstermiş.

Yunanistan gibi daha geleneksel ve aile babalarının nispeten güçlü olduğu ülkelerde çocukların ebeveynlere ihtiyaç duyulduğu anda sosyal destek sağlayabildiği ifade edilmiş (Eker 2005). Bu bulguyu doğrular biçimde çalışmamızda da bakım verenlerin büyük çoğunluğu çocuklardır.

Hasta yakınlarının %51.82'si sağlığının bu durumdan etkilendiğini düşünmekte, %30'u azalmış fiziksel sağlık sorunları olduğunu belirtmektedir. Şahin ve ark. (2008) araştırmasında bakım verenlerin %80.3'ü bakım vermeden önce kendi sağlığını iyi olarak algıladıklarını, %51.6'sı bakım verdikten sonra kötü olarak algıladıklarını ifade etmişler. İnci (2006)'ye göre bakım verme nedeniyle bireylerde hazımsızlık, iştahta değişim, düzensiz yemek yeme, baş ağrısı gibi somatik şikayetler artırmış. Ayrıca kronik yorgunluk, vücut ağırlığında artış ya da azalma, uyku düzensizliği, kas ağrısı, konsantrasyon zorluğu, giyim ve kuşamda dağınıklık ve bakım veren bireyin kendi bakımına yeterli zaman ayıramaması nedeniyle sağlığında bozulma görülmüş (Karasuya et al 2000, Toseland et al 2001). Bakım verenlerin vermeyenlere göre daha fazla hastalık, semptom, sağlık hizmeti kullanımı, kardiovasküler sorun gibi fiziksel sağlıkta objektif değişiklikler yasadıkları

saptanmıştır (Toseland et al 2001). Akça ve Taşçı (2005) yaptığı araştırmada; bakım verenlerin %22.5'i fiziksel sağlıklarının etkilendiğini, en fazla baş ağrısı (%41.7), mide şikayetleri (%33.3), en az ise bacak ağrısı (%11.1) olduğunu ifade etmişler. Bakım verenlerin %34.4'ü yaşlı bakımından ruhsal sağlıklarının etkilendiğini, bu etkilenmenin ise en çok çabuk öfkelenme(%67.3), ev içinde rahatsızlık hissi duyma (%30.9) şeklinde olduğunu, %16.4'ü ruhsal sorunları nedeniyle fiziksel yakınmalarının başladığını belirtmişler.

Çalışmamızda rehabilitasyon için hastaneye başvuran hastaların %68.18'si 0-6 aydır inmelidir. İnme sonrası hastaların özelliklerini ve fonksiyonel durumlarını etkileyebilecek faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada; inme geçiren hastaların özelliklerinin, risk faktörlerinin ve fonksiyonel durumlarının dikkatle ve erken dönemde ele alınması ve multidisipliner ayrıntılı rehabilitasyon programlarının düzenlenmesi gerektiği ortaya çıkmış (Eskiyurt ve ark. 2005).

Çalışmamızda hasta yakınlarının duygusal tükenmişlik alt ölçeğinden aldığı puan 11-45 arasında olup ortalaması $29,94 \pm 8,06$ 'dır. Ortalama değer 28 puanın üstündedir. Bu da hasta yakınlarında duygusal tükenme yaşadığını gösterir. Duyarsızlaşma alt ölçeğinden aldıkları puan 5-25 arasında olup ortalaması $18,57 \pm 4,45$ 'tir. Ortalama değer 15 puanın üstündedir. Bu da hasta yakınlarında duyarsızlaşma yaşadığını gösterir. Düşük kişisel başarı alt ölçeğinden aldığı puan 8-33 arasında olup ortalaması $19,12 \pm 6,01$ 'dir. Ortalama değer 15 puanın üstündedir. Diğer alt ölçeklerin tersine artıkça kişisel başarı artar. Buradan hasta yakınlarının düşük kişisel başarı yaşamadığı sonucuna varılıyor.

Alzheimer hastalarına bakım verenlerde duygusal tükenme alt ölçeği, depresyon hastalarına bakım verenlerden anlamlı derecede yüksekken, duyarsızlaşma alt ölçekleri arasında böyle bir fark olmadığı ve duyarsızlaşma sonuçlarının her iki grupta da duygusal tükenmişliğin çok altında olduğu gözlenmiş. Ayrıca tükenmişlik ölçeğinin olumlu göstergesi olan kişisel başarı puanının depresyon hastalarına bakım verenlerde Alzheimer hastalarına bakım verenlere oranla anlamlı derecede yüksek çıkması Alzheimer hastalığındaki önlenemez ilerleyişin bakıcı üzerinde yaptığı olumsuz etkinin bir sonucu olduğu düşünülmüş (Altın 2006).

Hasta yakınlarının aileden aldığı sosyal destek puanı 4-28 arasında olup ortalaması $19,65 \pm 8,10$ 'dur. Ortalama değeri 16 puanın üstündedir. Buradan hasta yakınlarının aileden destek aldığı sonucuna varılıyor. Özel insandan aldığı sosyal destek puanı 4-28 arasında olup ortalaması $14,94 \pm 9,88$ 'dir. Ortalama değeri 16 puanın altındadır. Hasta yakınlarının özel insandan destek yeterince alamadığı sonucuna varılıyor. Arkadaştan aldığı sosyal destek puanı 4-28 olup ortalaması $15,34 \pm 7,94$ 'tür. Ortalama değeri 16 puana yakındır. Hasta yakınlarının arkadaştan destek aldığı görülmektedir.

