



**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YAŞLI SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI
YAŞLI SAĞLIĞI DOKTORA PROGRAMI**

DOKTORA TEZİ

**EVDE SAĞLIK BİRİMİNE KAYITLI 65 YAŞ VE ÜZERİ İNME
TANILI BAĞIMLI BİREYLERİN BAKIM VERİCİLERİNE
VERİLEN BAKIMA YÖNELİK EĞİTİMİN BAKIM VERİCİLERİN
BİLGİ DÜZEYLERİNE VE BAKIM VERİCİ YÜKÜNE ETKİSİ**

Rezzan ÇAKMAK

MUĞLA-2025

**T.C.
MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YAŞLI SAĞLIĞI ANA BİLİM DALI
YAŞLI SAĞLIĞI DOKTORA PROGRAMI**

DOKTORA TEZİ

**EVDE SAĞLIK BİRİMİNE KAYITLI 65 YAŞ VE ÜZERİ İNME
TANILI BAĞIMLI BİREYLERİN BAKIM VERİCİLERİNE
VERİLEN BAKIMA YÖNELİK EĞİTİMİN BAKIM VERİCİLERİN
BİLGİ DÜZEYLERİNE VE BAKIM VERİCİ YÜKÜNE ETKİSİ**

Rezzan ÇAKMAK

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Müesser ÖZCAN**

MUĞLA-2025

TEZ ONAYI

Rezzan ÇAKMAK tarafından hazırlanan “Evde Sağlık Birimine Kayıtlı 65 Yaş Ve Üzeri İnme Tanılı Bağımlı Bireylerin Bakım Vericilerine Verilen Bakıma Yönelik Eğitimin Bakım Vericilerin Bilgi Düzeylerine Ve Bakım Verici Yüküne Etkisi” başlıklı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği ile Yaşlı Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yaşlı Sağlığı Doktora Programında, Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı	Prof. Dr. Emine Neşe YENİÇERİ Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	(İmza)
Tez Danışmanı	Prof. Dr. Müesser ÖZCAN Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	(İmza)
Üye	Prof. Dr. Eralp DOĞU Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi	(İmza)
Üye	Prof. Dr. Ümit AYDOĞAN Sağlık Bilimleri Üniversitesi	(İmza)
Üye	Doç. Dr. Hüseyin CAN İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi	(İmza)

Tez savunma tarihi: 21.03.2025

Bu tez Yaşlı Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yaşlı Sağlığı Doktora Programında, Doktora Tezi olması için gerekli şartları yerine getirmektedir.

Prof. Dr. Müesser ÖZCAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI

Tezin kendi orijinal çalışmam olduğunu, başkalarının haklarını ihlal etmediğimi ve tezimin tek yetkili sahibi olduğumu beyan ve taahhüt ederim. Tezimde yer alan telif hakkı bulunan metinleri sahiplerinden yazılı izin alarak kullandığımı ve istenildiğinde suretlerini Üniversiteye teslim etmeyi taahhüt ederim.

Enstitü tarafından onaylanan lisansüstü tezimin tamamını veya herhangi bir kısmını, basılı (kâğıt) ve elektronik formatta arşivleme ve aşağıda verilen koşullarla kullanıma açma iznini Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesine verdiğimi bildiririm. Bu izinle Üniversiteye verilen kullanım hakları dışındaki tüm fikri mülkiyet haklarım bende kalacak, tezimin tamamının ya da bir bölümünün gelecekteki çalışmalarda (makale, kitap, lisans ve patent vb.) kullanım hakları bana ait olacaktır.

Yükseköğretim Kurulu tarafından yayınlanan **“Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge”** kapsamında tezim aşağıda belirtilen koşullar haricinde YÖK Ulusal Tez Merkezi / MSKÜ Açık Erişim Sisteminde erişime açılabilir.

- ☐ Tezimle ilgili patent başvurusu yapılacağından veya patent alma süreci devam ettiğinden Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile tezimin mezuniyet tarihimden itibaren 2 yıl erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.
- ☒ Tezimde yeni teknik, materyal ve metotlar kullanıldığından ve henüz makaleye dönüşmemiş olduğundan Enstitü Yönetim Kurul kararı ile mezuniyet tarihimden itibaren 6 ay tezimin erişime açılmasının ertelenmesini talep ediyorum.

21.03.2025

Rezzan ÇAKMAK

ETİK BEYAN

Doktora tezi olarak sunduğum “Evde Sağlık Birimine Kayıtlı 65 Yaş Ve Üzeri İnme Tanılı Bağımlı Bireylerin Bakım Vericilerine Verilen Bakıma Yönelik Eğitimin Bakım Vericilerin Bilgi Düzeylerine Ve Bakım Verici Yüküne Etkisi” isimli çalışmada tezin planlanmasından yazımına kadar tüm süreçlerde etik ilkelere bağlı kaldığımı, tezime ilişkin bilgi ve belgeleri akademik ve bilimsel etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, tezimde kullandığım tüm görsel ve yazılı materyallerin kaynağını gösterdiğimi, yararlandığım eserlerin tümünün kaynaklar bölümünde yer aldığını, tezinin Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

21.03.2025

Rezzan ÇAKMAK

TEŞEKKÜR

Bilimsel tecrübelerinden faydalanmamı sağlayan, doktora eğitimim ve tez çalışması sürecimin her aşamasında sonsuz desteğini esirgemeyen, bilgilerini paylaşarak akademik gelişimime büyük katkılar sağlayan çok kıymetli danışman hocam Prof. Dr. Müesser ÖZCAN'a,

Tez sürecim boyunca bilimsel önerileri ve değerli fikirleriyle destek sağlayan Prof. Dr. Emine Neşe YENİÇERİ ve Prof. Dr. Eralp DOĞU hocalarıma,

Tezimi gerçekleştirmem için gerekli koşulları sağlayan kurumlara ve katılımcılara,

Ve...

Tüm hayatım boyunca yaşadığım bütün zorluklarda bana hep destek olan canım aileme sonsuz teşekkür ederim.

EVDE SAĞLIK BİRİMİNE KAYITLI 65 YAŞ VE ÜZERİ İNME TANILI BAĞIMLI BİREYLERİN BAKIM VERİCİLERİNE VERİLEN BAKIMA YÖNELİK EĞİTİMİN BAKIM VERİCİLERİN BİLGİ DÜZEYLERİNE VE BAKIM VERİCİ YÜKÜNE ETKİSİ

ÖZET

İnme, tüm toplumlarda engelliliğin ve erişkinlerde mortalitenin en önemli nedenlerinden biridir ve inmeli hastalara bakım verenlerin bakım konusunda eğitim almış olmaları, bu konuda beceri ve yeterliliklerinin artırılması önemlidir. Bu çalışma, evde sağlık birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri inme tanılı bağımlı bireylerin bakım vericilerinin bilgi düzeyini arttırmak amacıyla inmeli bireyin bakımına yönelik verilen yüz yüze eğitimin ve bakım vericilere gönderilen bakım eğitimi videolarının, bakım vericilerin bilgi düzeylerine ve bakım verici yüküne etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya 36 bakım verici dahil edilmiştir. Bakım vericilere iki ev ziyareti gerçekleştirilmiştir. İlk ev ziyareti esnasında katılımcıların aydınlatılmış onamları alınmış, ‘Bakım Vericiyi Tanımlama Formu’, ‘Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği’, eğitim öncesi ‘Bakım Verici Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu’ doldurulmuş ve bakım vericilere inmeli bireyin bakımına yönelik yüz yüze eğitim verilmiştir. Bir hafta sonra bakım vericilere sosyal mesajlaşma ağı aracılığıyla bakım eğitimi videoları gönderilmiştir. Videoların gönderilmesinden iki hafta sonra ikinci ev ziyareti gerçekleştirilmiştir. Bu ziyarette, bakım vericilerin eğitim sonrası bilgi düzeyi ‘Bakım Verici Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu’, bakım yükleri de ‘Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği’ ile tekrar değerlendirilmiştir. Bunun yanı sıra ‘Yarı Yapılandırılmış Soru Formu’ ile bakım vericilerin eğitimin etkinliği hakkındaki düşünceleri belirlenmiştir. Elde edilen bulgularda; bakım vericilerin bakım yükü ortalaması açısından müdahale öncesi ile sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın saptanmamış olduğu; verilen eğitim ve gönderilen eğitim videoları sonrasında bakım vericilerin bilgi düzeyinde müdahale sonrasında, öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu; katılımcıların verilen eğitimi etkili ve faydalı bulduğu, bakım için kendilerini daha yeterli hissettirdiği sonuçlarına varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İnme, Yaşlı, Bakım Verici, Eğitim

**THE EFFECT OF CARE-ORIENTED TRAINING ON CAREGIVERS'
KNOWLEDGE LEVELS AND CAREGIVER BURDEN OF CAREGIVERS OF
DEPENDENT INDIVIDUALS DIAGNOSED WITH STROKE AGED 65 YEARS
AND OVER ENROLLED IN THE HOME HEALTH UNIT**

ABSTRACT

Stroke is one of the most important causes of disability and mortality in adults in all societies, and it is important that caregivers of stroke patients are trained in care and their skills and competencies are increased. This study was conducted to evaluate the effect of face-to-face training on the care of the individual with stroke and care training videos sent to caregivers on the knowledge level and caregiver burden of caregivers in order to increase the knowledge level of caregivers of dependent individuals aged 65 years and older diagnosed with stroke registered in the home health unit. The study included 36 caregivers. Two home visits were made to the caregivers. During the first home visit, informed consent of the participants was obtained, 'Caregiver Identification Form', 'Zarit Caregiver Burden Scale', 'Caregiver Knowledge Level Assessment Form' were completed before the training, and caregivers were given face-to-face training on the care of the individual with stroke. One week later, caregiver training videos were sent to caregivers via social messaging network. Two weeks after the videos were sent, the second home visit was conducted. In this visit, caregivers' post-training knowledge level was re-evaluated with the 'Caregiver Knowledge Level Assessment Form' and their care burden was re-evaluated with the 'Zarit Caregiving Burden Scale'. In addition, the thoughts of the caregivers about the effectiveness of the training were determined with the 'Semi-structured Questionnaire'. In the findings obtained, it was concluded that there was no statistically significant difference between before and after the intervention in terms of the average care burden of caregivers; there was a statistically significant increase in the knowledge level of caregivers after the intervention after the training and the training videos sent; the participants found the training effective and useful and felt more adequate for care.

Keywords: Stroke, Elderly, Caregiver, Education

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	i
YAYIMLAMA VE FİKRİ MÜLKİYET HAKLARI BEYANI	ii
ETİK BEYAN	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Hipotezleri.....	5
2. GENEL BİLGİLER	6
2.1. İnme.....	6
2.1.1. İnmenin Tanımı	6
2.1.2. İnme Epidemiyolojisi	7
2.1.3. İnme Sınıflaması ve Etiyolojisi	8
2.1.4. İnme Risk Faktörleri.....	10
2.1.5. İnmenin Belirti ve Bulguları.....	14
2.1.6. İnmenin Komplikasyonları.....	15
2.1.7. İnmede Tedavi	16
2.1.8. İnmenin Önlenmesi	19
2.2. Yaşlılık Dönemi ve Bakım İhtiyacı.....	21
2.3. Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunumu.....	23
2.4. Bakım Yüğü	28
2.4.1. Bakım Verme Yüğü.....	28
2.4.2. Bakım Verme Yüğünü Etkileyen Faktörler.....	29
2.4.3. Bakım Vermenin Bakım Vericiler Üzerindeki Genel Etkileri	29
2.5. İnme ve Bakım	31
2.6. Bakım Verici Eğitimi	33
2.6.1. Bakım Verici Eğitiminin Önemi	33
2.6.2. Hasta ve Bakım Vericileri İçin Eğitim Yöntemleri.....	38
3. YÖNTEM	40
3.1. Araştırma Modeli	40

3.1.1. Eğitim Materyalleri ve Videoları	42
3.1.2. Araştırmanın Değişkenleri	44
3.1.3. Araştırmanın Hipotezleri	44
3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi	44
3.2.1. Bakım Vericilerin Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri	45
3.3. Veri Toplama Araçları	45
3.4. Veri Toplama Süreci	46
3.5. Deneysel Kurgu	47
3.6. İstatistiksel Analiz	47
3.7. Etik Onay	48
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	48
4. BULGULAR	49
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	49
4.2. Katılımcıların Bakım Verme Süresi ile İlgili Özellikleri	51
4.3. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Bakım Verici Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formunun Güvenilirlik Analizi	51
4.4. Zarit Bakım Verme Yüğü ve Bakım Verici Bilgi Düzeylerinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması	52
4.5. Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Bakım Yüğü ve Bakım Verici Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması	53
4.6. Regresyon Analizi	55
4.7. Korelasyon Testi	56
4.8. Pearson Korelasyon Testi	56
4.9. Zarit Bakım Verme Yüğü'nün Alt Kategorilerine Göre Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrası Durumunun Karşılaştırılması	57
4.10. Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi	57
5. TARTIŞMA	58
5.1. Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özellikleri	59
5.2. Bakım Vericilerin Müdahale Öncesi Bakım Yüğü	64
5.3. Bakım Vericilerin Müdahale Öncesi ve Sonrası Bakım Yüğü Karşılaştırması ..	65
5.4. Bakım Vericilerin Müdahale Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeyi Karşılaştırması ..	68
5.5. Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi	70
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	72
6.1. Sonuçlar	72
6.2. Öneriler	73
KAYNAKLAR	74
EKLER	95
Ek 1: ETİK KURUL ONAYI	95

Ek 2: KURUM İZİN ONAYI	96
Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.)	98
Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ	120



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

%	: Yüzde
<	: Küçüktür
>	: Büyüktür
-	: Eksi
n	: Katılımcı sayısı
Std Sapma	: Standart Sapma
Ark	: Arkadaşları
BMI	: Body Mass Index
DASH	: Dietary Approaches to Stop Hypertension
ESO	: European Stroke Organisation
ESH	: Evde Sağlık Hizmetleri
ESKOM	: Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi
GBD	: Global Burden of Diseases
GİA	: Geçici İskemik Atak
HbA1c	: Hemoglobin A1c
ISS	: International Stroke Society
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
PFO	: Patent Foramen Ovale
RG	: Resmi Gazete
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
t.y.	: tarih yok
WHF	: World Heart Federation
WHO	: World Health Organization
WSMI	: World Self Medication Industry
YAŞAM	: Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri

ŞEKİLLER VE RESİMLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Bakım videoları.....	42
Resim 3.1. Eğitim videosu içeriklerinden kesitler.....	44
Şekil 3.2. Yöntem şeması	47



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=36)	50
Tablo 4.2. Katılımcıların bakım verme süresi ile ilgili özellikleri	51
Tablo 4.3. Zarit bakım verme yükü ölçeği ve bakım verici bilgi düzeyi değerlendirme formunun güvenirlik analizi	52
Tablo 4.4. Zarit bakım verme yükü ve bakım verici bilgi düzeylerinin eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması.....	53
Tablo 4.5. Bakım vericilerin sosyodemografik özellikleriyle eğitim öncesi ve sonrası bakım yükü ve bakım verici bilgi düzeylerinin karşılaştırılması	53
Tablo 4.6. Regresyon analizi	55
Tablo 4.7. Korelasyon testi.....	56
Tablo 4.8. Pearson korelasyon testi	56

1. GİRİŞ

Dünyadaki hemen hemen her ülke, yaşlı nüfusta bir büyüme yaşamaktadır. Birleşmiş Milletler dünya nüfus tahminlerine göre 2023 yılı için dünya nüfusunun 8 milyar 45 milyon 311 bin 448 kişi, yaşlı nüfusun ise 807 milyon 790 bin 294 kişi olduğu tahmin edilmiştir. Bu tahminlere göre dünya nüfusunun %10.0'ını yaşlı nüfus oluşturmuştur (Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2023a). 2050 yılında 6 kişiden birinin 65 yaş üzerinde olacağı öngörülmektedir (World Population Ageing, 2020).

Yaşlı nüfusun artması ve yaşam süresinin uzamasıyla birlikte yaşlı bireylerde kronik hastalıkların görülme sıklığı ve buna bağlı olarak engelli bireylerin sayısı da artmakta, bağımlılık ve bakım sorunları gündeme gelmektedir (Cingil, Gözüm ve Bodur, 2015; Doğan ve Subaşı, 2006; Kılıç, Demir ve Er Çalışkan, 2020).

Diyabet, kanser, hipertansiyon, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, inme ve diğer kronik hastalıklar; dünyada ve ülkemizde yaşamı olumsuz yönde etkileyen, yaşam kalitesini düşüren, engellilik ve ölüm oranlarının yanı sıra sağlık bakım maliyetlerinin de artmasına neden olan ve özellikle ilerleyen yaşlarda sıklıkla görülen sağlık sorunları arasında yer almaktadır (Karakuş ve Özer, 2022).

Yaşlılıkta görülme sıklığı artan, engelliliğe ve yatağa bağımlılığa neden olabilen hastalıklardan biri olan inme; iskemi veya hemoraji kaynaklı beynin kan akımının bozulması sonucu merkezi sinir sistemindeki bilişsel, duyuşsal, motor ve emosyonel bozukluklar ile karakterize nörolojik bir sendromdur (Aydın ve Gülseven Karabacak, 2024; Türk Nöroloji Derneği, 2014; World Health Organization (WHO), 2005).

İnmenin, tüm dünyada uzun dönem sakatlıkların en önemli nedeni olduğu ve inme geçiren çoğu insanın fiziksel düzeyde yetersizlik yaşadığı bilinmektedir. İnme, mortalite ve morbiditeye neden olan önemli bir hastalıktır (Mollaoğlu, Özkan Tuncay ve Kars Fertelli, 2011).

Dünyada her yıl 17 milyon kişi inme geçirmekte ve 6 milyon kişi bu nedenle kaybedilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018). İnme,

gelişmiş ülkelerde üçüncü önde gelen ölüm nedenidir ve gelişmekte olan ülkelerde ikinci sırada yer almaktadır. Yaşlı erişkinlerde inme, ikinci sırada gelen ölüm nedenidir ve en yaygın serebrovasküler hastalıktır (Day vd., 2018; İnci ve Bayık Temel, 2016). Amerika Birleşik Devletlerinden bildirilen istatistiklerde de inme, kalp hastalıklarından sonra ölüme neden olan ikinci sırada gelen hastalık olarak bildirilmektedir. ESO (Avrupa İnme Birliği) projeksiyonları, bu durumun gelecekte de değişmeyeceğini hatta artacağını ortaya koymaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2018). Ülkemizde de inme, ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır (Çubuk ve Efe Sayın, 2021).

İnme, tüm dünyada ve ülkemizde kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon ve yaşlılık gibi nedenlerle artmaktadır (Kars Fertelli ve Özkan Tuncay, 2019). İnme sonrası hastalar; duyuşsal, görsel, bilişsel ve cinsel işlev bozuklukları, denge ve kas koordinasyon bozuklukları, paralizi gibi birçok sorun ile karşı karşıya kalmaktadır (Aydın ve Gülseven Karabacak, 2024; Türk Nöroloji Derneği, 2014). Bu sorunlara bağlı olarak da fonksiyonel bağımsızlıklarını kaybeden inmeli hastalar; günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmede az ya da çok düzeyde değişmek üzere bağımlı duruma gelmekte, uzun süreli bakım ihtiyacı ortaya çıkmaktadır (Aydın ve Gülseven Karabacak, 2024).

Gelişmiş batı ülkelerinde inme gibi kronik hastalığı olan kişilere bakım hizmetleri veren eğitimli kişiler mevcuttur. Ancak ülkemizde bu yardımı genellikle aile bireyleri vermektedir. Toplumumuzun gelenek ve göreneklerine göre inme geçiren ailedeki bireye genelde eşler veya çocuklar bakım vermektedir (Şirzai vd., 2015).

İnmeli hastanın evde aile üyeleri tarafından bakımı hasta ve bakım verenler açısından oldukça uzun ve zorlu bir süreçtir. Bu dönemde bakım ve tedavinin sürdürülmesinde bakım verenlere önemli sorumluluklar düşmektedir (Erdem, 2019; İnci ve Bayık Temel, 2016).

Yaşlanan nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik uzun süreli bakım sistemlerinin uygulanması önerilmekte ve evde sağlık hizmetleri giderek daha ön plana çıkmaktadır (World Health Organization (WHO), 2015; World Population Ageing, 2020).

Evde sağlık hizmetleri, bir sağlık kuruluşunda alınan bakım kadar uygun ve etkilidir ve genellikle daha ucuzdur (WHO, 2015). Sağlık ve sosyal bakım ihtiyaçlarının karşılanmasında evde sağlık hizmetleri en etkin model olarak tanımlanmaktadır (Beşer ve Bahar, 2017; Öğür vd., 2019).

Fakat evde sağlık hizmetleri, kurumsal olarak ne kadar iyi verilirse verilsin bakımın en önemli yükünün aile bireylerinde olduğu bilinmektedir. Evde sağlık hizmetlerinde ekip ve personel sayısında artış sağlamak için çalışılsa da artan hasta sayısına oranla yetersiz kaldığı gözlenmektedir. Evde sağlık ekipleri plan doğrultusunda hizmet verdiği evlerde 15-20 dakika içinde hizmeti sunup bir diğer hasta için evden ayrılmak durumundadır (Öğür vd., 2019).

Bireylere kendi yakınları tarafından bakım verilmesi fiziksel ve psikolojik olarak hastaların iyilik halini olumlu etkilemesine rağmen yapılan çalışmalar; bakım verenlerin ve bakım alanların bazı sorunlarla karşılaştıklarını, bakım vermeye ilişkin bilgi eksiklikleri nedeniyle uzman yardımına gereksinim duyduklarını göstermektedir. Bakım vermeye ilişkin bilgi eksiklikleri hem bakım verenlerin hem de bakım alanların olumsuz etkilenmesine neden olabilmektedir (Bendová vd., 2024; Dramalı, Demir ve Yavuz, 1998; Güven ve Hazer, 1998; Hafsteinsdóttir vd., 2011; Karahan ve Güven, 2002; Lobo vd., 2023; Lu vd., 2022; Öğür vd., 2019; Sutin vd., 2022).

Bakım verenler, uzun dönem bakımı sağlamak için yeterli bilgi ve donanıma sahip olamayabilmekte, kendilerini güvensiz hissedebilmekte ve bakımla ilgili konularda yardım ve desteğe ihtiyaç duyabilmektedirler. Sağlık ekipleri kısa süreler içinde bireyin ihtiyacı olan sağlık hizmetinin yanı sıra hasta ve yakınlarına eğitim ve danışmanlık gibi hizmetleri de sunmaktadır. Hastasının bakımını 7 gün 24 saat sağlayan aile bireyleri için sağlık bakım ekibi tarafından verilen eğitim ve danışmanlık; ailenin bakım yeterliliğini ve bunun yansıması olarak hastanın bakım kalitesini doğrudan etkileyecektir. Dolayısı ile bakım verenlerin hasta bakımı konusunda alanında uzmanlar tarafından bilgilendirilmesi, bakım verici aile üyelerinin bakım konusunda yeterliliklerinin artırılması ve evde hastaların bakımına yönelik evde bakımın, kaliteli ve spesifik ekipler tarafından desteklenmesi önemlidir (Dağdeviren vd., 2020; Öğür vd., 2019; Sutin vd., 2022). Aynı zamanda bakım vericilerin eğitiminde; yüz yüze eğitimin yanı sıra günümüzde teknolojinin gelişimi ile birlikte özellikle akıllı telefon kullanımının yaygınlaşması gibi

nedenlerle bakım veren aile bireylerinin bilgiye ulaşımını kolaylaştıracak uzaktan eğitim modelleri, açık erişim kaynakları, mobil sağlık gibi bakım vericiye ulaşmayı kolaylaştıran uygulamaların da bakım vericiyi destekleme, bilgilendirme hedefine ulaşmada katkı sağladığı bilinmektedir (Toğluk Yiğitoğlu ve Şendir, 2021; Wang vd., 2018).

İnme prevalansındaki artışın bakım gereksinimi olan bireyle birlikte bakım vericinin sayısını da artırması, bağımlı bireyin bakımının sağlık sistemine ve hasta yakınlarına yük getirmesi; inmeli bireye bakım verenlerle ilgili araştırmaların yapılmasının önemine dikkat çekmektedir (Kars Fertelli ve Özkan Tuncay, 2019).

Literatür incelendiğinde; inmeli bireylerle ilgili çoğunlukla yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalar inmeli bireye bakmanın bakım verici üzerindeki yükünü tanımlamaya ve değerlendirmeye (Ashghali Farahani vd., 2021; Duru Aşiret ve Kapucu, 2013; Freytes vd., 2021; Işık, 2013; Kalıncara ve Kalaycı, 2017; Kars Fertelli ve Özkan Tuncay, 2019; Koçak, 2011; Mollaoğlu vd., 2011; Ödemiş, 2018; Şirzai vd., 2015; Zhu ve Jiang, 2018; Zhu ve Jiang, 2019), inmeli bireylerin bakım vericilerinin bakım vermeye hazır oluşluğunu değerlendirmeye (Aydın ve Gülseven Karabacak, 2024; Karaman ve Karadakovan, 2015), inmeli hastaların sağlık ve bakım ihtiyaçlarını belirlemeye (Apaydın Kaya, Mercan ve Çifçili, 2018), bakım vericilerin bakım sıklığı ile anksiyete/depresyon arasındaki ilişkiyi değerlendirmeye (Freytes vd., 2021; Graf vd., 2017; Hu vd., 2018; Hultman vd., 2019; McCurley vd., 2019), bakım vericilerin bakım verme esnasındaki sağlık durumlarını etkileyen faktörleri belirlemeye (Kum vd., 2022), bakım vericilerin eğitimi ve eğitimin inmeli bireye bakım verenin bakıma hazır oluşluğu üzerine etkisini değerlendirmeye (Baykal ve Tülek, 2018; Day vd., 2018; Erdoğan İnan ve Polat, 2023; Gök Uğur ve Erci, 2019) yöneliktir. Sosyal mesajlaşma ağı, web sayfası aracılığıyla eğitim gibi materyallerin kullanıldığı bakım vericilere yönelik yapılan müdahalelerin sayısı sınırlıdır (Avcı Demir ve Gözüm, 2021; Ayaz vd., 2021; Baykal ve Tülek, 2018; Bitek ve Erol, 2019; Demir, 2014; Epalte vd., 2023; Quinn vd., 2023; Ritsma vd., 2023; Zhai vd., 2023).

Çalışmanın amacı; evde sağlık birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri inme tanılı bağımlı bireylerin bakım vericilerinin bilgi düzeyini arttırmak amacıyla ev ziyareti yapılarak inmeli bireyin bakımına yönelik demonstrasyon yöntemi ile birlikte yapılan yüz yüze eğitimin yanı sıra bu eğitimi pekiştirmek amacıyla hazırlanmış bakım eğitimi videolarının

zamana yayılarak sosyal mesajlaşma ağı aracılığıyla bakım vericilerle paylaşılmasının, bakım vericilerin bilgi düzeylerine ve bunun yanı sıra bakım verici yüküne etkisinin değerlendirilmesidir.

1.1. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Verilen eğitim bakım vericinin bilgi düzeyini arttıracaktır.

H2: Verilen eğitim bakım vericinin bakım yükünü azaltacaktır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnme

2.1.1. İnmenin Tanımı

İnme, beyne giden kan akımının aniden azalması veya durmasıdır (Türk Nöroloji Derneği, 2014; WHO, 2005). İnme, serebral enfarktüs, intraserebral kanama ve subaraknoid kanama dahil olmak üzere vasküler bir nedenden dolayı merkezi sinir sisteminin akut fokal hasarı olarak ortaya çıkan, dünya çapında komplikasyon ve yetersizliklere yol açabilen, etkilenen beyin bölgesine göre konuşma, kas gücü, koordinasyon-denge, görme veya hafızada kayıp ortaya çıkaran, hastaların yaşam kalitesini azaltan, mortalite ve morbidite oranı oldukça yüksek olan, yüksek bakım ve tedavi maliyeti olan nörolojik bir disfonksiyon olarak tanımlanmaktadır (Bal ve Koç, 2020; Sacco vd., 2013; Türk Nöroloji Derneği, 2014; World Health Organization (WHO), 2012; Yücel ve Eren, 2021).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından inme; ani ve hızla gelişen, 24 saatten uzun süren veya ölüme yol açan, vasküler neden dışında görünür bir neden olmaksızın fokal veya global serebral fonksiyon bozukluğu klinik belirtileri olarak tanımlanmıştır (Erdem, 2019; Sacco vd., 2013; World Health Organization (WHO), 2006). Serebrovasküler olaylar sonucu oluşan inme, dünyada en sık karşılaşılan nörolojik hastalıklardan biridir (Feigin vd., 2003).

Altta yatan patolojiye göre, iskemik (%80-85) ve hemorajik (%15-20) olarak sınıflandırılan inme; beynin bir bölgesindeki kan akımının tromboemboli veya kanama gibi nedenlerle azalması ya da aniden kesilmesi nedeniyle bireylerde beyin hasarına bağlı farklı derecelerde yetersizliklere neden olmaktadır. İnmede ortaya çıkan semptomlar, hızlı bir şekilde iyileşmenin yanı sıra ciddi sorunlar şeklinde ve sekel bırakan iyileşmelerle de sonuçlanabilmektedir (Alankaya, 2019). İnme; kognitif ve emosyonel bozukluklar, konuşma ve yutma bozukluğu, motor kontrol kaybı, duyuşal değişiklikler veya koma gibi nörolojik defisitlerle karakterize olan aktivite ve katılım kısıtlılıklarına neden olan bir hastalıktır (Feigin vd., 2003; Warlow vd., 2001).

2.1.2. İnme Epidemiyolojisi

İnme, önemli bir küresel sağlık sorunudur ve tüm toplumlarda engelliliğin ve erişkinlerde mortalitenin en önemli nedenlerinden birisidir. Gelişmekte olan ülkelerde meydana gelen yaşlı nüfusun artması ve demografik yapıdaki değişiklikler inmenin önemini daha da artacağını göstermektedir (Feigin vd., 2015; T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020).

İnme, küresel ölçekte ölüm nedenleri arasında ikinci sırada ve sakatlığa-ayarlanmış-yaşam-yılı kayıpları, engellilik açısından da üçüncü sırada yer almaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2021).

Global Burden of Diseases 2019 yılı raporuna göre; dünyada her yıl 17 milyon kişi inme geçirmekte ve 6 milyon kişi bu nedenle hayatını kaybetmektedir. Yılda ortalama, her 1000 kişide 3 yeni inme vakasının ortaya çıktığı insidans çalışmaları mevcuttur (Global Burden of Diseases (GBD), 2020).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından ise, her yıl dünya çapında 15 milyon insanın inme geçirdiği, bu inme vakalarının beş milyonunun ölümle sonuçlandığı ve beş milyon kişinin ise kalıcı olarak engellilik durumuyla karşılaştığı ve bu durumun aileler ve toplum üzerinde yük oluşturduğu bildirilmektedir (World Health Organization (WHO), 2024).

İnmenin, Amerika Birleşik Devletleri'nde önde gelen bir morbidite nedeni olduğu ve 2021'de beşinci önde gelen ölüm nedeni olduğu Amerika Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin (U.S. Centers for Disease Control and Prevention) raporunda belirtilmiştir (Imoisili vd., 2024).

Küresel olarak, inmelerin %70'i ve inmeye bağlı ölümle birlikte engelliliğe ayarlanmış yaşam yıllarının her ikisinin %87'si düşük ve orta gelirli ülkelerde ortaya çıkmaktadır. Son kırk yılda, düşük ve orta gelirli ülkelerdeki inme insidansı iki katına çıkmıştır (Johnson vd., 2016).

Türkiye İstatistik Kurumunun 2023 yılı ölüm nedeni istatistiklerine göre; %33.4 ile dolaşım sistemi hastalıkları ilk sırada yer almıştır. Dolaşım sistemi hastalıklarından

kaynaklı ölümler alt nedenlerine göre incelendiğinde; ölenlerin %42.4'ünün iskemik kalp hastalıklarından, %24.1'inin diğer kalp hastalıklarından, %18.6'sının serebro-vasküler hastalıklardan öldüğü belirtilmiştir (Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2023b).

Türkiye’de ulusal düzeyde sakatlığa ayarlanmış yaşam yılı kaybına neden olan ilk 10 hastalık arasında ikinci sırayı iskemik kalp hastalıkları, üçüncü sırayı ise serebrovasküler hastalıklar almaktadır. İskemik kalp hastalıklarına bağlı kaybedilen yaşam yılları, bütün kayıpların %8’ini, serebrovasküler hastalıklara bağlı kayıplar ise %6’sını oluşturmaktadır. Koroner kalp hastalığı ve inmeyi içeren kardiyovasküler hastalıklar; küresel olarak en yaygın ölümcül bulaşıcı olmayan hastalıklardır ve 2019’da tahmini 18.6 milyon ölümden sorumludur (Civek ve Akman, 2022).

Türkiye’de ortalama yaşam süresi erkekler için 75.6 ve kadınlar için ise 81.2 yıldır. Ortalama yaşam süresinin uzamasıyla birlikte inme sıklığı giderek artmaktadır (Global Burden of Disease (GBD), 2021; Worldometer, 2022).

Global Burden of Disease 2019 yılı raporuna göre; Türkiye'nin 2019 yılı resmi nüfusu 83.429.615 kişidir ve aynı yıl inme insidansının 125.345 (yüz binde 154), inmeye bağlı ölümün 48.947 olduğu belirtilmiştir (GBD, 2021).

İnme uzun dönemli sakatlık nedeni olup inme sonrası sakatlık, sadece hastanın yaşam kalitesini düşürmekle kalmayıp, aileler ve sağlık hizmetleri üzerinde de çok büyük emosyonel ve sosyoekonomik etkiye sahip olup toplumsal yükü çok ağırdır (Karaman vd., 2015; Topçuoğlu vd., 2020).

2.1.3. İnme Sınıflaması ve Etiyolojisi

Geçici iskemik atak

Geçici iskemik atak (GİA); akut olarak gelişen, semptomları geçici olan 24 saatten kısa süren, enfarktüs olmadan, beyne veya omuriliğe giden kan akışında oluşan bir problem sonucu gelişen fokal arteriyel iskemi ve patoloji şeklinde tanımlanan bir durumdur (Özgüncü ve Eren, 2022; Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, 2015).

Geçici iskemik atakta oluşan damar tıkanıklığı geçicidir ve tıkanıklık açılınca belirtiler kaybolur, oluşan bozukluk kısa süreli olduğundan semptomları dakikalar içinde

geçebilir kalıcı bir hasar oluşmaz ve geride herhangi bir sekel bırakmayabilir (Khare, 2016; Özgüncü ve Eren, 2022).

Geçici iskemik atak geçiren olgularda ortalama olarak ilk yıl iskemik inme gelişme oranı %4 civarındadır ve tamamlanmış inme riski yüksek olan geçici iskemik ataklı hastaların hızlıca değerlendirilmesi ve tedavisinin yapılması önemlidir (National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2008; Özgüncü ve Eren, 2022).

İskemik inme

İskemik inme; damar içinde plak ve yağ birikimlerinin sonucunda oluşan pıhtıdan kaynaklanan fokal, serebral, spinal veya retinal infarkt sonucu gelişen klinik semptom oluşturan ani başlangıçlı ve belirtilerin 24 saatten uzun sürdüğü nörolojik disfonksiyon durumudur (Özgüncü ve Eren, 2022; Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, 2015; Türk Nöroloji Derneği, 2014; WHO, 2012; Yücel ve Eren, 2021).

İskemik inmenin, tüm inmeler içinde meydana gelme oranı %80-85'tir (National Clinical Guideline for Stroke, 2023; Yücel ve Eren, 2021).

İskemik inmenin ana nedeni; ateroskleroz veya damar duvarlarını kaplayan yağ birikintileridir. İskemik inmeler, kan akışının azalması veya tamamen tıkanmasına bağlı gelişir. Kan akışındaki azalma; sistemik perfüzyonun azalması, şiddetli stenoz veya bir kan damarının tıkanması nedeni ile olabilir. Azalan sistemik perfüzyon; düşük tansiyon, kalp yetmezliği veya kan kaybına bağlı olarak da ortaya çıkabilir. Kan akımı olmayan beyin alanı hasar görür (American Stroke Association, (t.y.); Özel, 2021; Türk Nöroloji Derneği, 2014).

Hemorajik inme

İskemik inme gibi fokal veya global inme belirtileri ile başlar ve görüntülemelerde kanama lehine bulgu izlenir. Yalnızca vasküler bir olay sonucunda meydana gelen, travmatik olmayan ve primer merkezi santral sisteminin etkilenmesine neden olan durumlar hemorajik inme olarak ifade edilir (Özgüncü ve Eren, 2022; Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, 2015).

Hemorajik inme, iskemik inme ve geçici iskemik atağa kıyasla daha az görülmesine rağmen mortalite ve morbidite oranının yüksek olması nedeniyle önemli bir halk sağlığı etkisine sahiptir (Özgüncü ve Eren, 2022; Sacco vd., 2013).

İntrakraniyal kanamalar, her yıl oluşan yeni inme olgularının içinde %10-15'lik bir orana sahiptir (Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, 2015).

Hemorajik inme; zayıflamış bir damar yırtıldığında ve çevredeki beyne kanadığında ortaya çıkar. Kan, çevredeki beyin dokusunda birikir ve beyin dokusunu sıkıştırır. İki tip olarak görülebilecek hemorajik inme; intraserebral kanama (beyin içinde) veya subaraknoid kanama (beyni kaplayan dokunun iç ve dış katmanları arasında) şeklindedir. Hemorajik inmede intraserebral kanama en yaygın tiptir. Hipertansiyon, önemli risk faktörlerinden biridir ve eğer tedavi edilmezse intraserebral kanama riski artmaktadır. Mortalitesi en yüksek inme tipidir ve uzun süreli sakatlığa neden olabilir (American Stroke Association, (t.y.); Montaña, Hanley ve Hemphill, 2021).

2.1.4. İnme Risk Faktörleri

İnme için tanımlanan risk faktörleri, değiştirilebilen ve değiştirilemeyen risk faktörleri olarak sınıflandırılmaktadır (Erdem, 2019; Fırat vd., 2021).

İnmenin değiştirilemeyen risk faktörleri

Yaş: Yaşlanma, kardiyovasküler sistem ve inme risk faktörlerinin gelişmesinde rol olan etkileri nedeni ile iskemik inme ve hemorajik inme riskini artırmaktadır (Demirci Şahin vd., 2015b; Goldstein vd., 2011; Yücel ve Eren, 2021). İnme ile ilgili en önemli risk faktörünün yaş olduğunu söylemek mümkündür. İnme riski 55 yaşın üstünde her iki cinsten de her 10 yılda bir iki katın üzerinde artış göstermektedir (Akıncı, 2019; American Stroke Association, (t.y.); Beyin Sağlığı ve Hasta Derneği, (t.y.); Erdem, 2019).

Cinsiyet: Cinsiyet inme için değiştirilemez risk faktörlerindendir (American Stroke Association, (t.y.); Beyin Sağlığı ve Hasta Derneği, (t.y.)). İnme her iki cinsiyeti de etkilemesine rağmen insidans ve inme sonuçları kadın ve erkeklerde farklılık göstermektedir. İnme, erkeklerde kadınlara göre daha sık görülmektedir ve inme insidansı erkeklerde kadınlara göre 1.25 kat daha fazladır (Akıncı, 2019; Demirci Şahin, Üstü ve Işık, 2015a; Demirci Şahin vd., 2015b; Erdem, 2019; Goldstein vd., 2011; Yücel ve Eren,

2021). Fakat kadınlar, uzun yaşam beklentisi ve ileri yaşlarda yüksek inme insidansı nedeniyle daha sık inme olayları yaşarlar. İnmeden sonra, kadınlar erkeklere göre daha kötü fonksiyonel sonuçlara ve daha düşük yaşam kalitesine sahip olurlar (Hiraga, 2017).

İrk: İnme insidansı ve mortalite oranları etnik gruplar arasında farklılık göstermektedir (American Stroke Association, (t.y.); Beyin Sağlığı ve Hasta Derneği, (t.y.)). Asyalılar, Japonlar ve Çinlilerde inme insidansı beyaz ırka göre daha yüksektir (Şahin Onat ve Erkin, 2008; Yücel ve Eren, 2021).

Genetik Faktörler: Ailede inme öyküsü, inme için belirlenmiş bir risk faktörüdür (American Stroke Association, (t.y.); Beyin Sağlığı ve Hasta Derneği, (t.y.); Thijs vd., 2015). Ailede inme öyküsünün olması inme riskini %30 oranında arttırmaktadır (Demirci Şahin vd., 2015a; Demirci Şahin vd., 2015b).

Geçirilmiş inme, geçici iskemik atak öyküsü ve kalp krizi: Daha önce inme geçirmiş bir kişinin tekrar inme geçirme riski, hiç inme geçirmemiş birine göre çok daha yüksektir. Bir veya daha fazla geçici iskemik atak geçiren bir kişinin inme geçirme olasılığı, aynı yaş ve cinsiyette olmayan birine göre neredeyse on kat daha fazladır (American Stroke Association, (t.y.); Beyin Sağlığı ve Hasta Derneği, (t.y.); Erdem, 2019). Kalp krizi öyküsü olanlarda inme geçirme riski daha yüksektir. Plak birikmesi kalbe giden kan damarlarını tıkadığında kalp krizi meydana gelir. Benzer şekilde felçlerin çoğu, beyinde tıkanmalara neden olan plak birikmesi nedeniyle meydana gelir (American Stroke Association, (t.y.)).

Düşük Doğum Ağırlığı: Düşük doğum ağırlığına sahip bireylerde inme nedenli mortalite oranı daha yüksektir (Demirci Şahin vd., 2015a; Demirci Şahin vd., 2015b). Bir dizi çalışma intrauterin gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlığının erişkin yaşamda fatal ve fatal olmayan inme riskini arttırdığını göstermiştir (Akıncı, 2019).