7.2. Hastanın Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Hasta Yakınlarının Tükenmişlik Düzeyi Puanları

Hastanın çalışma durumuna göre hasta yakınının duygusal tükenme alt ölçek puanı ve toplam tükenmişlik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p > 0.05$). Çalışma durumuna göre hasta yakınının duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulundu ($p < 0.05$). Bunun sonucunda; hastaların çalışmaması hasta yakınlarında duyarsızlaşma düzeyini arttırdığını göstermektedir. Bunun aksine kişisel başarıda artış görülmektedir. Benzer şekilde yapılan bir araştırmaya rastlanmamıştır.

7.3. Hasta Yakınının Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Tükenmişlik Düzeyi Puanları

Hasta yakınının cinsiyetine göre hasta yakınının duygusal tükenme, duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p > 0.05$). Hasta yakınının cinsiyetine göre hasta yakınının toplam tükenmişlik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulundu ($p < 0,05$). Çalışmamızda erkeklerin tükenme düzeyinin kadınlara göre daha fazla olduğu görülüyor.

Tümkiye (1996) çalışmasında erkeklerin kadınlara göre daha fazla tükenmişlik yaşadığını, Vızlı(2005) ise duyarsızlaşma alt boyutunda erkeklerin daha fazla

tükenmişlik yaşadıklarını belirtmiş. Bu araştırmada erkekler ve kadınların tükenmişliklerinin farklılaşmamasının, günümüzde kadın ve erkeğin iş yaşamında eşit şartlar altında çalışmasından kaynaklandığı düşünülmüş. Çalışmamızda benzer sonuç elde edilmiştir.

Hasta yakınının yaşı ile hasta yakını duygusal tükenmişlik alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf anlamlı kolerasyon bulundu ($p<0,05$). Hasta yakınının yaşı arttıkça duygusal tükenme düzeyinin azaldığı görülmektedir. Bu da yaş ilerledikçe kişilerin olaylar karşısında daha olgun davranması, beklentilerin azalması ve geçmiş deneyimlerin hayata bakış açısını değiştirmesi gösterilebilir. Çalışmamıza benzer bir araştırmaya rastlanmamıştır.

Hasta yakınının yaşı ile hasta yakınının çok boyutlu aile, özel insan, arkadaş sosyal destek ölçeği puanları ve toplam sosyal destek puanı arasında istatistiksel olarak negatif yönde anlamlı kolerasyon bulundu. Hastanın yaşı arttıkça aldığı sosyal desteğin azaldığı görülmektedir.

Hasta yakını medeni durumuna göre hasta yakınının duygusal tükenme alt ölçek puanı ve toplam tükenmişlik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulundu ($p<0.05$). Hasta yakınlarından bekar olanlarda duygusal tükenme ve tükenmişlik daha fazla görülüyor.

Hasta yakını öğrenim düzeyine göre hasta yakınının duyarsızlaşma, düşük kişisel başarı alt ölçek puanları ve toplam tükenmişlik puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulunmadı ($p>0.05$). Hasta yakını eğitim durumuna göre hasta yakınının duygusal tükenme alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p<0,05$). Hasta yakınının eğitim düzeyi arttıkça duygusal tükenmişliği artıyor.

Hasta yakınının beraber yaşadığı kişilere göre hasta yakınının duyarsızlaşma alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulundu ($p<0.05$). Hasta yakını aile haricindeki kişilerle yaşarsa duyarsızlaşma düzeyi artıyor.

Hastaya bakım veren kişiye göre hasta yakınının duygusal tükenme alt ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulundu ($p<0.05$). Hastaya

bakım veren kişi bakıcı veya aileden olmayan biri olursa hasta yakınının duygusal tükenmişliği artıyor.

Hasta yakınından başka hastaya bakım veren olup olmamasına göre hasta yakınında duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulundu ($p<0.05$). Hastaya bakım veren başka kişi varsa hasta yakınının duygusal tükenme ve duyarsızlaşması artıyor.

Hastanın inme süresine göre hasta yakınında düşük kişisel başarı alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulundu ($p<0.05$). İnme süresi 0-6 ay olan hastaların yakınlarının düşük kişisel başarı puanları diğer hasta yakınlarından daha düşüktür.

Hasta yakının sağlık sorununun olup olmamasına göre hasta yakınında duygusal tükenme alt ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark bulundu ($p<0.05$). Hasta yakınının sağlık sorunu yoksa duygusal tükenme düzeyi artıyor.

7.4. Fonksiyonel Bağımsızlık, Tükenmişlik Düzeyi ile Çok Boyutlu Sosyal Destek Arasındaki İlişki

İnmeli hastaya bakım verenlerin aile, özel insan, arkadaş sosyal destek puanları ile duygusal tükenme alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu.

İnmeli hastaya bakım verenlerin özel insan ve arkadaş sosyal destek puanları ile duyarsızlaşma alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu.

İnmeli hasta yakınlarının toplam tükenmişlik puanları ile toplam sosyal destek puanları arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyon bulundu.

Kronik hastalıklar için özellikle önemli olan aile üyelerinin desteği, sadece hastanın fiziksel ve duygusal işlevselliğini sağlamakla kalmaz, aynı zamanda hastayı hekimin önerilerine bütünüyle uyma ve sağlığa uygun davranışları benimseme konusunda cesaretlendirir (Şahin 1999). Sosyal desteğin etkisini birey merkezli

engeller veya dışarıdan kaynaklanan engeller azaltabilir. Bireyi etkileyen bu engellerin belirlenmesi, sosyal desteğin etkisinin artırılması açısından oldukça önemlidir (Ardahan 2006).

Yataklı serviste yatan 110 inmeli hastalara bakım veren hasta yakınında görülen tükenmişlik durumunda sosyal desteğin rolünü belirlemek amacıyla yapılan araştırmada şu sonuçlar bulunmuştur:

- Çalışmamızda inmeli hastaların %63,64'ü erkek.
- Çalışmamızda inmeli hastaların %82.73'ünün çalışmıyor.
- Çalışmamızda hasta yakınlarının % 67.27 'si kadın.
- Çalışmamızda hasta yakınlarının % 69.09 'sı evli.
- Çalışmamızda hasta yakınlarının çoğunluğu %37.27'si ilkokul mezunu.
- Çalışmamızda hasta yakınlarının %71.82'si çalışmıyor.
- Çalışmamızda hasta yakınlarının %31.82'si hastanın çocuğu.
- Hasta yakınlarının %51.82'si sağlığının bu durumdan etkilendiğini düşünmekte, %30'unun azalmış fiziksel sağlık sorunları olduğunu belirtti.
- Çalışmamızda rehabilitasyon için hastaneye başvuran hastaların %68.18'i 0-6 aydır inmelidir.
- Hasta yakınlarını duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşadığı ancak kişisel başarıyı etkilemediği belirlendi.
- Hasta yakının en fazla aileden sosyal destek aldığı belirlendi.
- Erkeklerin tükenmişlik düzeyi kadınlardan yüksek görüldü.
- Hasta yakınının yaşı arttıkça duygusal tükenme düzeyinin azaldığı görülmektedir.
- Hastanın yaşı arttıkça aldığı sosyal desteğin azaldığı görülmektedir.
- Hasta yakınlarından bekar olanlarda duygusal tükenme ve tükenmişlik daha fazla görülüyor.

- Hasta yakınının eğitim düzeyi arttıkça duygusal tükenmişliği artıyor.
- Hasta yakını aile haricindeki kişilerle yaşarsa duyarsızlaşma düzeyi artıyor.
- Hastaya bakım veren kişi bakıcı veya aileden olmayan biri olursa hasta yakınının duygusal tükenmişliği artıyor.
- Tükenme alt boyutları incelendiğinde inme süresi uzadıkça hasta yakınlarında kişisel başarı azalma görüldü.
- Hasta yakınının sağlık sorunu yoksa duygusal tükenme düzeyi artıyor.
- Hasta yakınlarında duygusal tükenme düzeyi aile, özel insan ve arkadaş desteği ile azalmaktadır.
- Hasta yakınlarında duyarsızlaşma düzeyi özel insan ve arkadaş desteği ile azalmaktadır.
- Sosyal destek tükenmişlik düzeyi arttığında tükenmişlik düzeyi azalmaktadır.

Tüm bu araştırmaların sonuçları birlikte değerlendirildiğinde;

Tükenmişlik ve sosyal destek arasında güçlü ilişkiler olduğu söylenebilir. Kültürel değerlerimize sahip çıkmamız sonucunda mental/ psikolojik sağlık sorunlarını en aza indirebileceğimiz ortaya çıkmaktadır. İnmeli hasta yakınlarının çevresinden aldığı sosyal destek sonucunda tükenmişlik düzeyinin azalacağı ve yaşam standartlarının düzeleceğini öngörmek mümkündür.

İnmeli hastaların tedavisinde hastaların işlevselliklerini koruyacak ve geliştirecek yöntemlerin geliştirilmesi ve uygulanması bakım verenlerin de tükenmişliklerini azaltabileceğini öngörmektedir.

Sağlık personeli olarak, hastanın acile ilk geldiğinden hastaneden çıkacağı döneme kadar hasta yakınlarının bilgilendirilmesi, bakıma katılması, eğitilmesi ve sosyal baş etme yöntemlerinin öğretilmesi hasta yakınının hastaya ve kendine daha faydalı olmasını sağlayabilmektedir.

8.KAYNAKLAR

1. Adams HP (2001). Treatment of acute ischemic stroke: Selecting the right treatment for the right patient. Euro Neurol 45:61-6.
2. Adams RD, Victor M, Ropper HA, Brown HB, 2006. Principles Of Neurology. 8th ed. USA Mc Graw Hill Co.; 34:660-746
3. Akça N, Taşçı S, (2005). 65 Yaşüstü Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences) 14(Ek Sayı:Hemşirelik Özel Sayısı) 30-36.
4. Akın A, Demirel S (2003).Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 25(4):73-82.
5. Aktuğ İY, Susur A, Keskin S, Balcı Y, Seber G.(2006). Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde Çalışan Hekimlerde Tükenmişlik Düzeyleri, Osmangazi Tıp Dergisi; 28 (2):91-101.
6. Altın M. (2006). Alzheimer Tipi Demans Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişlik ve Anksiyete. T.C Sağlık Bakanlığı Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, UzmanlıkTezi, İstanbul, (Uzm. Dr. Mecit Çalışkan).
7. Altun İ (1998). Hasta yakınlarının bakım verme durumlarında zorlanma durumları. Marmara Üniversitesi 1. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, 71-78.
8. Andreoli T. E. (2002). Serebrovasküler Hastalıklar , Cecil Essentials Of Medicine, Nobel Tıp Kitapevleri.
9. Appelros P, Stegmayr B, Terént A, (2009). Sex Differences in Stroke Epidemiology . Stroke 40:1082.
10. Aras A, (2001). KOAH Olan Bireylerin Sosyal Destek ve Gereksinimlerinin Belirlenmesi. Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas P.1-20 (Doç Dr. Hatice Tel).