İnmenin değiştirilebilen risk faktörleri

Hipertansiyon: Hipertansiyon, hem serebral infarktüs hem de intrakraniyal kanama ile oluşabilecek ilk ve tekrarlayan inmeler için majör bir risk faktörüdür. Kan basıncı ile inme oluşumu ve inme nedeniyle ölüm riski arasında anlamlı bir ilişki vardır (Beyin Sağlığı ve Hasta Derneği, (t.y.); Karaman vd., 2015; Mancina vd., 2013; Moosa

vd., 2023; National Clinical Guideline for Stroke, 2023; Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, 2015; WHO, 2005; WHO, 2012; Yücel ve Eren, 2021). Kan basıncı arttıkça, hipertansif aralıkta olmasa bile, inme riski de artar (Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, 2015). İskemik ve hemorajik inmeyi önlemenin en etkili stratejisi hipertansiyon tedavisidir (Mancia vd., 2013).

Sigara: Sigara içmek, inme oluşumu için değiştirilebilir bir risk faktörüdür (Beyin Sağlığı ve Hasta Derneği, (t.y.); Karaman vd., 2015; WHO, 2005; Yücel ve Eren, 2021). İnme risk faktörlerinin hemen hemen her çok değişkenli değerlendirmesi, sigara içmeyi iskemik inme için güçlü bir risk faktörü olarak tanımlamıştır ve riskin yaklaşık olarak iki katına çıkmasıyla ilişkili bulmuştur (Erdem, 2019; Meschia vd., 2014). Sigara içmenin ateroskleroza ve prokoagülan durumu teşvik ettiği bilinmektedir (Bhat vd., 2008).

Diyabet: Diyabet hastalığı inme oluşumu için değiştirilebilen risk faktörlerinden biridir (Beyin Sağlığı ve Hasta Derneği, (t.y.); Karaman vd., 2015; WHO, 2005; Yücel ve Eren, 2021). Diyabetik hastalarda, ateroskleroza karşı artan bir duyarlılık mevcuttur ve aynı zamanda özellikle hipertansiyon ve anormal kan lipitleri gibi aterojenik risk faktörlerinin prevalansında artış söz konusudur (Meschia vd., 2014). Diyabetin iskemik inme riskini 1.8 ila 6 kat oranında bağımsız olarak artırdığı gösterilmiştir (Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, 2015). Diabetes mellituslu hastaların $\approx$ %20'sinde gelişen inme ölümle sonuçlanabilmektedir (Meschia vd., 2014).

Dislipidemi: Çalışmalar, yüksek düzeyde olan total kolesterolün iskemik inme için bir risk faktörü olduğunu göstermiştir (Beyin Sağlığı ve Hasta Derneği, (t.y.); Erdem, 2019; Meschia vd., 2014; WHO, 2005; Yücel ve Eren, 2021). Statinler ile tedavinin, ateroskleroza olan veya yüksek risk taşıyan hastalarda inme riskini azaltacağı belirtilmiştir (Meschia vd., 2014).

Atrial Fibrilasyon: Atrial fibrilasyon, inme için bağımsız bir risk faktörüdür (Benjamin vd., 1998; Beyin Sağlığı ve Hasta Derneği, (t.y.); Karaman vd., 2015; National Clinical Guideline for Stroke, 2023; WHO, 2005). İskemik inme riskini 4-5 kat artırmaktadır (Benjamin vd., 1998; Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, 2015). Atrial fibrilasyona bağlı inmenin mortalitesi ve morbiditesi yüksektir. İnme risk faktörlerinin çoğuna atfedilebilir riskler ilerleyen yaşla birlikte azalırken, atrial

fibrilasyon ile ilişkili inme için atfedilebilir riskler yaşla birlikte önemli ölçüde artmaktadır. 50-59 yaş grubu için %1.5'ten 80-89 yaşlarında %23.5'e yükselmektedir (Benjamin vd., 1998).

Asemptomatik Karotis Arter Stenozu: Ekstrakraniyal internal karotis arter veya bulbus karotiste aterosklerotik stenoz, artmış inme riski ile ilişkilendirilmiştir (Beyin Sağlığı ve Hasta Derneği, (t.y.); Meschia vd., 2014).

Patent Foramen Ovale: Patent foramen ovale (PFO), venöz dolaşımdan arteriyel dolaşıma trombüs, yağ veya havanın paradoksal embolisi için bir kanal görevi görerek veya PFO kanalının kendisinde pıhtı oluşumu yoluyla insanları inme geçirmeye yatkın hale getirebilir (National Clinical Guideline for Stroke, 2023).

Orak Hücreli Anemi: Orak hücreli anemi, inmeye neden olan sendromlardandır (Özel, 2021; Rawandi, 2018).

Postmenopozal Hormon Tedavisi: İnme için değiştirilebilir risk faktörlerindendir (Öztürk ve Gözübatık Çelik, 2020).

Fiziksel İnaktivite: Fiziksel inaktivite; artan ölüm riski, inme, kardiyovasküler morbidite ve mortalite dahil olmak üzere çok sayıda sağlık üzerinde olumsuz etki yaratan durumlarla ilişkilidir (Beyin Sağlığı ve Hasta Derneği, (t.y.); Meschia vd., 2014; WHO, 2005).

Obezite ve Vücut Yağ Dağılımı: İnme; hipertansiyon, kalp hastalığı ve diabetes mellitus ile birlikte aşırı kilolu veya obez olmakla da ilişkilidir. Obezite ve vücut yağ dağılımı, inmeye neden olabilecek değiştirilebilir risk faktörleri arasında yer almaktadır. (Beyin Sağlığı ve Hasta Derneği, (t.y.); Demirci Şahin vd., 2015a; Demirci Şahin vd., 2015b; Goldstein vd., 2011; WHO, 2005). Abdominal vücut yağının, inme riski açısından Vücut Kitle İndeksi'nden daha güçlü bir belirleyici olduğu kanıtlanmıştır (Meschia vd., 2014).

Diyet: Diyet, inme için değiştirilebilir risk faktörüdür (Beyin Sağlığı ve Hasta Derneği, (t.y.); Fırat vd., 2021). Büyük ve çeşitli kanıtlar, iskemik inme için başlıca

değiştirilebilir risk faktörü olan yüksek kan basıncının patogeneğinde diyetin etkili olduğunu göstermiştir (Appel vd., 2006). Spesifik olarak, yüksek kan basıncı ile nedensel olarak ilişkili olan diyet risk faktörleri arasında aşırı tuz alımı, düşük potasyum alımı, aşırı kilo, yüksek alkol tüketimi ve optimal olmayan diyet modeli yer almaktadır (Meschia vd., 2014; WHO, 2005).

2.1.5. İnmenin Belirti ve Bulguları

Akut iskemik inme/Geçici İskemik Atak öncesinde ve herhangi bir nörolojik hastalığı bulunmayan benzer yaş grubundaki kişilerde son 1 ayda görülen fokal ve non-fokal nörolojik belirtilerin sorgulandığı bir çalışmada; baş dönmesi, dengesizlik, bulanık görme, görsel fenomenler (tek veya her iki gözün önünde geçici, kısa süreli ışık çakmaları, sinek uçuşmaları, zigzaglar), uyuşukluk ve sarhoşvari yürüme, nonspesifik görsel yakınmalar akut iskemik inme hastalarında istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha sık görülmüştür (Nadirova vd., 2021).

İnme belirtileri

- Konuşmada bozukluk, peltek konuşma, konuşmayı anlamada zorluk
- Vücudun tek tarafında yüz, kol ve/veya bacakta olan uyuşukluk, hissizlik ve/veya kuvvet kaybı
- Bilinç bulanıklığı
- Anlamada güçlük
- Yürüme güçlüğü
- Denge ve koordinasyon kaybı
- Tek veya iki taraflı görme kaybı
- Şiddetli baş ağrısı
- Baş dönmesi
- Bulanık görme
- Bir ya da iki gözde görme zorluğu
- Çift görme
- Yutma güçlüğü
- Yüzde asimetri
- Baygınlık hissi
- Sersemlik hissi

- Bayılma veya bilinç kaybı
- İdrar veya dışkı inkontinansı (Ahmed vd., 2015; Özkan, 2019; Türk Nöroloji Derneği, 2014; WHO, 2005).

2.1.6. İnmenin Komplikasyonları

İnme sonrası bazı hastalar tamamen düzelirken bir kısmı da bazı sorunlarla yaşama devam etmektedir. Bu sorunlar beynin hasar gören kısmına göre değişkenlik göstermektedir. İnme sonrası hastalarda fiziksel, duyuşal ve duygusal problemler gelişebilir (Topçu ve Oğuz, 2017; Türk Nöroloji Derneği, 2014).

İnme sonrası medikal komplikasyonların önlenmesi, erken tanınması ve tedavisi, büyük önem taşımaktadır. Çünkü ortaya çıkan medikal problemler inme prognozunu ve maliyeti anlamlı olarak etkilemektedir (Junttola vd., 2021; Kalyoncu Aslan vd., 2007).

İnme sonrası en sık karşılaşılan komplikasyonlar;

- Üriner sistem enfeksiyonları
- Mesane ve bağırsak problemleri
- Pnömoni
- Malnütrisyon
- Disfaji
- Afazi ve Dizartri
- Derin ven trombozu
- Ağrı
- Nöbetler
- Ajitasyon
- Anksiyete
- Depresyon
- Duygusalılık
- Tükenmişlik
- Hafıza problemleri
- Yorgunluk
- Eklem ve yumuşak doku ağrıları
- Sepsis

- Düşmeler ve düşme korkusu
- Spastisite ve Kontraktürler
- Ortopedik komplikasyonlar
- Yatağa bağımlılık
- Bası ülserleri (Kalyoncu Aslan vd., 2007; National Clinical Guideline for Stroke, 2023; Uslu, 2019; WHO, 2012).

Ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalarda da; inmeli hastalarda kardiyovasküler komplikasyonlar, pnömoni, venöz tromboembolizm, ateş, ağrı, disfaji, idrar ve dışkı inkontinansı, depresyon, düşmeler, cilt bütünlüğünde bozulma, dekübit ülseri, malnütrisyon, idrar yolu enfeksiyonları, nöbetler, omuz ağrısı, mesane fonksiyon bozukluğu, bağırsak fonksiyon bozukluğu, uyku bozukluğu gibi komplikasyonlarla birlikte polifarmasi olduğu bildirilmektedir (Abo El Hussien, Hossien ve Mohammed, 2022; Apaydın Kaya vd., 2018; Buckley vd., 2022; Davenport vd., 1996; Juntola vd., 2021; Kim vd., 2017; Kumar, Selim ve Caplan, 2010).

2.1.7. İnmede Tedavi

İnme yaygın, ciddi ve engelleyici küresel bir sağlık sorunudur ve rehabilitasyon hasta bakımının önemli bir parçasıdır (Langhorne, Bernhardt ve Kwakkel, 2011). Tüm toplumlarda engelliliğin ve erişkinlerde mortalitenin en önemli nedenlerinden biri olması nedeniyle konunun önemine istinaden inmenin önlenmesi, inme sonrası bakım, tedavi, rehabilitasyon ve sekonder inmeden korunmak için birçok ulusal ve uluslararası rehberler, kılavuzlar ve kitapçıklar yayımlanmıştır. Kalp krizi ve inmeden korunmak için 2005 yılında World Health Organization (WHO), World Self Medication Industry (WSMI), World Heart Federation (WHF) ve International Stroke Society (ISS) ortak yapımı olup Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayımlanmış olan kitapçık, yine Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2012 yılında yayımlanan inmenin yönetimine yönelik rehber, Birleşik Krallık ve İrlanda'da inme geçiren yetişkinler için hem sağlık profesyonelleri hem de bakım vericilere rehberlik etmek ve hastanın bakım kalitesini arttırmak amacıyla 2023 yılında yayımlanmış 'İnme için Ulusal Klinik Kılavuz (National Clinical Guideline for Stroke)', 'Avrupa İnme Organizasyonu (European Stroke Organisation (ESO))'nun yayımladığı inme yönetimi ile ilgili rehberler, Kanada'da 'Canadian Stroke Best Practices' tarafından 2022 yılında yayımlanan akut inme yönetiminin tedavisi ve komplikasyonların yönetimine yönelik bilgiler içeren 'Acute Stroke Management'

rehberi, Amerikan Kalp Derneği/Amerikan İnme Derneği tarafından 2022 yılında yayımlanan intraserebral hemorajili hastaların yönetimine yönelik rehber, yine aynı dernekler tarafından 2021 yılında yayımlanan inme ve geçici iskemik atak geçirmiş hastalarda inmenin önlenmesine yönelik rehber ve 2019 yılında akut iskemik inmenin erken yönetimine yönelik rehber, yine Amerikan Kalp Derneği/Amerikan İnme Derneği tarafından 2013 yılında yayımlanan Jauch ve arkadaşları tarafından sağlık profesyonelleri için hazırlanmış akut iskemik inmeli hastanın erken yönetimine yönelik rehber, 2015 yılında Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği tarafından yayımlanmış olan ‘İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu’, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2020 yılında yayımlanan ‘Akut İskemik İnme Tanı ve Tedavi Rehberi’, Güler ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yayımlanan ‘Komplikasyonların Tedavisi ve Yoğun Bakım: Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu – 2015’, T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2013 yılında yayımlanmış ‘Bakım Hizmeti Uygulama Rehberi’, bu amaçla yayımlanmış kitapçık, kılavuz ve rehberler arasında yer almaktadır (American Heart Association/American Stroke Association, 2019; American Heart Association/American Stroke Association, 2021; American Heart Association/American Stroke Association, 2022; Canadian Stroke Best Practices, 2022; European Stroke Organisation (ESO), (t.y.); Güler vd., 2015; Jauch vd., 2013; National Clinical Guideline for Stroke, 2023; T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2013; T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020; Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, 2015; WHO, 2005; WHO, 2012). Bunun yanı sıra Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından "İnme 112" mobil uygulaması geliştirilmiştir. Uygulama ile inme riski olan hastanın, en kısa sürede inme merkezi bulunan en yakın hastaneye götürülerek tedaviye alınması sağlanmaktadır. “İnme 112” mobil uygulaması; ‘Hasta kolunu kaldırabiliyor mu?’, ‘Hastanın vücudu ile ilgili ağızda ve konuşmasında farklılık var mı?’, ‘Bilinci nasıl?’ gibi sorular konu hakkında eğitim alan sağlık personeli tarafından aşama aşama sisteme girilip hastanın durumu değerlendirilerek inme riski belirlendiği anda sistem, sağlık ekiplerini inme merkezi bulunan en yakın hastaneye yönlendirirken, aynı zamanda da bu merkezde görevli doktora hastanın bilgilerini SMS ile göndermektedir. Uygulama sayesinde, inme riski olan hasta daha hastaneye ulaşmadan, doktor hasta hakkındaki tüm bilgilere ulaşarak uygulayacağı muayene ve tedavi yöntemini belirlemiş olmaktadır. Hastanın hemen doğru

tedavi merkezine gitmesi ve hızlıca tedaviye başlanmasına yardımcı olmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2021).

İnmenin tedavisi; akut tedavi ve sonrasında rehabilitasyonu gerektirir. Akut tedavide acil müdahale edilmesi gerekir bunun için de inme belirtilerinin (kol ve bacakta güçsüzlük, konuşma bozukluğu, bulantı-kusma, bilinç kaybı) iyi bilinmesi ve tanınması önemlidir (Güngör Tavşanlı ve Eş, 2019).

İnme geçiren hasta inme ünitesinde yakın takip altında gözlenmeli ve multidisipliner hasta bakımı sağlanmalıdır. Aktif izlem sırasında kan basıncı, kan glukozu, oksijen saturasyonu, vücut ısısı, EKG, solunum hızı, kalp atım hızı ve bilinç düzeyi gözlenmelidir. Hava yolu açık tutulmalı ve gereğinde solunum desteği sağlanmalıdır. Hastanın kan basıncı ve kan glukoz düzeyi hastaya göre uygun düzeylerde tutulmalıdır (Erdem, 2019; T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020; Topçuoğlu vd., 2015). Yutma güçlüğü olan hastalar için uygun beslenme yöntemiyle hastanın beslenmesi sağlanmalıdır. İzlem sırasında erken mobilizasyon ve rehabilitasyon, hastanın bakımına yönelik yapılması gerekenler gibi inme bakımındaki önemli konular da göz ardı edilmemelidir (Topçuoğlu vd., 2015).

İnmeli hastanın tedavisinde, her hasta kendi durumuna göre tedavi edilmelidir. Çünkü inme etiyolojisinde çeşitlilik vardır, bu nedenle her vakada tedavi bireysel olarak planlanmalıdır. Hastanın tedavisi için planlanan ilaçların, hekimin önerdiği şekilde alınması çok önemlidir (Ahmed vd., 2015).

Rehabilitasyon aşaması ise; inme sonrası oluşan sekellerin azaltılması, hastanın kaybettiği fonksiyonları tekrar kazanmasının sağlanması, inmeye bağlı sekonder gelişebilecek komplikasyonların ve tekrar inme geçirme durumunun önlenmesini içermektedir (Güngör Tavşanlı ve Eş, 2019).

İnmeli hastaya yatarken veya otururken; aspirasyon, solunum komplikasyonları, omuz ağrısı, kontraktürler ve bası yaraları gibi komplikasyon riskleri en aza indirecek şekilde pozisyon verilmelidir, hastalara ve bakım vericilerine hastanın güvenli şekilde nasıl egzersiz yapabileceği veya yaptırılacağı öğretilmelidir, hareketi geri kazanmaya yardımcı olacak fizyoterapi gerekli durumda konuşma terapisi almaları sağlanmalı,

yürüme, yemek yeme, giyinme, banyo yapma, tuvalete gitme gibi aktiviteleri yapabilmeleri için destek sağlanmalıdır (Ahmed vd., 2015; WHO, 2005).

2.1.8. İnmenin Önlenmesi

1. Diyabet, kan lipid düzeyi ve özellikle hipertansiyon gibi vasküler risk faktörlerinin yönetimi, sigarayı bırakma ikincil inmeleri önlemede son derece önemlidir (American Heart Association/American Stroke Association, 2021).

2. Düzenli olarak kan basıncı ölçümü, yüksek kan basıncının uygun tedavisi ve sağlıklı yaşam düzeni önerilmektedir (National Clinical Guideline for Stroke, 2023; Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, 2015; WHO, 2012).

3. Diyabetin süresi ile iskemik inme riski bağımsız olarak ilişkilidir. Risk her yıl %3 artar ve 10 yıl ve üzeri diyabette risk üç katına çıkar (Banerjee vd., 2012). Diyabetik hastalarda kan basıncının kontrolü önerilir. Ek risk faktörü bulunan diyabetik erişkin hastalarda inme riskini düşürmek için statin tedavisi önerilir. Amerikan Diyabet Birliği tip 2 diyabetik hastalarda uzun dönem mikroanjiyopatik komplikasyonlara karşı hemoglobin A1c (HbA1c) düzeyinin %7'nin altında tutulmasını önermektedir (American Diabetes Association, 2014).

4. Koroner kalp hastalığı veya diyabet gibi belirli yüksek riske sahip hastaların birincil iskemik inme korumasında, yaşam tarzı değişikliklerine ilaveten güncel kılavuzlardaki LDL kolesterol hedeflerine uygun statin tedavisi önerilmektedir (Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, 2015; WHO, 2012).

5. Sigara kullanmamak, mevcut kullanıcıların sigarayı bırakması, çevresel tütün dumanından kaçınmak inmenin önlenmesi için önemlidir (Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, 2015; WHO, 2012).

6. Sağlıkla ilgili birçok sonucundan ötürü, aşırı alkol tüketen kişilerin danışman desteğiyle alkol miktarını azaltmalarının veya bırakmalarının sağlanması önerilmektedir (Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, 2015).

7. Sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite dahil olmak üzere yaşam tarzı faktörleri, ikinci bir inmeyi önlemek için önemlidir (American Heart Association/American Stroke Association, 2021). Kan basıncını azaltmaya yönelik sodyum alımının azaltılması ve potasyum alımının artırılması, sebze ve meyveden zengin, yağdan fakir doymuş yağ oranının az olduğu DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) tipi beslenme, düşük tuzlu ve Akdeniz diyetleri önerilmektedir (American Heart Association/American Stroke Association, 2021; Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, 2015).

8. İnme hastalar özellikle sedanter ve uzun süreli oturma davranışları açısından risk altındadır ve inme riskini azalttığı için gözetim altında ve güvenli bir şekilde fiziksel aktivite yapmaları için teşvik edilmelidirler (American Heart Association/American Stroke Association, 2021; WHO, 2012). Primer inme riskini azalttığı için de bireylerin yaşamında fiziksel aktivite olması önemlidir (Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, 2015).

9. Aşırı kilolu (BMI (Body Mass Index- Vücut Kitle İndeksi): 25-29 arası) ya da obez kişilerin (BMI >30) kilo vermesi; kan basıncını ve inme riskini azaltmak için önerilmektedir (Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, 2015).

10. Altmış beş yaş üzeri hastalarda Atrial Fibrilasyon taraması yapılmasının faydası olabilir (Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği, 2015). Atriyal fibrilasyon, ikinci iskemik inme için yaygın ve yüksek riskli bir durum olmaya devam etmektedir. Hastanın herhangi bir kontrendikasyonu yoksa genellikle antikoagülasyon önerilir. Gizli atriyal fibrilasyon için kalp ritmi izlemesi genellikle başka bir inme nedeni bulunmazsa önerilmektedir (American Heart Association/American Stroke Association, 2021).