11. Ardahan M (2006). Sosyal destek ve hemşirelik. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 9 (2): 68-75.
12. Arifoğlu, B. (2000). “K.K.T.C. Hastanelerindeki Hemşirelerin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri”, I. Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 29 Ekim-2 Kasım, Antalya.
13. Balkan S. (2005). Serebro Vasküler Hastalıklar, Güneş Kitabevi Yayınları.
14. Bardak N. A, Ersoy S, Akcan Z, Kaya B, Dere Ç, Uysal E, Paker N, Önal E. A, 2008. Yatarak Rehabilitate Edilen İnmeli Hastaların Fonksiyonel Sonuçları, Türk Fiziksel Tıp Rehabilasyon Dergisi;54:17-21.
15. Bakar M, (2003). Poststrok Demans: Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri, Demans Dergisi, 3:15-20.
16. Barutçu E, Serinkan E, (2008). Günümüzün Önemli Sorunlarından Biri Olarak Tükenmişlik Sendromu ve Denizli’de Yapılan Bir Araştırma, Ege Akademik Bakış; 8(2);541-561.
17. Berger G, Bernhardt T, Weimer E ve arkadaşları (2005) Longitudinal study on the relationship between symptomatology of dementia and levels of subjective burden and depression among family caregivers in memory clinic patients. Journal Geriatr Psychiatry Neurol.;18(3):119–28.
18. Bilgili N. (2000). Yaşlı Bireye Bakım Veren Ailelerin Yaşadıkları Sorunların Belirlenmesi. Doktora Tezi, Hacettepe Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü, ss 10-60
19. Birol L, (2000). Hemşirelik Süreci, Bozkaya Matbaacılık, 4. Baskı, İzmir.
20. Bodur S, Cingil D (2006). Aile içi bakım vericileri eğitmenin bağımlı yaşlıların evde bakım kalitesine etkisi. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 22(4):149-157.
21. Budak G, Sürgevil O. (2005).Tükenmişlik ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerine Bir Uygulama. D.E.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi Cilt: 20, Sayı:2, ss:95-108.
22. Carter, R. (1994). *Helping Yourself Help Others: A Book for Caregivers*. New York NY: Times Books, Random House. Pp. 130-133.

23. Conk Z, Yıldırım F. (2005). Zihinsel Yetersizliği Olan Çocuğa Sahip Anne/Babaların Stresle Başa Çıkma Tarzlarına ve Depresyon Düzeylerine Planlı Eğitimin Etkisi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9 (2).
24. Counihan TJ. (2002). Serebrovasküler Hastalıklar. In : Cecil Essentials Of Medicine. Eds: Andreoli TE, Carpenter CCJ, Griggs RC, Loscaizo J, 5th ed, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, s:942-953.
25. Çapri B. (2006). “Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması”, Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, Cilt 2, Sayı 1, ss. 62-77.
26. Daypoğlu N, Tan M, (2009). İnmeli Hastaların Aileden Algıladıkları Sosyal Destek, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 12: 4.
27. Dilek A., Karataş M., Erkan H., Çetin N., Akman M. N., (2005). İnme Sonrası Gelişen Depresyonun Fonksiyonel Bozukluk ve Rehabilitasyon Sonuçlarına Etkileri, Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi;51(4):120-122.
28. Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Başegmez F.D, (2002). Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Aileler, Anadolu Psikiyatri Dergisi; 3:133-139.
29. Durmaz B., Atamaz F., (2006). İnme Ve Hayat Kalitesi, Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi;52(Özel Ek B):B45-B49.
30. Duygun,T., Sezgin N.,(2003). Zihinsel Engelli ve Sağlıklı Çocuk Annelerinde Stres Belirtileri Stresle Başa çıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyine Olan Türk Psikoloji Dergisi, 18 (52), 37-52.
31. Dünya Sağlık Raporu, 1997 “ 21. Yüzyılda Yaşam Herkese Ortak Bakış”, Özet Rapor. B. Metin (Ed.) Ankara: Sağlık Bakanlığı, Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı,.
32. Ergin C., (1992). Doktor Ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlaması, VII. Ulusal Psikiyatri Kongresi Kitabı, Türk Psikoloji Yayınları, Ankara.

33. Ergin C.,(196). Maslach tükenmişlik ölçeğinin Türkiye sağlık personeli normları, 3P Dergisi 1996;4:28-33.
34. Eker D, Arkar H, Yıldız H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı Geçerlilik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi; 12(1):17-25.
35. Eker E (2005). Demansta Davranış ve Psikolojik Semptomlar Türkiye Klinikleri J. Int Med Sci; 1(29):17–25
36. Eskiurt N, Yalman A, Vural M, Kızıldaş H, Bölükbaş N, Çeşme F. (2005). İnme Olguların Özellikleri ve Fonksiyonel Durum Sonuçları. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi; Cilt 68, Sayı 3, Sayfa: 071-077.
37. Eylan B, (2001). Bilgi Verici Danışmanlığın Kanser Hastaların Ailelerinin Sosyal Becerileri Üzerine Etkisi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Eğitimde Psikolojik Hizmetler Anabilim Dalı Doktora Tezi. Ankara; p.1-10. (Prof. Dr. Asuman Güraksın).
38. Freudemberger NJ. (1974). Staff Burnout. Journal of Social Issues; 30: 159-165.
39. Gebel JM, Broderick JP. (2000). Intracerebral hemorrhage. Neurol Clin;19:419-39.
40. Gezici T., 2008. Akut İskemik İnmede ve Akut Hemorajik İnmede Risk Faktörü Olarak Homosistein, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 15(3): 181-185.
41. Güçray S.S. (1995). Öğretim elemanları ve alanda çalışanlarda iş doyumu, sürekli kaygı ve psikolojik belirtiler. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 1 (12): 1-7.
42. Gündüz B. (2006). İnmede Prognoz. Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi;52 (Özel Ek B):B30-B33.
43. Gündüz B, Atamaz F. (2006). İnme ve Hayat Kalitesi. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi;52(Özel Ek B):B45-B49.

44. Harold P. Adams Jr., MD; Birgitte H. Bendixen, PhD, MD; L. Jaap Kappelle, MD; Jose Biller, MD; Betsy B. Love, MD; David Lee Gordon, MD; E. Eugene Marsh III, MD; and the TOAST Investigators, (1993). Classification of Subtype of Acute Ischemic Stroke, Stroke Vol 24, No: 1, January.
45. Hickenbottom SL, Barsan WG. (2000). Acute ischemic stroke therapy. Neurol Clin;19:379-97.
46. İnci H (2006). Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniv. Sağıl. Bil. Enst. Denizli.
47. Işılkay T. C, (2003) "Akut İnmeye Yaklaşım" , Yoğıun Bakım Dergisi;3(4):225-235.
48. Johstone C, (1999). Strategies of Prevent Burnout. BMJ, 7292 (318), 2-6.
49. Karasuya RT, Poglar-Balley, Takeuchi R (2000). Caregiver burden and burnout. Postgraduate Medicine 108(7):119-123.
50. Kublerr-Rose E.(1997). Ölüm ve Ölmek Üzerine, Boyner Holding Yayınları, İstanbul.
51. Kutluk K, (2004). Akut İskemik İnmede Tedavi İlkerleri, Nöroloji Dergisi Cilt: 2 / Sayı: 1.
52. Küçükdeveci AA, Yavuzer G, Elhan AH, Sonel B, Tennant A. (2001). Adaptation of the Functional Independence Measure for the use in Turkey. Clin. Rehabil, 15(3):311-319.
53. Leys D, Henon H, Mackowiak-Cordoliani MA ve ark. (2005), "Poststroke dementia", Lancet Neurol, 4:752-759.
54. Maslach C, Leither M.P, (1997). The Truth About Burnout, How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It, Jossey-Bass.
55. Maslach C, Jackson SE.(1981). The Measurement of Experienced Burnout. Journal of Occupational Behaviour, vol.2, 99-113.
56. Maslach C, Jackson SE. (1986). Maslach Burnout Inventory Manual. 2nd ed. Palo Alto, Ca: Consulting Psychologist Press.

57. Maynard FM, Bracken MB, Creasy G, Ditunno JF, Donovan WH, Ducker TB, Garber LS, Marino RJ, Stover SL, Tatar CH, Waters RL, Wilberger JC, Young W. (1997). International standards for neurological functional classification of spinal injury spinal cord, 35:266-274.
58. Okanlı, A. (2004). Kadınlarda Mastektominin Psikososyal Etkileri. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 1,1.
59. Oruç S. (2007). Özel Eğitim Alanında Çalışan Öğretmenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Adana, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. İskender Özgür).
60. Özmen M., Önen M. (2005). “Stresle Başa Çıkma Yolları”, Medikal Açıdan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi No: 47; s.171-180.
61. Öztürk Z. E, (2004). LK İnme Sonrası Görülen Risk Faktörlerinin Mortalite ve Morbidite Üzerine Etkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lutfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, Uzmanlık Tezi, İstanbul (Klinik Şefi: Doç. Dr. Ülkü Türk Börü)
62. Pang FC, Chow TW, Cummings JL ve arkadaşları (2002) Effect of neuropsychiatric symptoms of Alzheimer's disease on Chinese and American caregivers. Int J Geriatr Psychiatry.;17(1):29-34.
63. Rinaldi P, Spazzafumo L, Mastriforti R, (2005) Study Group on Brain Aging of the Italian Society of Gerontology and Geriatrics. Predictors of high level of burden and distress in caregivers of demented patients: results of an Italian multicenter study. Int J Geriatr Psychiatry.;20(2):168–74.
64. Şahin D (1999). Sosyal destek ve sağlık.nSağlık Psikolojisi Giriş. Editör: Ü Okyayuz, Baskı, Türk Psikologlar Derneği Yayınları No:19, Ankara.
65. Şahin Z.A, Polat H, Ergüney S. (2009). Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 12: 2.

66. Schneider J, Murray J, Banerjee S, Mann A. (1999) EURO CARE: a crossnational study of co-resident spouse carers for people with Alzheimer's disease: I--Factors associated with carer burden. *Int J Geriatr Psychiatry*;14(8):651-61.
67. Soyuer F, Soyuer A. (2007). Kronik Dönem İnme Hastalarında Depresyon ve Fonksiyonel Sonuç Arasındaki İlişki. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi;14(3) 167-170.
68. Soyuer F, Ünal D, Öztürk A, (2007). İnmeli Hastalarında Yaş ve Cinsiyetin Fonksiyonel Yetersizlik Üzerine Etkisi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi;14(2) 91-94.
69. Stroke Unit Trialists' Collaboration (1997). Collaborative systemic review of the randomized trials of the randomized trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. *BMJ*;314:1151-9.
70. Tamam, B, Taşdemir N, Tamam Y, (2008). İnme Sonrası Demans: Sıklığı ve Risk Faktörleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1):46-56.
71. Tatemichi TK, Desmond Dw, Mayeux R ve ark. (1992). Dementia after stroke: Baseline frequency, risks, and clinical features in a hospitalised cohort. *Neurology*, 42:1185-1193.
72. Tevrüz S.(1996). Endüstri ve Örgüt Psikolojisi. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
73. Toljama M, Hentiren M, (2001). Adherence to Self-care and Social Support, *Journal of Clinical Nursing*;10:618-627. Toseland RW, Smith G, McCallion P (2001). Family caregivers of the frail elderly. *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Population*, 18(2):99-109.
74. Turgut C,(2005). İskemik İnmede Risk Faktörleri ve Toast Sınıflaması, Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği, İstanbul. (Vekil Şef Doç.Dr. Arif Çelebi).
75. Tutar H, (2000). Kriz ve Stres Ortamında Yönetim, Hayat Yayınları, İstanbul.