11. Ekstrakraniyal karotid arter hastalığı inmenin önemli ve tedavi edilebilir bir nedenidir. İnme veya geçici iskemik atakla aynı tarafta ciddi darlığı olan ve müdahale için aday olan hastalarda, iskemik inmeden sonraki erken bir zamanda darlık düzeltilmelidir (American Heart Association/American Stroke Association, 2021).

12. Sekonder inmeyi önlemek için, kontrendikasyonu olmayan hemen hemen tüm hastalar için antiplatelet veya antikoagülan ajanları içeren antitrombotik tedavi önerilmektedir (American Heart Association/American Stroke Association, 2021).

13. Diyet, egzersiz ve ilaç uyumu gibi hasta davranışlarını değiştirmek, basit bir tavsiyeden veya doktorları tarafından verilecek bir broşürden daha fazlasını gerektirir. Davranış değişikliğinin teorik modellerini, kanıtlanmış teknikleri ve multidisipliner desteği kullanan programlara ihtiyaç vardır (American Heart Association/American Stroke Association, 2021).

14. Toplum düzeyinde ve sağlık profesyonelleri arasında inme farkındalığını artırmak için eğitim programları düzenlenmelidir (WHO, 2012).

2.2. Yaşlılık Dönemi ve Bakım İhtiyacı

Dünya Sağlık Örgütü 1980’lerde yaşlılığı “65 yaşından büyük olup bireyin çevreye uyum sağlayabilme yeteneğini kaybetmesi” olarak tanımlamış ve şu şekilde sınıflandırmıştır:

65-74 yaş arası genç yaşlılık

75-84 yaş arası orta yaşlılık

85 ve üstü ise ileri yaşlılık (Durğun ve Merde, 2023; Gürer, Küdür Çırpan ve Atalan Özlen, 2019; Türk Geriatri Dergisi, 2006)

Bilim, teknoloji ve tıp alanındaki gelişmelerle yaşam şartlarının iyileşmesi ve sağlık hizmetlerinin ulaşılabilir olması, hastalıkların erken tanı ve tedavisinde ilerlemelerin ve insanların bu hizmetlerden etkin bir şekilde faydalanabilmelerinin sağlanmasıyla insan ömrü uzamış ve bununla birlikte yaşlı nüfusta önemli bir artış olmuştur. Yaşlı nüfustaki artış eğiliminin gelecek yıllarda da devam etmesi öngörülmektedir. Dünyadaki bu anlamda artışa paralel olarak ülkemizde de yaşlı nüfus oranı artmış ve artmaya da devam etmektedir.

Yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus, 2018 yılında 7 milyon 186 bin 204 kişi iken son beş yılda %21.4 artarak 2023 yılında 8 milyon 722 bin 806 kişi olmuştur. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2018 yılında %8.8 iken, 2023 yılında %10.2'ye yükselmiştir. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2030 yılında %12.9, 2040 yılında %16.3, 2060 yılında %22.6 ve 2080 yılında %25.6 olacağı öngörülmektedir (TÜİK, 2023a).

Her ne kadar 65 ve üzeri yaştaki her birey, hasta ve bakıma muhtaç olmasa da bu dönemde hastalanma riski ve fiziksel yetersizlikleri nedeniyle yardıma ihtiyaç duyma olasılığı artmaktadır. Bu olasılık, sanayileşme ve kentleşme süreciyle birlikte geniş ailenin çekirdek aileye dönüşmesi, kırsal bölgelerden kentsel bölgelere göç, kadının çalışma hayatına girmesi, geleneksel kültür ve değerlerdeki değişimler, boşanma ve tek ebeveynli aile sayısındaki artış, yaşlının aile içindeki eski rolünü yitirmesi, sosyal koruma mekanizmalarından (emekli aylığı, engellilik sigortası gibi) ve herhangi bir gelir kaynağı veya desteğinden yoksunluk gibi faktörlerin etkisiyle daha da artmaktadır. Bu bağlamda, nüfusun geniş bir kesimi için yaşlılık; gelirin azalması, sağlık sorunları, akabinde bakım ve desteğe ihtiyaç duyulması sebebiyle artan bağımlılık ve korunmasızlıkla ilişkilendirilmektedir (Gözübüyük Tamer, 2017). Yaşlı bireyler, yaşın ilerlemesiyle birlikte görülen sağlık sorunları nedeniyle günlük yaşamlarında bakım verenlere daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar ve bu bir bakım sorunu olarak değerlendirilmektedir (İpek ve Güneş Gencer, 2023; Özütürker ve Özütürker, 2023; Wranger, Elmståhl ve Cecilia, 2021).

Yaşlı bireylerin bakım ihtiyaçları, çoğunlukla eşi, çocukları, gelini gibi aile içinde yakınları tarafından sağlanan ücretsiz informal bakım şeklinde karşılanmaktadır. Yaşlıların bakım ihtiyacı nedeniyle informal bakım verenlerin sayısının artmasının yanı sıra demografik değişiklikler nedeniyle bu bakım verenlerden yaşı 65 ve üstü olanların sayısının da giderek arttığı ve bu nedenle yaşlıya bakım verenin de bakım alma ihtiyacı yaşayabileceği durumuyla karşı karşıya kalındığı bilinmektedir. Bunun dışında bakım ihtiyacını karşılayacak yöntemler içerisinde; yaşlının kendi geliriyle veya yakınlarının finanse ettiği ücretli çalışan bir bakım vericiden alınan bakım hizmeti veya kurum bakım hizmeti yer almaktadır. Evde sağlık hizmetleri şeklinde verilen hizmet; sağlık hizmetlerinin bireylerin yaşadıkları ev ortamında verilmesini sağlamaktadır (İpek ve Güneş Gencer, 2023; Özütürker ve Özütürker, 2023).

Gelişmiş ülkeler yaşlının bakım yükünün, ekonomik ve sosyal nedenlerle altından kalkılamayacak boyutlara ulaştığını öngördüklerinden ailenin desteklenmesini hedef alan yasal düzenlemelere sosyal politikaları içinde yer vermeye başlamışlardır. Bununla birlikte, sosyal devletler farklı model ve gelenekler üzerine inşa edilmesine rağmen, tamamı devlet ve aile arasında destekleyici ilişkilerin nasıl kurulabileceği hususunu tartışmaktadırlar (Gözübüyük Tamer, 2017).

2.3. Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

Yaşlılık, pek çok sağlık sorununu, yaşlılığa bağlı gelişebilecek fiziksel ve ruhsal değişiklikleri, ekonomik ve sosyal zorlukları beraberinde getirmektedir. Yaşlı birey oluşabilecek bu zorluklarla bazen tek başına mücadele edemeyip ihtiyaçlarını karşılayamaz durumda olabilmekte ve sorunların üstesinden gelmekte zorlanmaktadır. Yanında ona yardımcı olabilecek ve ihtiyaçlarını karşılayabilecek aileden bir yakınına, bu işi profesyonel olarak yapan bir bakım vericiye veya huzurevi, bakımevi, rehabilitasyon merkezi gibi kurum bakımına ihtiyaç duymaktadır. Bunun yanı sıra özellikle sağlık hizmetlerine başvurabilecek yeterlilikte olmayıp yarı bağımlı ya da tam bağımlı olan bireyler için de evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyulabilmektedir. Özellikle yaşlılarda, hastanede aldığı tedavi hizmetlerinin yanı sıra evde de takibinin devam etmesini gerektiren ve evde sağlık hizmetine ihtiyaç duyulan komorbid hastalıkların çoğalması; evde sağlık hizmetlerinin önemini arttırmaktadır (Çakır ve Yaman, 2022; Gökçe ve Arslan, 2024).

Bu amaçla ülkemizde evde sağlık hizmetleri ile ilgili ‘Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik’ 2005 yılında yürürlüğe girmiş ve bu yönetmelikte özel evde bakım kuruluşlarının uyması gereken usul ve esaslar belirlenmiştir (Resmi Gazete (RG), 2005). Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik 2010 tarihli ‘Sağlık Bakanlığı’nca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge’de ise ‘Evde Bakım Hizmeti’ adı ‘Evde Sağlık Hizmeti’ olarak değiştirilmiştir (Ercan Şahin, 2018).

Evde Sağlık; 2 Haziran 2023 tarih ve 32209 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan ‘Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik’ te, “Tanısı konulmuş hastalıklar sebebiyle yatağa, cihaza veya eve bağımlı bireylere yaşamını sürdürdüğü mekânda yapılması mümkün olan tıbbi hizmet” şeklinde tanımlanmıştır (Resmi Gazete (RG), 2023). Evde sağlık hizmeti, sağlık hizmetlerinin bireylerin yaşadıkları ortamda alanında uzman sağlık çalışanlarınca planlanarak uygulanmasıdır. Sağlanan bu hizmet yaşlı, engelli, uzun süreli tedavi ve bakım alması gerekli hastaların yaşadıkları çevrede desteklenmelerini, konforlu bir şekilde hayatlarını devam ettirmelerini amaçlamaktadır. Ayrıca evde sağlık hizmeti alan hastaların toplumsal entegrasyonunu gerçekleştirmek, bakım verenin yükünü azaltmak amacıyla hasta ile bakım verenin yararına olabilecek

hizmetler evde sağlık hizmetlerinin başka bir kapsamını oluşturmaktadır (Akçoban, 2020).

2 Haziran 2023 tarih ve 32209 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan ‘Evde Sağlık Hizmeti Sunumu Hakkında Yönetmelik’ e göre;

“Tanısı konmuş hastalıklar sebebiyle cihaza, yatağa veya eve bağımlı olan ve/veya yaşlılığından dolayı sağlık hizmetine ulaşımda zorluk yaşayan, yaşadığı mekânda evde sağlık hizmeti alma talebinde bulunan ve bu talebi uygun görölen birey evde sağlık hastasıdır” (RG, 2023).

“Evde sağlık hizmet kapsamına;

- a) 80 yaş ve üzeri hizmet talep eden tüm yaşlılar,
- b) Sağlık kurulu raporu ile belgelenmiş kronik hastalığı bulunan ve günlük yaşam aktiviteleri skoru yönünden tam bağımlı veya ileri derecede bağımlı olarak nitelendirilen 65 yaş ve üzeri hastalar,
- c) Hastalığı sebebiyle cihaza ve/veya eve bağımlı hastalar,
- ç) Palyatif bakım hizmeti almış ve tıbbi bakımının evde yapılması uygun görölen hastalar,
- d) Hastaneden taburcu olurken hekimi tarafından evde sağlık hizmeti sunulması uygun görölen ve tedavi planı yapılan sürekli tıbbi bakım hizmeti alması uygun görölen hastalar,
- e) Sağlık tesisinden taburculuk sonrası otuz güne kadar (gerektiğinde hekim tarafından otuz güne kadar sürelerle uzatılabilen) tıbbi bakıma ihtiyacı olan ve hastaneden taburcu olurken hekimi tarafından süreli tıbbi bakım hizmeti alması gereken bireyler, alınabilir” (RG, 2023).

“Dişabet, kalp yetmezliği, inme, kronik obstruktif akciğer hastalığı (KOAH), alzheimer/demans, nörodejeneratif hastalıklar, terminal dönem kanser, multimorbiditeye sahip kronik hastalar, kalça/diz/omuz fraktürü sonrası tedavi ve takip yapılan hastalar ve amputasyon sebebiyle tıbbi bakım alması gereken hastalar öncelikli olarak evde sağlık hizmeti kapsamında değerlendirmeye alınır” (RG, 2023).

“Evde Sağlık Hizmetleri (ESH)’nin hizmet sunumu şu şekildedir:

1. Birimler ESH ile ilgili iş ve işlemleri, bu Yönetmelik ve Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslara uygun olarak yerine getirir.

2. ESH mesai saatlerinde sunulur. Ancak müdürlük ilin durumu, talep yoğunluğu, hastaların tıbbi durumları göz önünde bulundurarak belirlediği birimlere hafta içi, hafta sonu, resmî tatil günlerinde mesai kaydırma yöntemiyle hizmet sunumunu sağlar. Sağlık hizmet gerekleri doğrultusunda evde sağlık birimlerinin çalışma saatleri ile ilgili olarak Bakanlıkça düzenleme yapılabilir.

3. ESH ilin hizmet ihtiyacını karşılayacak niteliklere sahip ve sayıca yeterli ekipler tarafından gerçekleştirilir. Birim sorumlu hekimi tarafından çalışma planı hazırlanır ve uygulanır.

4. Gerektiği durumlarda ilgili branştan konsültasyon hizmeti sağlanır. Konsültasyon hizmetinin evde sunulabileceği durumlarda; ilgili branş hekim sayısı ve konsültan hekim çalışma saatleri de dikkate alınarak ekibe dâhil edilebilir.

5. Evde sağlık hastasının kullandığı ilaç ve farmakolojik ürünler ile bitkisel preparatlar da dâhil olmak üzere, ilaç tedavisini bütüncül olarak akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda gözden geçirmek, etkileşim, geçimsizlik gibi konularda hasta ve hasta yakınına bilgilendirmek ve danışmanlık hizmeti vermek üzere evde sağlık ekibine eczacı dâhil edilebilir.

6. ESH sunulan hastanın genel durum değerlendirmesinde istismar ve benzeri durumlarda fizik muayene bulguları tespit edilmesi halinde, adli takibe konu olabilecek alanlarda, bu durum tutanak altına alınarak ilgili mevzuat hükümleri doğrultusunda ilgili kamu kurum ve kuruluşlarına gerekli bildirimler yapılır.

7. Evde sağlık koordinasyon merkezi (ESKOM) tarafından yapılan görüşmelerin kayıt altına alınması ve veri güvenliğinin sağlanması zorunludur.

8. Birimler hizmet için gerekli bütün araç, malzeme ve taşıtları kullanıma hazır halde bulundurur ve taşıtlar için gerekli bakım, onarım ihtiyacını, birimin sağlık tesisi sorumlu idarecisine ve ESKOM’a bildirir.

9. Hastanın ve ailesinin, hizmet sunum sürecinde üstlenebilecekleri görevler ile hastalık ve bakım süreçleri hakkında, evde kullanması gereken tıbbi cihaz ve ekipmanlar konusunda, eğitim ve danışmanlık gibi hizmetlerin verilmesi sağlanır.

10. İlacın reçete edilmesindeki özel düzenlemeler saklı kalmak kaydıyla ESH sunulan kişilere rapor gerektiren işlemlerde;

a) Evde sağlık hastalarının sağlık kurulu hizmeti alabilmesi amacıyla ilgili sağlık tesisinden randevusu alınır. Ekip tarafından hasta yerinde ziyaret edilerek ve/veya uzaktan sağlık hizmet sunumu vasıtasıyla hizmet sunulabilir. Ancak hastanın sağlık kurulu raporu işlemleri için sağlık tesisine naklini gerektiren bir durum olması halinde nakil hizmetini koordine eder.

b) ESH kapsamında cihaza bağımlı veya engelliler ile ilgili mevzuat hükümleri kapsamında, yatağa tam bağımlı olup günlük yaşam aktivitelerini başkalarının yardımı olmaksızın yerine getiremeyeceği tespit edilen bireylerin uzun süreli kullanımı belgelendirilen raporlu ilaçları evde sağlık ekibinde görevli hekim tarafından reçete edilebilir. Ev ziyaretini gerçekleştiren hekimin, 24/3/2013 tarihli ve 28597 sayılı Resm  Gazete’de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinin ilgili hükümlerine göre raporda bulunan ilacı yazmaya yetkisinin bulunmaması halinde ise ilgili branş hekiminden konsültasyon ister ve süreci koordine ederek takip eder. Branş hekimleri evde sağlık hastasını yerinde ziyaret ederek ve/veya uzaktan sağlık hizmet sunumu vasıtasıyla ihtiyaç duyulan ilaçları reçete edebilir.

11. Hizmet sunumu esnasında yabancı dil kullanımı, işaret dili, çevirmenlik ihtiyaç olması durumunda bu ihtiyaçlar müdürlük vasıtasıyla sağlanır.

12. Ev ziyareti sırasında bakıma ihtiyaç olduğu tespit edilen kimsesiz, ihtiyaç sahibi veya ihmal ya da istismar riski altında olduğu değerlendirilen bireyler hakkında aile ve sosyal hizmetler il müdürlüğüne bildirimde bulunulur.

13. Evde sağlık hastasının, il içerisinde evden hastaneye, hastaneden eve nakli koordine edilir.

14. Hastanın genel durumunda sonradan meydana gelen acil hallerde acil sağlık hizmetlerine dair mevzuata göre işlem tesis edilir.

15. İlgili mevzuat hükümleri gereği ESH sunulması uygun g r len kişilere bilgilendirilme yapılması ve onam alınması zorunludur. Bu kapsamda ‘Evde Sağlık Hizmeti İçin Bilgilendirme ve Onam Formu’ düzenlenir. Kişinin tıbbi durumunun onay vermeye elverişli olmaması halinde kanuni temsilcisine bilgilendirilme yapılır ve onam alınır. Kanuni temsilciye ulaşılamaması veya durumun aciliyeti sebebiyle imk n bulunmaması halinde, gecikmesinde sakınca bulunuyorsa ve telafisi güç veya imk nsız zararların doğabilecek olması durumunda hastanın tedavisine ilişkin olarak ekip tarafından kendiliğinden tedbirler alınabilir. Bu durumda onam alınması gerekmez.

16. Hizmetin verilmesi sırasında tıbbi deontoloji ve mesleki etik ilkeleri ile hasta hakları mevzuatına uygun olarak hareket edilmesi zorunludur.

17. ESH'nin sunumu sırasında mümkünse hastanın yanında yakınlarından birisinin bulunması sağlanır.

18. ESH kapsamında hastanın mevcut durumu ve tedavi planı doğrultusunda evde yapılması mümkün olan girişimsel tıbbi hizmetler sunulur. Bunlar arasında; enjeksiyon ve sonda gibi tıbbi ve küçük cerrahi girişimsel işlemler bulunur. Bu işlemler yapılmadan önce hasta ve/veya ilgisine göre velisi, vasisi, hastanın yakınları bilgilendirilir ve onamı alınarak kayıt altında tutulur.

19. Hekimin uygun görmesi ve/veya hastanın talep etmesi halinde ESH ilgili mevzuatı hükümlerine uygun olarak uzaktan sağlık hizmetini sunabilir.

20. ESH sunan ekipler ihtiyaç bulunması halinde ilgili mülki idari amirin talimatı ile kolluk kuvvetlerinden yardım ve refakat talep edebilir.

21. Evde sağlık hizmet birimleri; verilen sağlık hizmeti sonucunda oluşan atıkların mevzuatına uygun olarak koordine edilmesini sağlar.

22. Evde Sağlık Yönetmeliği kapsamında görevlendirilen ekipler, Evde Sağlık Hizmetleri (ESH) veya Sağlıklı Yaş Alma Merkezleri (YAŞAM) biriminde görevlendirilir. Sağlıklı yaş alma merkezleri (YAŞAM); yaşlı bireylerde uygulanmak üzere sağlık hizmetlerine erişiminin kolaylaştırılması, evinde ve yerinde tıbbi bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi ile desteklenmesi, tıbbi izlem yapılması, gerektiğinde uzaktan sağlık hizmeti ile muayene ve danışmanlık hizmeti verilmesi, hastaneden eve, evden hastaneye naklinin organize edilerek hastane içindeki tıbbi bakımı için gerekli hizmet koordinasyonunun sağlanması amacıyla Bakanlığa bağlı sağlık tesisleri bünyesinde kurulan birimlerdir " (RG, 2023).

Sağlık Bakanlığı bünyesindeki Evde Sağlık Hizmetleri'nin yanı sıra, T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından Resmi Gazete'de yayımlanan 07.08.2008 tarih ve 26960 sayılı 'Yaşlı Hizmet Merkezlerinde Sunulacak Gündüzlü Bakım ile Evde Bakım Hizmetleri Hakkında Yönetmelik' kapsamında yaşlılar için evde bakım hizmeti verecek kurumlar İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'nün izniyle hizmet vermektedirler. Evde bakım hizmeti birimi olarak; akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, tıbbi bakıma ihtiyacı olmayan ve herhangi bir özürlü bulunmayan yaşlının bakımı ile ilgili olarak hane halkının tek başına veya komşu akraba gibi diğer destek unsurlarına rağmen yetersiz kaldığı durumlarda yaşlılara evde yaşamlarını devam ettirebilmeleri için yaşam ortamlarının iyileştirilmesi, günlük yaşam faaliyetlerine yardımcı olunması amacıyla sunulan sosyal, fiziksel,

psikolojik destek hizmetlerini yürütmektedirler (T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, (t.y.)).