76. Tümkaya, S. (1996), “ğretmenlerdeki tükenmişlik, görülen psikolojik belirtiler ve başa çıkma davranışları”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
77. Tümkaya S. (2000). Akademik Tükenmişlik leğinin Geliştirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 19 :128-133.
78. Ulusoy F, Görgülü S, (2001). Hemşirelik Esasları; Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler, Cilt1.5. Baskı Ankara: 72 TDFO Ltd. şti.
79. Utku U. (2007). İnme Tanımı, Etyolojisi, Sınıflandırma ve Risk Faktörleri. Türk Fiziksel Tıp Rehabilitasyon Dergisi; 53 zel Sayı 1:1-3.
80. Vızlı, C. (2005), “Görme engelliler ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlere normal ilköğretim okullarında çalışan öğretmenlerin tükenmişlik düzeylerinin karşılaştırılması řkdar İlçesi rneėi”, *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
81. Yıldırım F, Conk Z, (2005). Zihinsel Yetersizliği Olan ocuėa Sahip Anne/Babaların Stresle Başa ıkma Tarzlarına ve Depresyon Düzeylerine Planlı Eğitimin Etkisi, C.. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9 (2).

9. EKLER

EK 1. HASTA YAKINI BİLGİLENDİRME FORMU

Bu araştırma; inmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda sosyal desteğin rolünü değerlendirme amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Çalışma sırasında (hastalık nedeniyle tanı ve tedaviye ilişkin yapılması olası giderler dışında) olgunun kendisinden bir ücret talep edilmeyecek ve bağlı olduğu sosyal güvenlik kuruluşuna bir araştırma gideri yüklenmeyecektir.

Çalışma nedeniyle çalışmaya katılan inmeli hastaların cevaplamasını istediğimiz sorgulama formları yaklaşık 30-45 dakikanızı alacaktır. Bu sorgulama formları hastaya yönelik öykü alma formları, hasta yakınının bilgilerini içeren Soru Formu, hasta yakınının tükenmişliğini belirleme amaçlı Maslach Tükenmişlik Envanteri, sosyal desteğini belirlemek için Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile elde edilecektir.

Bu araştırma amacıyla elde edilen bilgilerin gizliliği tarafımızdan korunacaktır. Herhangi bir şekilde, herhangi kurum veya kişiye başka bir amaçla verilmeyecektir. Yazılı onay vermiş olsanız da istediğiniz an araştırmadan çekilebilirsiniz ve araştırmacı da istediği anda araştırmaya katılan gönüllüyü çalışmadan çıkarabilir.

Bir soru ya da sorun olduğunda temas kurulacak kişi Melike TUNA'dır.

Tel: İş: 2164118377 (Dahili No: 1047-1127) Cep tel: 05374918505

Gönüllünün

Adı-soyadı:

İmzası:

Telefon No:

Açıklamaları yapan araştırmacının

Adı-soyadı:

İmzası:

Tarih:

EK 2. HASTA YAKINI ONAM FORMU

Yapılacak olan araştırmanın amacı, süresi, yararları, zararları konusunda bilgilendirildim. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Ad - Soyadı:

Tarih:

İmza:

EK 3. HASTA YAKINI ve HASTANIN TANITIM FORMU

ANKET NO:

- 1) Cinsiyetiniz
 1. Kadın
 2. Erkek
- 2) Yaşınız :
- 3) Medeni durumunuz:
 1. Evli
 2. Bekâr
- 4) Öğrenim Düzeyi:
 1. Okur –yazar değil
 2. Okur-yazar
 3. İlkokul mezunu
 4. Ortaokul mezunu
 5. Lise mezunu
 6. Fakülte/Yüksek okul
- 5) Çalışıyor musunuz?
 1. Evet
 2. Hayır
- 6) Cevabınız “evet” ise ne iş yapıyorsunuz?
 1. Serbest
 2. Memur
 3. İşçi
- 7) Cevabınız “hayır” ise çalışmama nedeniniz nedir?
 1. Hastalık nedeni ile çalışamıyorum.
 2. Başka nedenlerden dolayı çalışamıyorum.
 3. Emekliyim.
- 8) Sağlık güvenceniz nedir?
 1. Yok
 3. Bağ-kur
 5. Yeşil kart
 2. SSK
 4. Emekli sandığı
 6. Özel sigorta
- 9) Gelir durumunuz gider durumunuza göre nasıl?
 1. Gelir giderden az
 2. Gelir gider denk
 3. Gelir giderden fazla
- 10) Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?
 1. Yalnız
 2. Eşimle birlikte
 3. Eşim ve çocuklarımla
 4. Diğer
- 11) Sizin bakımınızla ilgilenen biri var mı?
 1. Evet
 2. Hayır
- 12) Kimler ilgileniyor?
 1. Eş
 2. Çocuklar
 3. Anne/Baba
 4. Bakıcı
 4. Diğer
- 13) Cinsiyetiniz
 1. Kadın
 2. Erkek
- 14) Yaşınız :
- 15) Medeni durumunuz:
 1. Evli
 2. Bekâr
- 16) Öğrenim Düzeyi:
 1. Okur –yazar değil
 2. Okur-yazar
 3. İlkokul mezunu
 4. Ortaokul mezunu
 5. Lise mezunu
 6. Fakülte/Yüksek okul
- 17) Çalışıyor musunuz?
 1. Evet
 2. Hayır
- 18) Cevabınız “evet” ise ne iş yapıyorsunuz?
 2. Serbest
 2. Memur
 3. İşçi
- 19) Cevabınız “hayır” ise çalışmama nedeniniz nedir?