Belediyeler tarafından da, evde bakım hizmeti kapsamında, herhangi bir sağlık sorunu ve/veya biyolojik yetersizliği nedeniyle bakıma muhtaç konuma gelmiş, yoksulluk ve yoksunluk içindeki bireylere kendi yaşam mekânlarında tıbbi ve sosyal bakım hizmeti sunulmaktadır. Belediyeler tarafından sunulan bu hizmetler il bünyesinde belediyelere göre çeşitlilik gösterebilmektedir. Örneğin Muğla Büyükşehir Belediyesi bu hizmeti; ‘Evde bakım hizmeti almak isteyen kişi, kişinin bu hizmet kapsamına alınması gerektiğini düşünen diğer bireyler veya kamu görevlileri, kuruma veya sağlık hizmetleri ilçe birimlerine bizzat gelerek ya da telefonla arayarak talepte bulunurlar. Danışma görevlisi ilk görüşmeyi yaparak kişi hakkında gerekli bilgileri alır, kişiye ait çağrı defterini doldurur ve ilgili birim veya personele, birim sorumlusuna bildirir. Bildirimi yapılan kişinin tespit ekibince gerçekleştirilen ilk ziyarette kapsamlı değerlendirmesi yapılır, gereklilik halinde müdavi hekimi ile görüşme veya uzman hekim konsültasyonu için ikinci ve/veya üçüncü basamak sağlık kuruluşuna sevki planlanır ve “evde bakım hizmet dosyası” oluşturulur. Bakım planında sunulacak hizmet çeşitliliği ve sıklığı belirlenir. Oluşturulan bakım planı doğrultusunda tıbbi ve/veya genel bakım hizmeti sunulmaya başlanır’ şeklinde sunduğunu belirtmektedir (Muğla Büyükşehir Belediyesi, 2017).

2.4. Bakım Yüğü

2.4.1. Bakım Verme Yüğü

Bakım veren yüğü, bakım sunarken yaşanabilen fiziksel, psikolojik, sosyal veya finansal tepkileri ifade etmede kullanılır (Atagün vd., 2011). Bakım yüğü, kronik hastalığı veya yetersizliği olan aile üyesi ya da bir başkasına bakım veren kişinin zorlanması, gerilmesi, baskı hissetmesi ya da yük altına girmesi olarak tanımlanabilir (Erdem, 2019; Kars Fertelli ve Özkan Tuncay, 2019).

Bakım yüğü bakım verenin kendi gereksinimlerini ertelemesine neden olmakta ve kişiler arası ilişkilerde azalma, fiziksel sağlıkta bozulma, yorgunluk, yalnızlık, baş ağrısı, depresyon gibi olumsuz deneyimlere yol açmaktadır. Yaşanan bu deneyimler bireyin yaşam kalitesini azaltabilmektedir (Erdem, 2019; Kars Fertelli ve Özkan Tuncay, 2019).

Montgomery, Gonyea ve Hooyman bakım verme yükünün; bakım verenin hastanın ihtiyaçlarının giderilmesi için ayırdığı zaman ve çabayı içine alan nesnel yük ve nesnel yükükle uğraşırken yaşanan sıkıntıları içeren öznel yük olmak üzere iki farklı boyutu olduğunu belirtmiştir. Nesnel Yük; ev halkının ve bakım verenin yaşamının çeşitli yönlerindeki değişiklikleri veya aksaklıkları içine alan hastalığın neden olduğu fiziksel kısıtlılıklar, yardım için harcanan zaman ve ekonomik sıkıntılarla ilgili boyutu, öznel yük ise; bakım verenin bakım sunma yaşantısına yönelik davranışını veya duygusal tepkiyi içeren, bakım veren bireyin ve ailenin yaşadığı gerginliğin miktarıyla ilgili olan ve bakımın başarılı bir biçimde sürdürülmesinde önemli bir parametre olan boyutu olarak tanımlanmıştır (Montgomery, Gonyea ve Hooyman, 1985; Olgun Yazar vd., 2017).

2.4.2. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım verme yükünü etkileyen hastaya ya da bakım verene ait birçok faktör bulunabilmektedir:

Hastaya ait faktörler: Hastanın yaşı, cinsiyeti, genel sağlık durumu, bağımlılık düzeyi, bakım verene yakınlık durumu, hastalığı algılama durumu, sorunlarla baş etme yeteneği, ruhsal ve bilişsel durumu, sosyoekonomik durumu (Fadıloğlu ve Ateş, 2017; Yıldırım, Yalçın ve Güler, 2017).

Bakım verene ait faktörler: Bakım veren bireyin yaşı, cinsiyeti, çalışma durumu, sosyoekonomik durumu, kültürel durumu, dini inancı, bakım verdiği bireye yakınlık derecesi, bakım verdiği bireye duygusal yakınlığı, bakım veren bireyin yaşam tarzı, ruhsal durumu, bakım verme nedeniyle sosyal ilişkilerinin etkilenme derecesi, bakmakla yükümlü olduğu başka bireylerin varlığı, sağlık sorunlarının olması, bakım verdiği bireyle aynı evde yaşama durumu, sorunlarla başa çıkma becerisi, eğitim düzeyi, bakım verme süresi, bakıma yardımcı olacak başka bir bireyin olup olmaması, kendi ailesiyle ilgili yaşadığı sorunlar/çatışmalar, bakım verme dışında diğer rolleri ve sorumlulukları, verdiği bakımla ilgili eğitim alma durumu, sağlık hizmetiyle ilgili yardım alma ya da sosyal destek alma durumu (Erdem, 2019; Fadıloğlu ve Ateş, 2017; Yıldırım vd., 2017).

2.4.3. Bakım Vermenin Bakım Vericiler Üzerindeki Genel Etkileri

Bakım verme; kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, doyum sağlama, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma gibi olumlu özelliklerinin yanında

pek çok güçlüğü de yaşanmasına yol açabilmektedir (Erdem, 2019; Mollaoğlu vd., 2011).

Kronik hastalıklar fonksiyonel olarak yetersizliğe ve sakatlıklara neden olur ve bu durum hastaların yanı sıra onların bakıcılarını da etkiler. Çoğu durumda bu işlevi üstlenen ve kendisini bu yeni rolü üstlenmeye hazırlayan bakım verici, bakım konusunda eğitim ve herhangi bir ücret, sosyal destek veya kendisini bu yeni role hazırlayacak başka herhangi bir hizmet almayan bir aile üyesidir. Bu aile bakıcılarının verdiği hizmet çoğu zaman sürekli ulaşılabilir olmayı gerektirmektedir (Duran Parra vd., 2019).

Aile içerisinde sürekli bakıma ihtiyacı olan birine uzun süreli bakım vermek, hem bakım veren hem de ailenin diğer üyeleri açısından sağlık, sosyoekonomik ve psikolojik durum gibi yaşam kalitesinin göstergeleri olan alanları önemli ölçüde etkileyen bir süreçtir (Atagün vd., 2011; Çevik Özdemir ve Şenol, 2019).

Bu süreç bakım verenin ve aile üyelerinin yaşam aktivitelerinin kısıtlanmasına, günlük yaşam rutinlerinin ve düzenlerinin bozulmasına, bakım verilen kişinin kim olduğuna göre rollerde değişimlere, aile içerisinde gerginliğe, çatışmalara ve sorunlara neden olabilmektedir (Çevik Özdemir ve Şenol, 2019).

Hastasının her an ihtiyacını karşılamak zorunda kalan bakım vericilerin hastasına bakım verme esnasında kas-iskelet sistemi problemleri yaşamaları (hastaya pozisyon verme, kaldırma, banyo yaptıрма gibi nedenlerle), akut ya da kronik sağlık problemleri için vakit bulamama ya da hastasını yalnız bırakamama gibi nedenlerle sağlık kuruluşuna başvuramamaları veya kendi kişisel bakımlarına yeterli zaman ayıramama gibi nedenlerle fiziksel problemler yaşamaları, hastasına sürekli bakım vermek zorunda kalan bakım vericilerin sosyal izolasyon, işten ayrılmak zorunda kalma gibi nedenlerle ruhsal ve mali problemler yaşamaları bakım veren kişilerde bakım verme yükünün oluşmasına ve yaşam kalitelerinin düşmesine yol açmaktadır (Duran Parra vd., 2019; Riffin vd., 2019). Bakım vericinin üstlendiği bakım yükü nedeniyle yaşadığı olumsuzluklar hastasına verdiği bakımın kalitesini de negatif yönde etkileyebilmektedir.

2.5. İnme ve Bakım

Bakım verme güçlüğü; yaşlı, kronik hastalığı olan, yetersizliği olan aile üyesi ya da bir başkasına bakım veren kişinin zorlanması, gerilmesi, baskı altında hissetmesi ya da bakım yükü altına girmesi ile ortaya çıkmaktadır (Mollaoğlu vd., 2011).

İnme erişkinlerdeki uzun dönem engelliliğin çok yaygın bir nedenidir (Erdem, 2019; Greenwood ve Mackenzie, 2010). İnme sonrası hastaların yaklaşık yarısından fazlası kalıcı fiziksel yetersizlikler, psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamaktadır (Kars Fertelli ve Özkan Tuncay, 2019). İnmenin çoğu zaman kalıcı olan etkileri fonksiyonel yetersizliğe sebep olarak kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. İnme sonrası görülen, fiziksel ve zihinsel fonksiyonlarda bozulma, ağrı, depresyon, bası yaraları, epileptik nöbetler, enfeksiyon gibi komplikasyonlar kişilerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirememelerine, bakıma ihtiyaç duymalarına neden olmaktadır (Çetinkaya ve Dönmez, 2023).

Sağlık kuruluşunda yapılan tedavi sonrasında inmeli hastanın evde de tedavi ve bakımı devam etmektedir (Erdem, 2019; Yıldırım, Engin ve Başkaya, 2013). Bu nedenle inmeli hastaların çoğu günlük yaşamında bir kişinin yardımına gereksinim duymaktadır. Hastanedeki tedavisi bitip taburcu olduktan sonra hastaya kimin bakım vereceğine karar verilmektedir ve bakım veren kişi; nadiren ücret karşılığı çalışan bir yardımcı ya da hasta bakıcı olmakla birlikte çoğu zaman aile üyelerinden biri (genellikle eşi, çocuğu ya da gelini) olmaktadır (Atagün vd., 2011; Greenwood ve Mackenzie, 2010; Kars Fertelli ve Özkan Tuncay, 2019).

İnmeli hastanın evde aile üyeleri tarafından bakımı, hasta ve bakım verenler açısından oldukça uzun ve zorlu bir süreçtir. Bu dönemde bakım ve tedavinin sürdürülmesinde bakım verenlere önemli sorumluluklar düşmektedir (Erdem, 2019; İnci ve Bayık Temel, 2016). Fiziksel yetenekleri ileri derecede etkileyen inme sonrası hastalara bakım veren kişilerin, hastanın bakım sorumluluklarını yerine getirmede zorlanmalarının yanı sıra aynı zamanda kişilik değişiklikleri, yorgunluk, uyku bozuklukları gibi fiziksel ve emosyonel problemler de yaşamaları, hasta ile geçirilen zamanın fazla olması nedeniyle kendilerine ayıracak boş vakitlerinin olmaması bakım

verenin yükünü arttırmakta ve bakım vermede güçlüğü yol açmaktadır (Çetinkaya ve Dönmez, 2023; Mollaoğlu vd., 2011).

Kars Fertelli ve Özkan Tuncay'ın (2019) yaptığı bir çalışmada; inmeli bireye bakım verenlerin bakım yükü ve sosyal destek düzeylerinin orta düzeyde, yaşam kalitelerinin ise düşük düzeyde olduğu bulunmuştur.

Zhu ve Jiang (2018) çalışmasında; fazla yük altında olan bakım verenlerin daha fazla anksiyete, depresyon ve uyum problemi yaşadıklarını, daha fazla iş yüküne sahip olduklarını, ayrıca günlük yaşam aktivitesinde azalma ve anksiyete belirtileri olan hastaların da bakım verenlere daha fazla yük yarattığını belirtmişlerdir.

İnmeli hastanın bakımında aile bakım vericilerinin bakım yükünün araştırıldığı bir çalışmada; belirlenen üç temadan birinin 'bakımın zorluğu' olduğu ve aile bakım vericisinin niceliksel olarak hafif bir yük yaşasa da niteliksel olarak bakımın neredeyse tüm yönleriyle ilgili şikayetlerini bildirdiği sonucuna varılmıştır (Na'imah, Effendy ve Supriyati, 2023).

Achilike ve arkadaşları (2020) yaptıkları çalışmada; fonksiyonel engelleri olan inmeli hastaya bakım verenlerin ve depresif semptomlar yaşayan bakım verenlerin bakım verme yükünün daha ağır olabileceğini belirtmişlerdir.

İnmeli hastaya bakım verme sürecindeki bakım yükü bakım veren kişinin duruma bakış açısına göre değişkenlik gösterebilmektedir. Bazen bakım verilen kişiye karşı sorumlulukları yerine getirme, kendini bakım konusunda yeterli görme, zor olan bir durumun üstesinden gelebilmiş olma düşüncesi bakım vericinin kendisini yeterli hissetmesine, özgüveninin artmasına neden olurken bazı bakım vericiler için kendisine verilmiş bir ceza, talihsiz bir durum ve özgüven azlığına neden olabilecek, fiziksel ve ruhsal sıkıntıların ortaya çıktığı bir durum olabilmektedir.

Er ve Yıldırım'ın (2019) yaptığı bir çalışmada; hem hasta hem de bakım verenlerde aile içinde bir rol değişimi olduğu, inmeden sonra bazı ailelerde aile üyeleri arasında yakınlaşma olurken bazılarında gerginlik ve münakaşa nedeniyle uzaklaşma olduğu ve cinsel yaşamda önemli değişiklikler olduğu görülmüştür. Araştırma sonucunda

inme hastalığının kişilerin aile ilişkilerine olumsuz etkilerde bulunduğu ortaya konmuştur.

2.6. Bakım Verici Eğitimi

2.6.1. Bakım Verici Eğitiminin Önemi

Yaşlı nüfusun giderek artması ve buna paralel olarak kronik hastalıklar ve yaşlanmaya bağlı gelişen fizyolojik değişimler nedeniyle kırılganlık ve bakım ihtiyacının artması yaşlıya bakım verenlerin daha fazla bilgiye gereksinim duymasına neden olmuştur.

Eğitim; özellikle inme gibi kişiyi, sağlık ve yaşamını idame ettirme açısından güçsüz bırakan hastalıkların yönetiminde ve bakım kalitesini arttırmak açısından hayati öneme sahiptir (Ahmed vd., 2015).

Hastanedeki tedavisi bittikten sonra eve gönderilen inmeli hastanın ve ailesinin karşılaştıkları yeni durumla baş edebilmeleri, değişen yaşam biçimine uyum sağlayabilmeleri ve bakım veren kişilerin inmeli hastanın bakımını sürdürmede sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için; kendi sağlıklarını korumaları ve geliştirmeleri, hastaya ve hastalığa yaklaşım açısından bilgilendirilmeleri ve desteklenmeleri çok önemlidir (Bilgili ve Gözüm, 2014; İnci ve Bayık Temel, 2016).

Hastanın bakım vericileri hastalığın kısa sürede tamamıyla iyileşeceği beklentisi içerisinde olabilir fakat inme sonrası problemler aylarca hatta bir ömür boyu tam bir iyileşme olmadan devam edebilir (Kapucu, Kutlu Türkan ve Fesci, 2009).

İnmeli hastaya bakım vermek zorunda kalan bakım vericiler, hastanın sadece kişisel bakımıyla değil aynı zamanda bilişsel durumuyla ilgili karşılaşılabilecek problemler, depresyon, konuşma bozukluğu olan hastalarda iletişim problemleri, yarı ve tam bağımlı hastalarda mobilizasyon sorunları, bası yaraları, solunum ve dolaşım problemleri, enfeksiyonlar gibi sorunlarla da baş etmek zorunda kalmaktadır (Günay, 2017).

Taburculuk eğitimi süreci, taburculuk sonrası dönemde bakımın kaliteli bir şekilde sürdürülmesini sağlayan kritik bir süreçtir. Çünkü taburculuk sonrası dönem,

hasta ve yakınlarının ne yapacakları konusunda tedirginlikler yaşadığı ve sağlık profesyonellerinin yanında olmadığı bir dönemdir. Taburculuk sonrası, hastasına vereceği bakım ve tedavi konusunda bilgi ve beceri sahibi olan hasta yakını kendisini ve hastasını daha güvende hissedecektir. Taburculuk eğitimi verilen hastaların iyileşme süreçlerinin hızlandığı, hasta veya yakınlarının öz bakım yeteneklerinin ve bununla birlikte kendilerine olan güvenlerinin arttığı, hastaneye/polikliniğe tekrarlı başvuruların azaldığı, buna bağlı olarak da hasta bakım maliyetlerinin azaldığı, hastanın bakım ve yaşam kalitesinin yükseldiği ve bu nedenle de inmeli hastanın çoğunlukla bakımını üstlenen yakınlarının, bakımın kalitesi açısından rolünün önemli bir yere sahip olduğu bilinmektedir (İnci ve Bayık Temel, 2016; Yalçın vd., 2015). Choliq, Nasrullah ve Sukadiono'nun (2020) inme sonrası hastanın evde bakımındaki ailenin rolünü belirlemek amacıyla inceledikleri 15 çalışmadan elde ettikleri sonuçlarda; ailenin, inme sonrası hastanın evdeki durumunu desteklemeleri nedeniyle hastanın günlük yaşam aktivitelerinde, yaşam kalitesinde, bilişsel işlevlerinde ve öz yeterliliğinde artış konusunda etkili olduklarını ve psikososyal destek sağladıklarını belirtmişlerdir.

Yeterli taburculuk eğitimi almamış hasta yakınlarının hasta taburcu olduktan sonra, hastada karşılaşılabilecekleri durumlarla ilgili bilgilendirilmeleri, tüm ihtimallerin anlatılması, yeni oluşan duruma adaptasyonlarının sağlanması, eve çıktıkları ve artık yanlarında herhangi bir sağlık çalışanı olmadığı dönemde hastayla birebir kaldıklarında hastanın öz bakımının nasıl yapılacağı, nasıl pozisyon verileceği, beslenme şekli, ilaçların kullanımı, boşaltım ihtiyacının giderilmesi, nasıl iletişim kurulması gerektiği, hastanın ruhsal problem yaşaması durumunda hangi yaklaşımda bulunulması gerektiği, beklenmedik bir sorunla karşılaşıldığında bu sorunla nasıl baş etmeleri ve bu durumda nereye başvurmaları gerektiği, sağlık kontrollerine ne kadar sıklıkla gitmeleri ve sağlık hizmeti ihtiyacı duyduklarında ne yapmaları gerektiği, sadece hastanın değil bakım vericinin de bu komplike durumla nasıl baş edebileceği, alabileceği sosyal destek ve yardım kaynakları konularında bilgilendirilmeleri çok önemlidir.

Damaiyanti ve arkadaşlarının (2023) bakım verenlerin inmeli hasta bakımını ev ortamında devam ettirmeye hazır olup olmadıklarını değerlendirdikleri çalışmada; inceledikleri 14 makaleden çıkardıkları sonuçlardan biri, hastalar hastaneden taburcu edilene kadar bakım sürecinde bakım verenlerin de yer alması gerektiği idi. Aynı zamanda çalışmada, hastaya bakım verme sürecinde bakım verenlerin katılımının

sağlanması; bakım konusunda bilgi ve yeterliliği arttırmak ve taburculuk sonrası bakım süreciyle baş edebilmeyi sağlamak açısından çok büyük fayda sağlayacağı da belirtilmiştir.

Kalra ve arkadaşlarının (2004) inmeli hastaların bakım vericilerine verdikleri eğitimin etkilerini değerlendirdikleri çalışmada; verilen eğitimin, bakım vericinin anksiyete, depresyon düzeyini ve bakım verici yükünü azalttığı, hasta ve bakım vericilerin yaşam kalitesi ve memnuniyetini arttırdığı belirtilmiştir.

Yapılan bir çalışmada hasta yakınlarının hastalığa, kullandıkları ilaçlara, konstipasyon ve diyare gibi boşaltım sorunlarına ve beslenmeye ilişkin bilgi gereksinimi olduğu ve aynı zamanda hasta yakınlarının yaygın bir şekilde psiko-sosyal, yorgunluk ve uykusuzluk sorunları yaşadıkları belirlenmiştir. Çalışmada, inmeli hasta yakınlarına ekonomik, psiko-sosyal ve çeşitli konularda eğitim verilmiş, verilen eğitimlerin sorunların çözümüne fayda sağladığı sonucuna varılmıştır (Kapucu vd., 2009).

Yaşlı ve inmeli hastaların bakım vericilerine, geriatric rehabilitasyona yönelik verilen bilgi ve beceri geliştirmeye yönelik eğitimin bakıcı yüküyle ilgisinin incelendiği çalışmada; inmeli hastanın rehabilitasyonu sırasında hastanın informal bakım vericilerine yönelik kişiye özel bir programın sunulması ve iyi iletişim içerisinde olunmasının taburculuk sonrası dönemde bakım vericinin yükünü azaltmaya yardımcı olduğu belirtilmiştir (Vielvoye vd., 2023).

Baykal ve Tülek'in (2018) çalışmasına göre; inmeli hasta ve bakım vericilerine verilen eğitim ve destekle hastaların günlük yaşama adaptasyonlarının ve yaşam kalitelerinin artırıldığı görülmüş; bakım vericilerin ise özyeterlilikleri ve yaşam kaliteleri artırılırken, bakım verici yükü yaşamamalarının sağlanabileceği bulunmuştur.