- 1.Hastaya baktığım için çalışmıyorum.
 - 2.Başka nedenlerden dolayı çalışmıyorum.
 3. Emekliyim.
- 20) Sağlık güvenceniz nedir?
- 1.Yok
 2. Emekli sanığı
 3. SSK
 4. Yeşil kart
 5. Bağ-kur
 6. Özel sigorta
- 21)Gelir durumunuz gider durumunuza göre nasıl?
- 1.Gelir giderden az
 - 2.Gelir gider denk
 3. Gelir giderden fazla
- 22)Evde kaç kişi yaşıyorsunuz?
- 1.Yalnız
 2. Eşimle birlikte
 - 3.Eşim ve çocuklarımla
 - 4.Diğer
- 23)Hastaya yakınlık dereceniz?
1. Eş
 2. Çocuklar
 3. Anne/Baba
 4. Kardeş
 5. Diğer
- 24)Sizden başka hastanıza bakım veren yakınınız var mı, varsa yakınlık derecesi?
1. Var (.....)
 - 2.Yok
- 25)Hastanıza ne kadar süredir inmeli?
- 1.0-6 ay
 2. 6-12 ay
 3. 1-2 yıl
 4. 2 yıl ve üzeri
- 26)Kendi sağlığınızın yaşadığınız bu hastalık ve tedavi sürecinden etkilendiğini düşünüyor musunuz?
1. Evet
 2. Hayır
- 27)Genel sağlık durumunuzla ilgili yaşadığınız sorunlar nelerdir?
1. Uykusuzluk
 - 2.İştahsızlık
 3. Algılamada azalma
 4. Endişe düzeyinde artma
 5. Kişilerarası ilişkilerde bozulma
 6. Azalmış fiziksel sağlık

**EK 4.İNME Lİ HASTA İLE İLGİLİ FONKSİYONEL BAĞIMSIZLIK
ÖLÇEĞİ- FBÖ**

S	7-Tam Bağımsız Yardımsız	YARDIMSIZ
E	6-Kısmi Bağımsız (yardımcı cihaz gereklidir)	
V	Kısmi Bağımlı	
İ	5-Fiziksel yardım gerekmez, sözel uyarılar yeterlidir.	
Y	4-Minimal yardım (Hasta= %75-99)	YARDIMLI
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 (Lokomosyon)

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 =.....

EK 5. ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ (MSPSS)

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1’den 7’ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her biri için cevap veriniz.

Puanlama

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

EK 6. TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

Bu ölçek, sizin meslek yaşantınıza ilişkin, sizde işe karşı tükenmişlik yaratan bazı faktörlerin belirlenmesine yönelik olarak yapılmaktadır. Aşağıda işle ilgili olarak yaşadıklarınıza ilişkin konular belirtilmiştir. Her cümleyi okuyarak, size en uygun olan seçeneği işaretleyerek belirtiniz.

	Her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Çok nadir	Hiçbir zaman
1. Günlük yaşamdan soğuduğumu hissediyorum.					
2. Kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.					
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum.					
4. Karşılaştığım insanların ne hissettiğini hemen anlarım.					
5. Karşılaştığım bazı kimselere sanki insan değilermiş gibi davrandığımı fark ediyorum.					
6. Bütün gün aynı şeylerle uğraşmak benim için gerçekten çok yıpratıcı.					
7. Karşılaştığım insanların sorunlarına en uygun çözüm yollarını bulurum.					
8. Yaptığım işten yıldığımı hissediyorum.					
9. Yaptığım iş sayesinde insanların yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.					
10. Bu işi yapmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.					
11. Bu işin beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.					
12. Çok şeyler yapabilecek güçteyim.					
13. Bu işin beni kısıtladığını hissediyorum.					
14. Çok fazla çalıştığımı hissediyorum.					
15. Karşılaştığım insanlara ne olduğu umurumda değil.					
16. Doğrudan doğruya insanlarla çalışmak bende çok fazla stres yaratıyor.					
17. Karşılaştığım insanlarla aramda rahat bir hava yaratırım.					
18. İnsanlarla yakın bir çalışmadan sonra kendimi canlanmış hissederim.					
19. Bu işte birçok kayda değer başarı elde ettim.					
20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.					
21. Yaptığım iş ile ilgili duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.					
22. Karşılaştığım insanların bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandıklarını hissediyorum.					

EK 7. Marmara Üniversitesi Etik Kuruluna Tez Öneri Formu

ENSTİTÜ YÖNETİM KURULU KARARI

TOPLANTI TARİHİ : 23.10.2008
TOPLANTI SAATİ : 10.30
TOPLANTI NO : 2008 / 25

KARAR NO: 21

Enstitümüz İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Melike FUNA' nın tez konusunun, etik kurul onayı ve kurum izni almadan başlamaması şartıyla aşağıda belirtildiği şekilde kabul edilmesine oy birliği ile karar verildi

Bu karar
11.000.