Hafsteinsdóttir ve arkadaşları (2011), inme geçiren hastaların ve onlara bakım verenlerin eğitim ihtiyaçlarının araştırıldığı çalışmalara yönelik literatür incelemelerinde; inme hastaları ve bakıcılarının çok sayıda ve çeşitli eğitim ihtiyaçlarının çoğunlukla karşılanmadığını, inme hastalarının ve bakım verenlerin eğitim ihtiyaçlarının inmenin klinik yönleri, önleme, tedavi ve fonksiyonel iyileşmeyle ilgili bilgilerle ilgili olduğunu, bakım verenlerin en sık bildirilen ihtiyaçları arasında hastaların hareket etmesi ve

kaldırılması, egzersizler, psikolojik değişiklikler ve beslenme sorunlarının yer aldığını, hastalar ve bakıcıların durumlarına göre uyarlanmış bilgilerle ilgili eğitim ihtiyaçlarının olduğunu belirlemişlerdir.

Ev ortamında inmeli hastanın bakımı konusunda informal bakım vericilerin ihtiyaçlarının belirlendiği yirmi bir çalışmanın incelendiği bir araştırmada; ihtiyaçlardan birinin bilgi edinme ihtiyacı olduğu belirlenmiştir (Bendová vd., 2024).

Sutin ve arkadaşları (2022) evde inmeli hastaya bakım verirken yaşanan problemler ve ihtiyaçları belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada; bakım vericilerin inmeli hastaya bakımda yetenek ve beceri konusunda kendilerine güvenmediklerini belirtmişlerdir.

Lu ve arkadaşları (2022) inmeli hastaya bakım veren aile üyelerinin ihtiyaçlarını belirlemek amaçlı yaptıkları çalışmada; aile üyelerinin yeni rolle baş etmeyi, bakım alanın isteğine göre bakım sağlamayı, kendi duygusal ihtiyaçlarını yönetmeyi, destekleyici kaynakları değerlendirmeyi ve hastanın bakım alma konusundaki ihtiyaçları ile bakım verenin kendi ihtiyaçlarını dengelemeyi öğrenmeye ihtiyaçları olduğunu belirlemişlerdir.

Lobo ve arkadaşları (2023) inmeli bireylerin bakım vericilerinin ihtiyaçlarını belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada; bakım vericilerin sözlü ve uygulamalı olarak verilecek bilgiye ihtiyaçları olduğunu saptamışlardır.

Kim ve arkadaşları (2017) yaptıkları çalışmada; inme sonrası gelişen tıbbi komplikasyonların fonksiyonel iyileşmeyi etkilediğini, komplikasyonların çoğunluğunun önlenabilir ve tedavi edilebilir olduğunu, bu nedenle inmeli hastaların fonksiyonel sonuçlarının zamanında ve uygun bakımın sağlanmasıyla iyileştirilebilir olduğunu belirtmişlerdir.

Hong ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında; inmeli bireylerle ilgili bakım vericilerine verilen eğitim programının, hastaların fonksiyonel iyileşme durumu ve bakıcı memnuniyeti üzerinde olumlu sonuçları olduğu belirtilmiştir.

Erdoğan İnan ve Polat'ın (2023) yaptıkları çalışmada; inme hastalarına ve onların bakım verenlerine verilen taburculuk eğitiminin bakım verenlerde bakıma hazır olmayı ve hastalarda memnuniyeti arttırdığı belirlenmiştir.

İnmeli hastanın bakım vericileri için yapılan telefon ve web tabanlı problem çözme müdahalesinin, hastanın günlük yaşam aktivitelerine etkisinin araştırıldığı bir çalışmada; müdahalenin inmeli hastaların günlük yaşam aktivitelerini iyileştirdiği belirlenmiştir (Quinn vd., 2023).

Ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalarda ve rehberlerde belirtildiği üzere inme sonrası bireyler; mesane ve bağırsak problemleri, pnömoni, malnütrisyon, disfaji, afazi ve dizatri, derin ven trombozu, kardiyovasküler komplikasyonlar, ateş, ağrı, nöbetler, ajitasyon, anksiyete, depresyon, duygusallık, tükenmişlik, hafıza problemleri, yorgunluk, uyku bozukluğu, omuz ağrısı, eklem ve yumuşak doku ağrıları, sepsis, düşmeler ve düşme korkusu, spastisite ve kontraktürler, ortopedik komplikasyonlar, yatağa bağımlılık, bası ülserleri gibi birçok komplikasyonla mücadele etmek durumunda kalabilmektedirler (Apaydın Kaya vd., 2018; Buckley vd., 2022; Davenport vd., 1996; Junttola vd., 2021; Kalyoncu Aslan vd., 2007; Kim vd., 2017; Kumar vd., 2010; National Clinical Guideline for Stroke, 2023; Uslu, 2019; WHO, 2012). Gelişebilecek komplikasyonlar göz önüne alındığında; inmeli hastanın bakımının ne kadar komplike ve zahmetli bir süreç olduğu hatta inmeli hastanın bakımını planlamanın çok farklı disiplinlerin çalışmasını gerektiren bir durum olduğu anlaşılmaktadır. Bu amaçla konunun önemine istinaden; inmenin belirtileri, komplikasyonları ve bu komplikasyonlarla baş etme yöntemleri, sekonder inmeleri önlemek için yapılması gerekenler, hastalığın yönetimi, gerekli durumda başvurmaları gereken yerler ve izlemeleri gereken yollar, pratik ipuçları, yaşlı ve bakıma ihtiyacı olan bireyler için bakım rehberi gibi inmeli hasta ve/veya bakım vericisini bilgilendirmeye yönelik bazı çalışmalar, rehberler ve kılavuzların yayımlanmış olduğu görülmektedir (American Heart Association/American Stroke Association. 2021; American Stroke Association, 2020; Bilgili ve Gözüm, 2014; National Clinical Guideline for Stroke, 2023; T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2013).

İnmeli hastaların ve bakım vericilerinin bilgi ve yeterlilik açısından ihtiyaçlarını belirlemeye, verilen eğitim ve kazandırılan becerilerin hasta ve bakım vericilerine

sağladığı faydalara ve inmeli hastanın yaşayabileceği komplikasyonlar nedeniyle hastalığın yönetimine yönelik yapılan çalışmalar ve rehberlere bakıldığında; hasta ve bakım vericilerin bilgi ve beceri kazanmaya ne kadar ihtiyaçları olduğu ve bu ihtiyaçların karşılanmasıyla bakım ve yaşam kalitesinin artabileceği bu nedenle hasta hastanede yatarken, taburcu olurken ve taburculuk sonrası hasta ve bakım vericilerin eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasının, hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi amacıyla yayımlanan rehber ve kılavuzların ne kadar önemli olduğu görülebilmektedir.

2.6.2. Hasta ve Bakım Vericileri İçin Eğitim Yöntemleri

İnmeli bireyin bakım vericisine gerek taburculuk öncesi hastanede gerekse taburculuk sonrası evde hastanın bakımı ve tedavisinin düzgün ve sürekliliğinin sağlanmasına yönelik gerekli olan eğitimin verilebilmesi için farklı eğitim yöntemleri kullanılabilmektedir.

Bu eğitim yöntemlerinden yüz yüze ve uygulamalı eğitim özellikle hasta taburcu olmadan önce hastane ortamında sıklıkla kullanılan eğitim yöntemlerindendir. Bunun yanı sıra iletişim teknolojilerinde yaşanan değişimler eğitim yöntemlerinde de alternatifler yaratmıştır. İnternet ortamı hastalara, ailelerine ve sağlık profesyonellerine birbirleriyle iletişim kurmalarında ve bilgiye ulaşmalarında önemli fırsatlar sağlamaktadır (Pınar Bölüktaş, Özer ve Yıldırım, 2019). Hasta ve yakınlarının eğitimine engel olabilecek zaman, eğitime erişim ve maliyet gibi problemlerin önüne geçmek amacıyla, bilişim teknolojisindeki gelişmeler hasta ve hasta yakınlarının eğitim yöntemlerinde web tabanlı eğitim ve sosyal mesajlaşma platformu aracılığıyla eğitim gibi bilişim destekli eğitim yöntemlerinin de gelişmesine neden olmuştur (Bozkurt, Zayim ve Gülkesen, 2008). Bu sayede hasta ve yakınlarına verilmek istenen/ihtiyaç duyulan eğitim, bilişim teknolojileri aracılığıyla kolaylıkla ulaştırılmakta, hasta ve bakım vericilerinin hastalık yönetimi ve bakım konusunda bilgi ve becerilerinin artırılması hastalıkların daha iyi yönetilmesi sağlanabilmektedir.

Özellikle kronik hastalıkların uzun vadede neden olabileceği komplikasyonları azaltmak, tekrarlı hastane yatışlarını önlemek, hastaneye yatış esnasında hastane enfeksiyonu gibi ortamdan kaynaklanabilecek riskleri engellemek, hastanın kendi alıştığı ortamında bakılması nedeniyle ruhsal durumunu korumak, maliyet etkin yaklaşmak anlamında eğitimlerin çok faydalı olduğu bilinmektedir.

Kronik hastalığı olan bireylerle yapılan çalışmalarda, bilişim teknolojisinden faydalanılarak yapılan eğitimlerin bireylerin sağlık durumu üzerinde ve bilgi düzeylerinde olumlu etkiler yarattığı belirtilmiştir (Ayar ve Öztürk, 2015; Kim ve Park, 2011; Schatell, 2013; Wan vd., 2017).

İnmeli hastalara yönelik sağlığın geliştirilmesinin amaçlandığı teknoloji temelli randomize kontrollü bir çalışmada teknoloji temelli eğitim müdahalelerinin; inmeli hastaların inme hakkındaki bilgilerini ve farkındalıklarını arttırdığı, daha sağlıklı yaşam davranışlarının gelişimini teşvik ettiği, hem öz bakım becerilerini hem de yaşam kalitelerini güçlendirdiği belirlenmiştir (Bal ve Koç, 2024).

Öz yönetimin desteklenmesi ve inme bakımının geliştirilmesini amaçlayan dijital sağlık teknolojisine ilişkin hastaların bakış açılarının incelendiği bir çalışmada inme hastaları tarafından; inmenin nedenleri, ilaçlar, prognoz ve inme sonrası bakım hakkında bilgilerin yer aldığı eğitim programlarının, inme ile ilgili sağlık ve bakım konularına ilişkin bilgilerin yer aldığı çevrimiçi kütüphanenin, hastaların evde egzersiz yapmalarını sağlamak için çevrimiçi rehabilitasyon desteği gibi dijital eğitim programlarının geliştirilmesinin önerildiği belirtilmiştir (Bally vd., 2023).

Zhai ve arkadaşları (2023) tarafından aile bakım vericilerini desteklemek için yapılan dijital sağlık müdahalelerinin incelendiği bir sistematik derlemede dijital olarak geliştirilmiş sağlık müdahalelerinin; bakım vericilerin psikolojik sağlığını, öz yeterliliğini, bakım verme becerisini, sosyal desteğini, yaşam kalitesini ve problemlerle başa çıkma becerilerini geliştirdiği belirtilmiştir.

İnme rehabilitasyonuna yönelik sanal aile konferansı verilen bir çalışmada; konferans sonrası bakım vericilerin bilgi düzeylerinde gelişme olduğu belirlenmiştir (Ritsma vd., 2023).

3. YÖNTEM

3.1. Araştırma Modeli

Evde sağlık birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri inme tanılı bağımlı bireylerin bakım vericilerinin bilgi düzeyini arttırmak amacıyla inmeli bireyin bakımına yönelik verilen eğitimlerin bakım vericilerin bilgi düzeylerine ve bunun yanı sıra bakım verici yüküne etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada;

Marmaris Devlet Hastanesi'nin evde sağlık birimine kayıtlı Marmaris merkezde ikamet eden 65 yaş ve üzeri inme tanılı bağımlı bireylerin bakım vericileriyle iletişime geçilerek çalışma hakkında bilgi verilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden bakım vericilerle görüşmek üzere birlikte planlanan gün ve saatte ev ziyareti gerçekleştirilmiştir.

İlk ev ziyareti esnasında bakım vericilerin çalışmaya katılımları ile ilgili aydınlatılmış onamları alınmıştır. Literatür taraması yapılarak araştırmacı tarafından oluşturulan 'Bakım Vericiyi Tanımlama Formu' aracılığıyla bakım vericiye ait tanımlayıcı veriler toplanmıştır. Bakım vericilerin 'Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği' ile bakım yükü değerlendirilmiştir. Bakım vericilere inmeli bireye bakım verme konularını kapsayan yüz yüze eğitim verilmeden önce literatür taraması sonucu oluşturulan 'Bakım Verici Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu' ile bakım vericilerin inme tanılı bağımlı bireye bakım konusunda bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. İnmeli hastanın bakımına yönelik hazırlanan kişisel hijyen, beslenme esnasında dikkat edilecekler, pozisyon verme, genital bölgenin temizliği (perine hijyeni), üriner sistem bakım uygulamaları (boşaltım ihtiyacına yönelik bakım uygulamaları) ve akılcı ilaç kullanımı konularını içeren eğitimler yüz yüze anlatım ve demonstrasyon yöntemiyle de desteklenerek bakım vericilere anlatılmıştır. Eğitimin anlaşılabilirliğini arttırmak amacıyla konu ile ilgili gerekli materyaller de ziyaretlere giderken götürülmüş ve bu materyallerle anlatım güçlendirilmiştir. Verilen eğitimler bakım vericinin anlayabileceği şekilde açık bir dille anlatılmıştır. Ev ziyareti esnasında hasta değerlendirmesi de yapılarak iletişim kurabilenlerle iletişim kurulmuş ve çalışmadan söz edilmiştir. İlk ev ziyaretinde her evde yarım güne yakın vakit geçirilmiştir. Çünkü hasta ve bakım vericisi inme geçirilen ilk günden itibaren yaşadıklarını anlatma ihtiyacı hissetmişlerdir, hasta ve bakım vericinin

kendisine ait paylaşmak istedikleri sağlık ve sosyal problemlerine yönelik öyküleri bölünmeden dinlenmiştir. Böylelikle hastanın eğitimlerin dışında bir sağlık bakım ihtiyacı olup olmadığı da değerlendirilmiş olup buna göre bakım içerikleri dışında bakım vericiye ek bilgiler de verilmiştir. Yüz yüze eğitim esnasında; bakım vericinin anlamakta zorlandığı durumlar tekrar izah edilmiş ve anladığından emin olmak için tekrar ettirilmiştir. Anlaşılmayan bir durum olduğunda soru sorması için cesaretlendirilmiş, soru sormak istediğinde eğitime kısa bir ara verilip sorusu cevaplanmıştır. İlk ev ziyareti sonunda bakım vericilerin verilen eğitimlere yönelik herhangi bir şey danışmak istemeleri durumunda hafta içi 19:30-21:00 saatleri arasında araştırmacıya ulaşabilecekleri iletişim numarası verilmiştir.

İlk ev ziyaretinden bir hafta sonra, yüz yüze eğitim esnasında verilmiş olan eğitimi pekiştirmek amacıyla maket üzerinde anlatılarak çekilen bakım eğitimi videoları zamana yayılarak sosyal mesajlaşma ağı aracılığıyla bakım vericilere gönderilmiştir. Bakım eğitimi videoları; en kısısı 35 sn ve en uzununu 1.31 dk sürelerde olmak üzere toplam 20 videodan oluşmuştur. Bu videolar bakım vericilere iki hafta içerisinde gönderilmiştir. Eğitimlerin izlenme durumlarıyla ilgili herhangi bir sorun yaşanıp yaşanmaması durumunu tespit etmek amacıyla aralıklı olarak bakım vericilere telefonla ulaşarak iletişim kurulmuştur. Bakım vericilere, gönderilen bakım videoları ile ilgili herhangi bir soru sormak istemeleri durumunda hafta içi 19.30-21.00 saatleri arasında araştırmacıya telefonla ulaşabilecekleri tekrar belirtilmiştir.

Videoların gönderilmesinden iki hafta sonra, bakım vericilerle planlanan gün ve saatte ikinci ev ziyareti yapılmıştır. İkinci ev ziyareti iki saate yakın sürmüştür. Bu süre içerisinde hasta ve bakım vericinin bakım ve hastalığın seyri ile ilgili sormak ve anlatmak istedikleri hakkında konuşulmuş ve eğitimlerin öncesi ve sonrasındaki bilgi düzeyi ve bakım yüklerini karşılaştırabilmek amacıyla bakım vericilerin eğitim sonrası bilgi düzeyi ‘Bakım Verici Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu’ ile ve bakım yükleri de ‘Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği’ ile tekrar değerlendirilmiştir. İkinci ev ziyaretinde aynı zamanda ‘Yarı Yapılandırılmış Soru Formu’ ile bakım vericilerin eğitimin etkinliği hakkındaki düşünceleri belirlenmiştir.

3.1.1. Eğitim Materyalleri ve Videoları

Bakım vericilere verilen eğitim kapsamında; kişisel hijyen, beslenme esnasında dikkat edilecekler, pozisyon verme, genital bölgenin temizliği (perine hijyeni), üriner sistem bakım uygulamaları (boşaltım ihtiyacına yönelik bakım uygulamaları) ve akılcı ilaç kullanımı konularına yer verilmiştir. Bakım vericilere yüz yüze ve sosyal mesajlaşma ağı ile gönderilen videolar aracılığıyla anlatılan bu eğitimlerin içerikleri Ek 8’de verilmiştir (Ek 8).

Bu eğitimlerin yüz yüze anlatımının yanı sıra kişisel hijyene yönelik uygulamalar 14 videoda, boşaltım ihtiyacına yönelik uygulamalar 2 videoda, bireyin beslenmesi ve dikkat edilmesi gerekenlerle ilgili uygulamalar 1 videoda, pozisyon verme ve dikkat edilmesi gerekenler 2 videoda, akılcı ilaç kullanımına yönelik verilen eğitim 1 videoda olmak üzere toplam 20 videoda anlatılarak sosyal mesajlaşma ağı aracılığıyla bakım vericilere gönderilmiştir.



Şekil 3.1. Bakım videoları

Kişisel hijyen konusu içerisinde; bireyin yüz temizliği, ağız bakımı, diş fırçalama, diş ipi uygulaması, protez (takma) dişlerin bakımı, bilinci yerinde olmayan bireyin ağız

bakımı, saç banyosu, saç bakımı, bireye banyo yaptırılması, bireye yatak içerisinde banyo yaptırılması, el-ayak ve tırnak bakımı, bireyin kıyafetlerinin giydirilmesi çıkartılması ve kıyafet seçimi, kadınlarda ve erkeklerde genital bölgenin (perine bölgesinin) hijyeni, makat bölgesinin temizliği uygulamalarının nasıl yapılacağı ve bu uygulamalar yapılırken nelere dikkat edilmesi gerektiği hem yüz yüze eğitimlerde hem de bakım vericilere gönderilen 14 videoda maket üzerinde uygulamalı olarak anlatılmıştır.

Bakım vericilerin bakım verdikleri bireyin boşaltım ihtiyaçları için kullanacakları sürgü ve ördeğin nasıl kullanılacağı, kullanırken nelere dikkat edilmesi gerektiği yüz yüze anlatımın yanı sıra 15. ve 16. videolarda maket üzerinde uygulamalı şekilde anlatılmıştır.

Bireyin beslenmesinin nasıl yapılması gerektiği, bireye beslenme esnasında verilmesi gereken pozisyon ve uygulamayı yaparken dikkat edilmesi gerekenler yüz yüze eğitimin sonrasında 17. videoda maket üzerinde uygulamalı olarak anlatılmıştır.

Bireye yatak içerisinde pozisyon verme ve pozisyon değiştirmenin gereklilikleri, nasıl pozisyon verileceği, verilen pozisyona göre bireyin yatak içerisinde desteklenmesi gereken bölgeleri hem birey hem de bakım vericisi için pozisyon verme veya değiştirme esnasında dikkat edilmesi gerekenler ve pozisyon değiştirmenin bası yaralarını önlemek açısından önemi ilk ziyarette bakım vericilere yüz yüze anlatılıp 18. ve 19. videoda da maket üzerinde uygulamalı olarak anlatılmıştır.

Akılcı ilaç kullanımı kapsamında; akılcı ilaç kullanımının anlamı, ilaçların akılcı kullanılmasının gerekliliği, doğru bir şekilde kullanılmayan ilaçların bireye zarar verebileceği, hekimin önerisine uygun bir şekilde ilaçların kullanılmasının önemi, hekime muayeneye giderken hekimi bilgilendirmek amacıyla bireyin tüm ilaçlarının da yanında götürülmesinin gerekliliği ve önemi, antibiyotiklerin doğru kullanımına yönelik gerekli bilgiler bakım vericilere yüz yüze anlatıldıktan sonra konu ile ilgili çekilen 20. videoda bakım vericilere tekrar hatırlatılmıştır.



Resim 3.1. Eğitim videosu içeriklerinden kesitler

3.1.2. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri

- Bakım veren bireyleri tanımlayıcı özellikler

Araştırmanın bağımlı değişkenleri

- Bilgi düzeyi
- Bakım yükü

3.1.3. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Verilen eğitim bakım vericinin bilgi düzeyini arttıracaktır.

H2: Verilen eğitim bakım vericinin bakım yükünü azaltacaktır.

3.2. Araştırma Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Marmaris Devlet Hastanesi evde sağlık birimine kayıtlı Marmaris merkezde ikamet eden 65 yaş ve üzeri inme tanılı bağımlı bireylerin bakım vericileri oluşturmuştur.

Örneklem genişliği Putri ve arkadaşlarının (2022) makalesinde verilen istatistiklere göre etki büyüklüğü 0.55, alfa 0.05 ve testin gücü 0.90 olmak üzere 36 olarak bulunmuştur. Örneklem yöntemi olarak kolayda örneklem yöntemi seçilmiş ve Marmaris Devlet Hastanesi evde sağlık birimine kayıtlı inme tanılı bağımlı 65 yaş ve üzeri bireylerin bakım vericilerine ulaşılmıştır.

3.2.1. Bakım Vericilerin Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri

Bakım vericilerin araştırmaya dahil edilme kriterleri

1. Akıllı telefona ulaşabilip videoları izleyebilenler
2. Türkçe konuşabilen ve yazabilenler
3. 18 yaş ve üzeri bireyler

Bakım vericilerin araştırmadan dışlanma kriterleri

1. Türkçe konuşamayan ve yazamayanlar
2. Araştırma sürecinde videoları izlemeyenler, araştırmadan ayrılmak isteyenler
3. Daha önce bağımlı bireyin bakımına yönelik profesyonel eğitim almış olanlar

3.3. Veri Toplama Araçları

Bakım Vericiyi Tanımlama Formu: Literatür taraması yapılarak araştırmacı tarafından oluşturulan form, bakım vericinin cinsiyet, yaş, medeni durum, öğrenim durumu, bakım verdiği bireye yakınlık derecesi, bireye ne kadar süredir bakım verdiği şeklinde 15 sorudan oluşmaktadır (Ek 4).

Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği: Zarit ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş olup; bakım vericilerin yükünü belirlemek amacıyla kullanılan bir ölçektir (Zarit, Reever ve Bach-Peterson, 1980). Ölçek; ‘asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman’ şeklinde 0’ dan 4’ e kadar değişen likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 sorudan oluşmaktadır (Ek 5). Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (Erdem, 2019; Zarit ve Zarit, 1990). Puanlamada 0-20 puan aralığı; ‘bakım yükü yok’, 21-40 puan aralığı; ‘hafif bakım yükü’, 41-60 puan aralığı; ‘orta düzeyde bakım yükü’ ve 61-88 puan aralığı ise ‘ağır bakım yükü’

olarak değerlendirilmektedir (Işık, 2013; Khanittanuphong ve Leelasamran, 2016; Ödemiş, 2018). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği İnci ve Erdem (2008) tarafından yapılmış ve Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin iç tutarlılığının belirlenmesinde Cronbach alfa katsayısı kullanılmıştır. İç tutarlılık katsayısının 0.95 olduğu saptanmıştır. Ölçeğin kullanımıyla ilgili e-posta yoluyla gerekli izin alınmıştır (Ek 3).

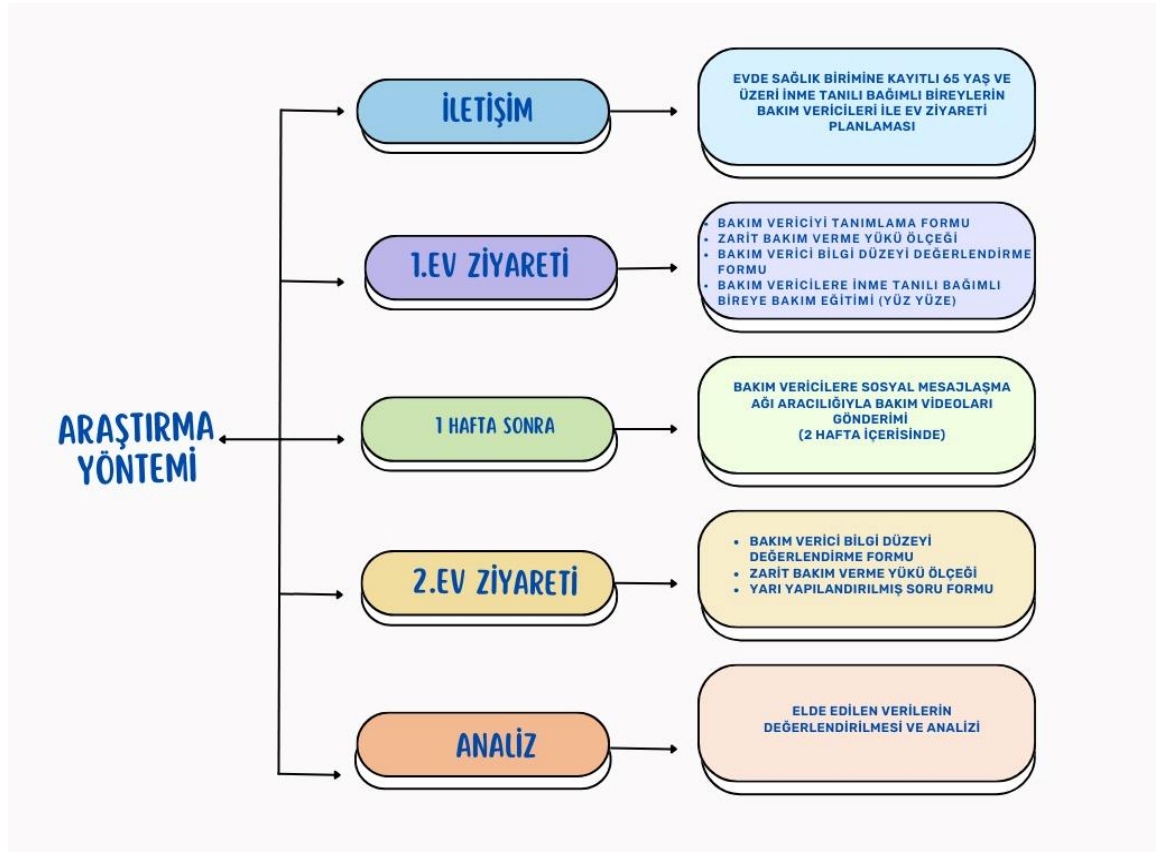
Bakım Verici Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu: Form, bakım vericinin bağımlı bireye bakım verme konusunda bilgi düzeyini değerlendirmeye yönelik 25 sorudan oluşmaktadır (Ek 6).

Bakım Vericinin Verilen Eğitimi Değerlendirdiği Yarı Yapılandırılmış Soru Formu: Araştırmacı tarafından hazırlanmış bakım vericilerin kendilerine verilen eğitimi değerlendirdikleri soru formudur (Ek 7).

3.4. Veri Toplama Süreci

Evde sağlık birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri inme tanılı bağımlı bireylerin bakım vericilerinin bilgi düzeyini arttırmak amacıyla inmeli bireyin bakımına yönelik verilen eğitimlerin bakım vericilerin bilgi düzeylerine ve bunun yanı sıra bakım verici yüküne etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada; veriler, araştırmacı tarafından bakım vericilerle iletişime geçilerek birlikte planlanan gün ve saatte ev ziyaretleri yapılarak veri toplama araçları aracılığıyla yüz yüze toplanmıştır.

3.5. Deneyisel Kurgu



Şekil 3.2. Yöntem şeması

3.6. İstatistiksel Analiz

Çalışma IBM SPSS Statistics 21 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Kolmogorov Smirnov testi ile test edilmiştir. Ölçekler arası farklılıklar değişkenlerin normal dağıldığı durumda Paired Sample *t* Testi uygulanırken, normal dağılmadığı durumlarda Wilcoxon Signed Ranks Test kullanılmıştır. Ölçekler arası farkın tanımlayıcı form ile karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırmasında Independent Sample *t* Testi ve One Way ANOVA Testi kullanılmıştır. Grup içi karşılaştırmalar ise Tukey Testi ile test edilmiştir. Ayrıca bakım verici bilgi düzeyinin eğitim öncesi ve sonrası ortalamalarının sosyodemografik özellikler açısından karşılaştırılması için doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Faktörler alt grupları için korelasyon karşılaştırması Spearman Korelasyon ve Pearson Korelasyon Testleri ile karşılaştırılmıştır. Eğitim öncesi ve sonrası Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin alt gruplarına göre kategorize edilerek elde edilen puan ortalamalarının karşılaştırılması için Ki-Kare Testi kullanılmıştır.

3.7. Etik Onay

Etik kurul onayı için Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Etik Kurulu-1 (TIP)'e başvurulmuş ve 20.08.2022 tarih ve 63 nolu karar ile gerekli Etik Kurul izni alınmıştır (Etik Kurul Kararı Protokol No: 220075) (Ek 1). Aynı zamanda çalışmanın Marmaris Devlet Hastanesi evde sağlık birimine kayıtlı inme tanılı bağımlı bireylerin bakım vericileriyle yapılabilmesi için gerekli kurum izni alınmıştır (Ek 2).

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma sadece araştırmacının yaşadığı Muğla ilinin Marmaris ilçesine bağlı evde sağlık hizmetlerinden yararlanan hastaların katılımcı olabilmesi nedeniyle sınırlılık oluşturmaktadır. Bu çalışmanın bir tez çalışması olmasından kaynaklı süre kısıtlılığı, tekrarlı ev ziyaretlerinin yapılamamasına yöntemde belirtilen periyodlarla sınırlı kalınmasına neden olmuştur. Devamlı ve düzenli ev ziyaretleriyle desteklenebilseydi daha kalıcı etkileri değerlendirilebilirdi.

4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; %83.30'nun kadın ve %16.70'nin erkek olduğu, katılımcıların en az 20 en fazla 80 yaşında olduğu ve yaş ortalamasının 51.22 ± 13.39 olduğu, öğrenim durumuna bakıldığında; 4'ünün (%11.10) okur yazar, 11'nin (%30.60) ilkokul, 4'ünün (%11.10) ortaokul, 9'unun (%25.00) lise ve 8'inin (%22.20) üniversitesi mezunu olduğu görülmüştür. %75.00 oranında katılımcının evli ve %25.00'inin bekar olduğu, %11.10'unun hiç çocuğu olmadığı, çoğunluğunun (%63.90) 1 veya 2 çocuğu olduğu, %25'inin ise 3 ve üzeri çocuğu olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların 11'inin (%30.60) çalıştığı, 25'inin (%69.40) ise çalışmadığı, 2'sinin (%5.60) gelir düzeyinin kötü, 30'unun (%83.30) orta, 4'ünün (%11.10) iyi olduğu, katılımcılardan 10 (%27.80) kişinin herhangi bir hastalığı varken 26'sının (%72.20) herhangi bir hastalığı olmadığı, hastalığı olanların da en fazla oranda (%13.90) hipertansiyonu olduğu, 3'ünün (%8.30) diyabet hastası ve 2'sinin (%5.60) de koroner arter hastalığına sahip olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların 15'inin (%41.70) bakmakla yükümlü olduğu başka bir birey olduğu ve bunlardan 13'ünün (%36.10) çocuğuna, 1'inin (%2.80) torununa, 1'inin (%2.80) kardeşine bakmakla yükümlü olduğu, katılımcılardan 5'inin (%13.90) inmeli ve yatağa bağımlı bireyin eşi, 22'sinin (%61.10) kızı-oğlu-gelini olduğu, 9'unun (%25.00) ise diğer kişilerden (torunu, akrabası, arkadaşı, bakıcı) oluştuğu, inmeli bireylerin 26'sının (%72.20) bakım veren bireyle aynı evde kaldığı, 10'unun (%27.80) ise bakım veren bireyle aynı evde kalmadığı, bakım vericilerin 29'una (%80.60) bakıma yardım eden birinin olduğu, 7'sine (%19.40) ise yardım eden birinin olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=36)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	30	83.30
Erkek	6	16.70
Öğrenim Durumu		
Okur yazar	4	11.10
İlkokul	11	30.60
Ortaokul	4	11.10
Lise	9	25.00
Üniversite	8	22.20
Medeni Durum		
Evli	27	75.00
Bekar	9	25.00
Çocuk Sayısı		
Yok	4	11.10
1-2	23	63.90
3 ve üzeri	9	25.00
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	11	30.60
Çalışmıyor	25	69.40
Gelir Düzeyi		
Kötü	2	5.60
Orta	30	83.30
İyi	4	11.10
Hastalık Varlığı		
Evet	10	27.80
Hayır	26	72.20
Var olan Hastalık		
Hipertansiyon	5	13.90
Diyabetes Miletus	3	8.30
Koroner arter hastalığı	2	5.60
Bakmakla Yükümlü Olduğu Başka Bir Birey Varlığı		
Var	15	41.70
Yok	21	58.30
Bakmakla Yükümlü Olduğu Diğer Bireyin Yakınlığı		
Çocuk	13	36.10
Torun	1	2.80
Kardeş	1	2.80
Bakım Veren Bireye Yakınlık		
Eşi	5	13.90
Kızı-Oğlu-Gelini	22	61.10
Diğer	9	25.00

Tablo 4.1. (Devam) Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=36)

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Bakım Verdiği Bireyle Aynı Evde Kalma		
Evet	26	72.20
Hayır	10	27.80
Bakıma Yardım Eden Birinin Varlığı		
Evet	29	80.60
Hayır	7	19.40

4.2. Katılımcıların Bakım Verme Süresi ile İlgili Özellikleri

Katılımcıların inme geçirmiş bağımlı bireye bakım verme sürelerinin ortalama 36 ay olduğu, günlük en az 4 en fazla 24 saat bakım verdikleri ve ortalama günlük bakım verme süresinin 15.86 ± 8.1 saat olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Katılımcıların bakım verme süresi ile ilgili özellikleri

	Min	Max	Ortalama	Std. Sapma	Medyan	IQR
Günde Kaç Saat Bakım Verildiği	4	24	15.86	8.1	13	16

4.3. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Bakım Verici Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formunun Güvenilirlik Analizi

Eğitim Öncesi Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBVYÖ) (22 soru) değerlendirildiğinde; anketin güvenilirliği 0.922 bulunmuştur. Cronbach Alpha=0.922>0.70 olduğu için ölçek güvenilir. Eğitim sonrası ZBVYÖ (22 soru) değerlendirildiğinde ise; anketin güvenilirliği 0.907 bulunmuştur. Cronbach Alpha=0.907>0.70 olduğu için ölçek güvenilir. Eğitim Öncesi Bakım Verici Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formuna (BVBDDF) (25 soru) bakıldığında; soru formunun güvenilirliği 0.500 bulunmuştur. Cronbach Alpha=0.500<0.70 olduğu için soru formu orta derecede güvenilir. Eğitim sonrası BVBDD Formuna (25 soru) bakıldığında ise; soru formunun güvenilirliği 0.773 bulunmuştur. Cronbach Alpha=0.773>0.70 olduğu için soru formu güvenilir (Tablo 4.3).

Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin eğitim sonrası ile eğitim öncesi arasındaki fark, Bakım Verici Bilgi Düzeyi Değerlendirme'nin eğitim sonrası ve öncesi arasındaki

fark, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı eğitim öncesi, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı eğitim sonrası, Bakım Verici Bilgi Düzeyi Değerlendirme eğitim öncesi verileri normal dağılmaktadır. Sadece Bakım Verici Bilgi Düzeyi Değerlendirme eğitim sonrası verileri normal dağılmamaktadır (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Zarit bakım verme yüğü ölçeğı ve bakım verici bilgi düzeyi değerlendirme formunun güvenilirlik analizi

	Min	Max	Ortalama	Std. Sapma	Medyan	IQR	Cronbach's Alpha	N	p-değeri
ZBYYÖ	-23	24	0.41	10.96	0.5	10.5			0.196
BVBDDF	-12	6	-4.69	3.43	-5	4.75			0.200
ZBYYÖ_EÖ	4	68	32.05	17.45	29	27	0.922	22	0.200
ZBYYÖ_ES	8	72	32.47	15.20	30	21	0.907	22	0.200
BVBDDF_EÖ	12	24	17.67	2.88	18	3	0.500	25	0.125
BVBDDF_ES	11	25	22.36	2.94	23.50	2	0.773	25	0.000

ZBYYÖ = ZBYYÖ_ES- ZBYYÖ_EÖ, BVBDDF= BVBDDF_ES- BVBDDF_EÖ, ZBYYÖ: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı, BVBDDF: Bakım Verici Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu, ZBYYÖ_EÖ: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Eğitim Öncesi, ZBYYÖ_ES: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Eğitim Sonrası, BVBDDF_EÖ: Bakım Verici Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Eğitim Öncesi, BVBDDF_ES: Bakım Verici Bilgi Düzeyi Değerlendirme Formu Eğitim Sonrası

4.4. Zarit Bakım Verme Yüğü ve Bakım Verici Bilgi Düzeylerinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Karşılaştırılması

Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı eğitim öncesi ve eğitim sonrası normal dağıldığı için Paired Samples *t* Testi (T) uygulanmış ve bunun sonucunda $p=0.821>0.05$ bulunmuştur. Bu da %95 güven aralığıyla, eğitim öncesi ve sonrası Zarit Bakım Verme Yüğü ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını göstermektedir (Tablo 4.4).

Bakım Verici Bilgi Düzeyi Değerlendirmesi eğitim öncesi normal dağıldığı ve eğitim sonrası normal dağılmadığı için Wilcoxon Signed Ranks Test (W) uygulanmış ve bunun sonucunda $p=0.000<0.05$ bulunmuştur. Bu da %95 güven aralığıyla, eğitim öncesi ve sonrası Bakım Verici Bilgi Düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğunu göstermektedir. Bu farklılığa göre bakım vericilerin eğitim sonrası bilgi düzeyinin eğitim öncesine göre artmış olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Zarit bakım verme yükü ve bakım verici bilgi düzeylerinin eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılması

	Min.	Max.	Ort ± Std. Sapma	P	Test İstatistiği	P
ZBVY_EÖ	4.00	68.00	32.05±17.45	0.200		
					t=-0.228	0.821
ZBVY_ES	8.00	72.00	32.47±15.20	0.200		
BVBD_EÖ	12.00	24.00	17.67±2.88	0.125		
					W=-4.744	0.000
BVBD_ES	11.00	25.00	22.36±2.94	0.000		

Paired Samples *t* Testi (t), Wilcoxon Signed Ranks Test (W), ZBVY_EÖ: Zarit Bakım Verme Yükü Eğitim Öncesi, ZBVY_ES: Zarit Bakım Verme Yükü Eğitim Sonrası, BVBD_EÖ: Bakım Verici Bilgi Düzeyi Eğitim Öncesi, BVBD_ES: Bakım Verici Bilgi Düzeyi Eğitim Sonrası

4.5. Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özellikleri ile Eğitim Öncesi ve Sonrası Bakım Yükü ve Bakım Verici Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Eğitim öncesindeki bakım yükü ve bilgi düzeyi puanları ile eğitim sonrası bakım yükü ve bilgi düzeyi puanları arasındaki farkın katılımcıların sosyodemografik özellikleriyle karşılaştırılması sonucu; sadece çocuk sayısı ve gelir düzeyi ile eğitim öncesi ve eğitim sonrası bakım verici bilgi düzeyi farkı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Bakım vericilerin sosyodemografik özellikleriyle eğitim öncesi ve sonrası bakım yükü ve bakım verici bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

	ZBVY	BVBD
Cinsiyet		
Kadın	0.06±10.77	-4.96±2.74
Erkek	2.83±12.62	-3.33±6.02
	*t=-0.586 p=0.562	t=-0.651 p=0.542
Öğrenim Durumu		
Okur yazar	3.5±14.17	-6.75±1.25
İlkokul	-2.54±9.34	-5.18±3.97
Ortaokul	4.50±1.91	-5.25±3.09
Lise	2.22±13.80	-5.55±1.94
Üniversite	-1.12±11.63	-1.75±3.69
	**F=0.489 p=0.744	F=2.367 p=0.074

Tablo 4.5. (Devam) Bakım vericilerin sosyodemografik özellikleriyle eğitim öncesi ve sonrası bakım yükü ve bakım verici bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

	ZBVY	BVBD
Medeni Durum		
Evli	-1.25±9.18	-5.07±2.80
Bekar	5.44±14.62	-3.55±4.92
	t=-1.62 p=0.113	t=-1.153 p=0.257
Çocuk Sayısı		
Yok	6.25±11.87	-0.50±4.65
1-2	-1.26±10.27	-5.04±3.06
3 ve üstü	2.11±12.42	-5.66±2.73
	F=0.939 p=0.401	F=4.060 p=0.027 yok - 1-2, yok - 3 ve üstü yok-1-2 p=0.032 yok-3 ve üstü p=0.028
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	0.09±7.04	-5.27±4.12
Çalışmıyor	0.56±12.43	-4.44±3.15
	t=-0.117 p=0.908	t=-0.664 p=0.511
Gelir Düzeyi		
Kötü	3.50±27.57	-0.50±9.19
Orta	-0.16±19.20	-4.60±2.97
İyi	3.25±11.08	-7.50±1.29
	F=0.244 p=0.785	F=3.186 p=0.054 Kötü-iyi p=0.046
Hastalık Varlığı		
Evet	-4.10±13.30	4.90±3.17
Hayır	2.15±9.66	4.61±3.58
	t=-1.56 p=0.127	t=-0.219 p=0.828
Var olan Hastalık		
Hipertansiyon	2.20±15.089	-5.40±4.15
Diyabetes mellitus	12.66±12.34	-5.33±1.52
Koroner arter hastalığı	4.00±2.82	-3.00±2.82
	F=1.057 p=0.397	F=0.386 p=0.693
Bakmakla Yükümlü Olduğu Başka Bir Birey Varlığı		
Var	-1.13±10.24	-4.66±2.91
Yok	1.52±11.56	4.71±3.83
	t=-0.712 p=0.482	t=-0.040 p=0.968