Tez Başlığı : İmmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Sosyal Destegın Rölü. "

61

ASLININ AYNIDIR

BUSUN

EK 8. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden İzin ve Onay Yazısı

PROTOKOL

Taraflar:

Madde 1-Bu protokol TC Sağlık Bakanlığı ile MARMARA ÜNİVERSİTESİ.
Üniversitesi/Hastanesi..... SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ...../Kliniği arasında
düzenlenmiştir.
Çalışmanın gerçekleştirileceği kurum/kuruluş... ERENKÖY FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON
EAH'dır.
Çalışmanın adı.....İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik
Durumunda Sosyal Desteğin Rolü' dür.

Bu çalışmada görevlendirilen kişi/kişiler.....Melike TUNA' dır.
DANIŞMAN:

Konusu:

Madde 2- Bu protokol ilimiz sınırları içinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı kurum ve kuruluşlarda
verilen hizmetleri, yapılan koruyucu sağlık hizmeti çalışmalarını ya da yapılan kayıtlar sonucu elde edilen
istatistik verileri içeren ve kurum personeli ve/veya kuruma başvuran kişilerle yapılacak anket çalışmalarını
kurula bağlamak amacı ile düzenlenmiştir.
Yapılacak bilimsel çalışma proje aşamasında iken İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilecektir.
Çalışma uygulanırken kapsam dışı hiçbir veri toplanmayacaktır.
Veri toplama sırasında Sağlık Bakanlığı Personelinden de yararlanılacaksa ayrıca Sağlık Müdürlüğünden
onay alınacaktır.

Sözleşme şartlarında aykırılık:

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

Protokolün süresi: Başlangıç 17/06/2009 Bitiş 17/09/2009

Protokol, çalışmanın taraflarca planlanan ve kabul edilen süresi ile sınırlıdır. Uzatılması ancak yeni bir
protokole bağlıdır. Şartlarda oluşabilecek değişikliklere bağlı olarak Sağlık Müdürlüğü protokolü daha önce
de sonlandırabilir.

İhtilafların çözümü:

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

Yürürlük:

Çalışma yayın/tez haline getirilmeden önce Sağlık Müdürlüğünün ilgili şubesi tarafından verilerin analizi
değerlendirilecektir. Toplum sağlığı açısından sakıncalı verilerin yayınlanması kısıtlanabilir.
Çalışmayı gerçekleştiren kişi ya da kişiler kurumda görevlendirileceklerse ayrıca vilayet oluru da
alınacaktır.
Her çalışmanın biri Sağlık Müdürlüğü personeli olmak üzere en az iki yürütücüsü olacaktır.
Yapılan çalışmanın Sağlık Müdürlüğü ilgili şubesi ile görüş alışverişinde bulunacak ve yürütücüsü.
3 AY... süre ile değerlendirmeler yapılacaktır.

Yapılacak çalışmalarda Protokole ek olarak vilayet oluru da alınacaktır.

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

Ek Bilgi:

Taraflar:

24/06/2009
Ünvanı-Adı-Soyadı
Melike TUNA



OLUR
24/06/2009
Vali a.
Uz. Dr. Mehmet BAKAR
Sağlık Müdürü

24/06/2009
Ünvanı-Adı-Soyadı
Uz.Dr.Gökül ŞENGÖZ

EK 9. Anadolu Sağlık Merkezi Etik Kurulundan İzin ve Onay Yazısı

Bilgi ve randevu için 44 44 276 > www.anadolusaglik.org



Sayı : ASM-MM – 08 / 247

15.12.2008

Sayın Melike Tuna ,

“İnme’li Hastalara Bakım veren Hasta Yakınlarında görülen Tükenmişlik Durumunda Sosyal Desteğin Rolü” adlı tez çalışmanıza ait protokol ve ekleri tarafımızdan incelenmiştir. İnceleme sonucunda çalışmanız etik kurallar açısından uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi rica ederiz.

Saygılarımızla,


Dr. Levent ATAY
Tıbbi Dir.Yrd.


Dr. Elif SÖZER
Tıbbi Dir.Yrd.


Prof Dr. Metin ÇAKMAKÇI
Tıbbi Direktör

Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi
Anadolu Cad. No.1
Bayramoğlu Çıkışı, 41400
Faks: 0262 678 55 45

Özel Anadolu Sağlık Ataşehir Tıp Merkezi
Halk Cad. Susuz Sok. No.1
Yenisahra, Kadıköy 34746 İstanbul
Faks: 0216 317 00 99

Özel Anadolu Sağlık Suadiye Tıp Merkezi
Bağdat Cad. No.455
Suadiye, Kadıköy 34740 İstanbul
Faks: 0216 373 10 69

10. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	MELİKE	Soyadı	TUNA
Doğum Yeri	İSTANBUL	Doğum Tarihi	09.02.1984
Uyruğu	T.C.	TC Kimlik No	11479749024
E-mail	melike.tuna84@gmail	Tel	(216)4129809

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Marmara Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	2007
Lise	General Ali Rıza Ersin Lisesi	2001

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Erenköy Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	2009-.....
2.	Yoğun Bakım Hemşiresi	Anadolu Sağlık Merkezi	2007-2009

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	İyi	Orta	Orta

* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
LES Puanı	75.947	73.782	71.046
(Diğer) Puanı			

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Microsoft Office (Word, Power Point, Excel)	İyi

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Seminer ve Kurslar

Programın Adı	Tarihi
Yara Bakımı ve Tedavisi Sempozyumu	20-21.11.2008
CPR Sertifikası	22.10.2007
Kardiyoloji ve Kalp Damar Cerrahisi Hemşireliği Kursu	08.04.2007