Tablo 4.5. (Devam) Bakım vericilerin sosyodemografik özellikleriyle eğitim öncesi ve sonrası bakım yükü ve bakım verici bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

	ZBVY	BVBD
Bakım Verdiği Bireyle Aynı Evde Kalma		
Evet	0.57±10.88	-5.11±3.70
Hayır	0.00±11.75	-3.60±2.45
	t=-0.139 p=0.890	t=-1.192 p=0.242
Bakıma Yardım Eden Birinin Varlığı		
Evet	-0.03±11.73	4.55±3.72
Hayır	2.28±7.29	-5.28±1.88
	t=-0.497 p=0.622	t=0.502 p=0.619
Bakım Veren Bireye Yakınlık		
Eşi	-3.40±15.30	-7.80±2.58
Kızı-Oğlu-Gelini	-0.36±8.96	-4.05±2.39
Diğer	2.67±13.54	-4.46±5.10
	F=0.478 p=0.624	F=2.386 p=0.122

ZBVY = ZBVY_ES- ZBVY_EÖ, BVBD = BVBD_ES- BVBD_EÖ, ZBVY: Zarit Bakım Verme Yükü, BVBD: Bakım Verici Bilgi Düzeyi, ZBVY_EÖ: Zarit Bakım Verme Yükü_Eğitim Öncesi, ZBVY_ES: Zarit Bakım Verme Yükü_Eğitim Sonrası, BVBD_EÖ: Bakım Verici Bilgi Düzeyi_Eğitim Öncesi, BVBD_ES: Bakım Verici Bilgi Düzeyi_Eğitim Sonrası, *t: Independent Sample t Testi, **F: One Way ANOVA

4.6. Regresyon Analizi

Katılımcıların eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyi puanları arasındaki fark ile sosyodemografik özelliklerinden çocuk sayısı ve gelir düzeyinin karşılaştırıldığı regresyon analizi sonucunda; $p=0.019<0.05$ olduğundan kurulan model anlamlı bulunmuştur. Katsayılar incelendiğinde; çocuk sayısı (-1.87) ve gelir düzeyinin (-3.13) bağımlı değişkeni negatif yönde etkilediği, çocuk sayısı ve gelir düzeyi arttıkça bakım verici bilgi düzeyinin azaldığı ve bu değerlerin anlamlı olduğu ($p=0.043$; $0.021 < 0.05$) belirlenmiştir (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Regresyon analizi

	B	t	p	F	p	Durbin Watson	R-kare	Adj R-kare
				3.83	0.019	2.008	0.264	0.195
Sabit	5.62	1.76	0.880					
Çocuk Sayısı	-1.87	-2.1	0.043					
Gelir Düzeyi	-3.13	-2.42	0.021					

4.7. Korelasyon Testi

Eğitim öncesi ve sonrası Zarit Bakım Verme Yüğü ve Bakım Verici Bilgi Düzeyi arasındaki korelasyonlar incelendiğinde; eğitim öncesi ve sonrası Zarit Bakım Verme Yüğü arasında yüksek pozitif bir ilişki vardır ($r=0.783$) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Korelasyon testi

		ZBVY_EÖ	BVBD_EÖ	ZBVY_ES	BVBD_ES
ZBVY_EÖ	<i>r</i>	1.000	0.311	0.783	0.168*
	<i>p</i>	-	0.065	0.000	0.687*
	<i>N</i>	36	36	36	36*
BVBD_EÖ	<i>r</i>		1.000	0.224	0.304*
	<i>p</i>		-	0.189	0.071*
	<i>N</i>		36	36	36*
ZBVY_ES	<i>r</i>			1.000	0.289*
	<i>p</i>			-	0.087*
	<i>N</i>			36	36*
BVBD_ES	<i>r</i>				1.000*
	<i>p</i>				-
	<i>N</i>				36

*Spearman's Rho, ZBVY_EÖ: Zarit Bakım Verme Yüğü Eğitim Öncesi, ZBVY_ES: Zarit Bakım Verme Yüğü Eğitim Sonrası, BVBD_EÖ: Bakım Verici Bilgi Düzeyi Eğitim Öncesi, BVBD_ES: Bakım Verici Bilgi Düzeyi Eğitim Sonrası

4.8. Pearson Korelasyon Testi

Zarit Bakım Verme Yüğü eğitim sonrası ve eğitim öncesi arasındaki fark ile Bakım Verici Bilgi Düzeyinin eğitim sonrası ve eğitim öncesi fark verileri arasında pozitif zayıf yönlü bir ilişki ($r=0.269$) vardır (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Pearson korelasyon testi

		ZBVY	BVBD
ZBVY	<i>r</i>	1.000	0.269
	<i>p</i>		0.112
	<i>N</i>	36	36
BVBD	<i>r</i>		1.000
	<i>p</i>		
	<i>N</i>		36

ZBVY = ZBVY_ES- ZBVY_EÖ, BVBD = BVBD_ES- BVBD_EÖ, ZBVY: Zarit Bakım Verme Yüğü, BVBD: Bakım Verici Bilgi Düzeyi, ZBVY_EÖ: Zarit Bakım Verme Yüğü Eğitim Öncesi, ZBVY_ES: Zarit Bakım Verme Yüğü Eğitim Sonrası, BVBD_EÖ: Bakım Verici Bilgi Düzeyi Eğitim Öncesi, BVBD_ES: Bakım Verici Bilgi Düzeyi Eğitim Sonrası

4.9. Zarit Bakım Verme Yüğü'nün Alt Kategorilerine Göre Eğitim Öncesi ile Eğitim Sonrası Durumunun Karşılaştırılması

Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nden elde edilen puanlara göre bakım yüğü alt kategorilerinin (0-20 puan aralığı; 'bakım yüğü yok', 21-40 puan aralığı; 'hafif bakım yüğü', 41-60 puan aralığı; 'orta düzeyde bakım yüğü' ve 61-88 puan aralığı ise 'ağır bakım yüğü') eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılmalarına bakıldığında; aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu ($p<0.05$) belirlenmiştir.

4.10. Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Verilen eğitimin etkinliği yarı yapılandırılmış soru formuyla analiz edilmiştir. Çalışmaya katılan 36 bakım vericinin tamamı eğitimin etkili olduğunu, yüz yüze eğitimin faydalı olduğunu, eğitim almanın kendilerini daha iyi ve bakım için daha yeterli hissettirdiğini ve eğitim videolarının yüz yüze verilen eğitimi pekiştirmek açısından faydalı olduğunu belirtmiştir. Bakım vericilerden 1 kişi bu eğitimlerin ve videoların hasta hastaneden taburcu olurken de verilmesi gerektiğini, hasta bakımında çok faydalı olacağını belirtmiştir.

5. TARTIŞMA

İnmeli hastanın evde aile üyeleri tarafından bakımı, hasta ve bakım verenler açısından oldukça uzun ve zorlu bir süreçtir. Bu dönemde bakım ve tedavinin sürdürülmesinde bakım verenlere önemli sorumluluklar düşmektedir (Erdem, 2019; İnci ve Bayık Temel, 2016). Fiziksel yetenekleri ileri derecede etkileyen inme sonrası hastalara bakım veren kişilerin, hastanın bakım sorumluluklarını yerine getirmede zorlanmalarının yanı sıra kişilik değişiklikleri, yorgunluk, uyku bozuklukları gibi fiziksel ve emosyonel problemler de yaşadıkları, bu durumun bireylerde bakım yükünü artırdığı ve bakım vermede güçlüğü yol açtığı bildirilmektedir (Mollaoğlu vd., 2011).

Hastanedeki tedavisi bittikten sonra eve gönderilen inmeli hastanın ve ailesinin karşılaştıkları yeni durumla baş edebilmeleri, değişen yaşam biçimine uyum sağlayabilmeleri için hastaya ve hastalığa yaklaşım açısından bilgilendirilmeye ve desteklenmeye ihtiyaçları olmaktadır (Bilgili ve Gözüm, 2014). İlk defa hastaya bakım verme durumuyla karşı karşıya kalan ve bu konuda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmayan hasta yakınlarının hem hastaya bakmak durumunda kalmaları hem de nasıl bakacaklarını, karşılaştıkları güçlüklerle nasıl baş edebileceklerini ya da problemin çözümü için nereye başvurabileceklerini bilememeleri hastanın bakımını üstlenen bakım vericilerde yükün daha da artmasına neden olabilmektedir. Hastanın bakımı konusunda yeterli bilgiye sahip olmanın; hem bakım vericilerin kendini daha yeterli hissetmesi hem de hastanın bakımının yeterli ve kaliteli bir şekilde yapılması, hastada istenmeyen durumların oluşmasının önüne geçilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Konunun önemine dikkat çekmek, var olan bakım yükünü tespit etmek ve çözüm önerileri sunmak amacıyla literatürde bu konuda yapılmış ulusal ve uluslararası çalışmalara rastlanmaktadır (Achilike vd., 2020; Çetinkaya ve Dönmez, 2023; Hu vd., 2018; Karakurt, Ünsal ve Tanrıverdi, 2018; Kars Fertelli ve Özkan Tuncay, 2019; Kazemi vd., 2021; Ödemiş, 2018; Pont vd., 2020) Bu çalışmada da; evde sağlık birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri inme tanılı bağımlı bireylerin bakım vericilerinin bilgi düzeyini arttırmak amacıyla; hem yüz yüze verilen eğitimin hem de yüz yüze verilen eğitimi pekiştirmek için sosyal mesajlaşma ağı aracılığıyla gönderilen eğitim videolarının bakım vericilerin bilgi düzeylerine ve bakım verici yüküne etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

5.1. Bakım Vericilerin Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmanın bulgularına bakıldığında; araştırmaya katılmayı kabul eden bakım vericilerin çoğunluğunun (%83.30) kadın olduğu belirlenmiş ve literatürde sıklıkla bu bulguya benzer şekilde sonuçlara rastlanmıştır (Achilike vd., 2020; Akosile vd., 2018; Ashghali Farahani vd., 2021; Caro, Costa ve Da Cruz, 2018; Carod-Artal vd., 2009; Chikanya, James ve Jardien-Baboo, 2023; Çetinkaya ve Dönmez, 2023; Duru Aşiret ve Kapucu, 2013; Gök Uğur ve Erci, 2019; Hu vd., 2018; Jirũ-Hillmann vd., 2022; Karakurt vd., 2018; Kars Fertelli ve Özkan Tuncay, 2019; Kazemi vd., 2021; Khanittanuphong ve Leelasamran, 2016; Kumar vd., 2022; Lobo vd., 2023; Lu vd., 2022; Mandowara vd., 2020; Mollaoğlu vd., 2011; Özcan, 2023; Park, Yu ve Song, 1999; Pont vd., 2020; Qiu, Sit ve Koo, 2018; Quinn vd., 2023; Sutin vd., 2022; Şirzai vd., 2015; Tiwari vd., 2021; Uluturhan, 2023; Vielvoye vd., 2023). Kadınların daha fazla oranda bakım verici olmalarının nedeninin; doğaları gereği bir çocuğa bakmaya yatkın olan annelik iç güdüsü gibi korumacı ve yardıma ihtiyaç duyan bireylere bakmaya meyilli bir duyguya sahip olmalarından, savunmasız, muhtaç olunan durumlarda daha şefkatli, sabırlı bir yaklaşım sergileyebilmelerinden ve zorluklarla baş edebilme kapasitelerinin fazlalığından, aynı zamanda bu durumun; toplumun kadınların; çocuk, yaşlı ya da hasta bireyin bakımını üstlenmek için evde kalan kişi olmasına, çalışmamasına ve evde bakımı sağlama işini üstlenmesi gerektiğine ve bu işi en iyi kadının yapabileceğine yönelik daha yatkın bir görüşe sahip olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Uganda’da yapılan, inme geçiren ve rehabilitasyon hizmeti alan hastaların aile bakım vericilerinin günlük yaşam şeklinin incelendiği bir çalışmada; bakım vericilerin çoğunlukla kadın olduğu ve bunun Uganda kültürünü yansıttığı, sorumluluğu üstlenenin ve tam zamanlı çalışsalar bile aile üyelerine bakmak zorunda olanların kadınlar olduğu ve tüm katılımcıların bunun doğal bir durum olduğunu ifade ettikleri belirtilmiştir (Eriksson, Kamwesiga ve Guidetti, 2021). Bunun yanı sıra bakım vericisinin çoğunlukla erkek olduğu daha az sayıda çalışmaya da rastlanmıştır (Abo El Hussien vd., 2022; Ogunlana vd., 2014).

İnmeli hastaya bakım verenlerin yaş ortalaması bu çalışmada 51.22 bulunmuştur. Literatürde bu çalışmayla benzer sonuca sahip çalışmalara rastlanmaktadır (Caro vd., 2018; Duru Aşiret ve Kapucu, 2013; Hu vd., 2018; Khanittanuphong ve Leelasamran, 2016; Quinn vd., 2023). Yaşın ilerlemesi, sağlıkla ilgili bazı problemlerin oluşma riskini de beraberinde getirmektedir. 50 ve üzeri yaşların; bireylerin aile, çocuk, iş ve kendi

sağlık sorunları gibi konularda sorumluluklarının da artmış olabileceği bir dönem olduğu ve bir bakım verici için bakım verme görevini üstlenmenin diğer sorumluluklarının yanı sıra daha fazla yüke neden olabileceği düşünülmektedir.

Bunun yanı sıra katılımcılardan 7 kişi (%19.44) 65 yaş ve üzerinde olmak üzere en yaşlısı 80 yaşındadır. Bu veriler; kendisi yaşlı ve belki bakıma ihtiyacı olan bakım vericilerin, kendileri gibi yaşlı olan yatağa bağımlı yakınlarına bakmak zorunda kaldığını göstermektedir. Nüfus yaşlandıkça hem ulusal hem uluslararası çapta yaşlı bireylere nicel ve nitel açıdan bakım ve bakım verici sorununun giderek artacağı düşünülmektedir. Bu durumun; yaşlı bakım vericinin yaşlı bireye bakım sağlama, kronik hastalıkları ve bakım ihtiyaçlarını yönetme, kendi sağlık problemleriyle başedebilme, kendi iyi oluşlukları, çıkabilecek sorunlara karşı hazır bulunuşlukları, yeterlilikleri, hastasıyla ilgili verilecek eğitimlere katılım gibi birçok konuda sorunu da beraberinde getireceği tahmin edilmektedir. Bu nedenle, bu konuda yapılacak çalışmaların, araştırmaların, sağlık ve sosyal hizmetlerin artmasının önemli olacağı düşünülmektedir.

İnmeli hastaların bakım vericilerinin eğitim düzeyleri incelendiğinde; çoğunluğunun ilkokul mezunu olduğu görülmektedir. Şirzai ve arkadaşlarının (2015) hastanede yatarak rehabilitasyon programı uygulanan inmeli hastaların bakım vericileriyle yaptıkları ve Boonsin, Deenan ve Wacharasin'in (2021) Tayland'da iki hastanede toplam 200 bakım vericiyle yaptıkları çalışmalarda da buna benzer sonuçların ortaya çıkmış olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada bakım vericilerin çoğunluğunun (%75.00) evli ve (%63.90) 1 ya da 2 çocuğunun olduğu tespit edilmiştir. Literatürde bakım vericilerin çoğunlukla evli (Abo El Hussien vd., 2022; Ashghali Farahani vd., 2021; Caro vd., 2018; Çetinkaya ve Dönmez, 2023; Duru Aşiret ve Kapucu, 2013; Karakurt vd., 2018; Kars Fertelli ve Özkan Tuncay, 2019; Kazemi vd., 2021; Khanittanuphong ve Leelasamran, 2016; Kumar vd., 2022; Mollaoğlu vd., 2011; Ogunlana vd., 2014; Özcan, 2023; Sutin vd., 2022; Uluturhan, 2023) ve çocuk sahibi olduğu (Çetinkaya ve Dönmez, 2023; Duru Aşiret ve Kapucu, 2013; Özcan, 2023) benzer sonuçlara sahip çalışmalara rastlanmaktadır. Bu sonuçlar, bir hastaya bakım vermenin zorluğunun yanı sıra evli olmanın ve çocuk sahibi olmanın, bakım vericinin bakmakla yükümlü olduğu başka bireylerin ve farklı sorumluluklarının da olduğunu ve bu kadar fazla iş yükü içerisinde daha fazla fiziksel ve ruhsal yorgunluk

yaşayabileceğini ve tüm sorumluluklarını yerine getirmeye çalışırken aksaklıklar ve zorluklarla daha fazla karşılaşabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmada bakım vericilerin çoğunlukla (%69.40) herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Literatürde bu sonuca benzer çalışmalara rastlanmaktadır (Karakurt vd., 2018; Kazemi vd., 2021; Khanittanuphong ve Leelasamran, 2016; Mandowara vd., 2020; Mollaoğlu vd., 2011; Pont vd., 2020). Yine benzer şekilde çoğunluğu çalışmayan bakım vericilerden oluşan katılımcıların olduğu Özcan'ın (2023) çalışmasında bakım vericilerin en fazla oranda kadın ve ev hanımı olduğu görülmektedir. Bu çalışma ve buna benzer birçok çalışmadan ortaya çıkan bu sosyodemografik verilerin bakıma muhtaç bireye bakım verenlerin herhangi bir işte çalışmak, çalışma hayatında yer almak gibi tercihlerinin pek fazla olmadığını, bakımın bireylerin çalışma hayatından uzaklaşmalarına ve bunun bir sonucu olarak da çalışma hayatının getirdiği sosyal yaşamdan da uzaklaşmaya neden olabileceği ve bunun bakım vericilerin kendileriyle ilgili kararları isteklerine bağlı değil zorunluluk nedeniyle vermek durumunda kalabileceklerini, bu durumun bazı bakım vericilerde sosyal, ruhsal ve bununla bağlantılı olarak fiziksel problemleri de beraberinde getireceği düşünülmektedir. Bu çalışmaların yanı sıra farklı bir sonuç olarak; Achilike ve arkadaşlarının (2020) yaptığı inmeli hastanın bakım vericilerinin yükünün ve bununla ilişkili faktörlerin araştırıldığı çalışmada ise, bakım vericilerin çoğunlukla çalışıyor oldukları belirtilmiştir.

Çalışmada, bakım vericilerin büyük bir kısmının (%72.20) herhangi bir hastalığının olmadığı, olanların da çoğunluğunun hipertansiyon hastası olduğu tespit edilmiştir. Uluturhan'ın (2023) inmeli hastaların primer bakım vericilerinin bakım verme yükünü ve depresyon düzeyiyle ilişkisini incelediği çalışmasında; bu çalışmaya benzer şekilde bakım vericilerin çoğunlukla herhangi bir sağlık problemi olmadığı belirtilmiş fakat bunun yanı sıra Mollaoğlu, Özkan Tuncay ve Kars Fertelli (2011) ile Duru Aşiret ve Kapucu'nun (2013), inmeli hastaların bakım vericilerinin bakım yükünü araştırdıkları çalışmalarda ise; katılımcıların çoğunluğunun sağlık problemine sahip olduğu hatta Duru Aşiret ve Kapucu'nun (2013) çalışmasında sağlık probleminin çoğunlukla hipertansiyon kaynaklı olduğu belirtilmiştir.

Bu çalışmada bakım vericinin hastaya yakınlık düzeyine bakıldığında; hastanın en fazla kızı, oğlu veya gelini (%61.10) tarafından bakıldığı görülmektedir. İnmeli

bireylerin bakım vericilerine yönelik yapılan diğer çalışmalara bakıldığında; benzer şekilde çoğunlukla çocuğu tarafından bakım verilen inmeli hastaların olduğu ulusal ve uluslararası çalışmalara rastlanmaktadır (Akosile vd., 2018; Ashghali Farahani vd., 2021; Çetinkaya ve Dönmez, 2023; Eriksson, Kamwesiga ve Guidetti, 2021; Karakurt vd., 2018; Mollaoğlu vd., 2011; Ogunlana vd., 2014; Özcan, 2023; Tiwari vd., 2021). Bu çalışmada eşi tarafından bakım verilen hastaların oranının düşük olduğunu (%13.90) görmekteyiz. Fakat buna karşılık literatürde inmeli hastaların çoğunlukla eşi tarafından bakıldığı çalışmalara da rastlanmaktadır (Achilike vd., 2020; Caro vd., 2018; Duru Aşiret ve Kapucu, 2013; Gök Uğur ve Erci, 2019; Hu vd., 2018; Jirû-Hillmann vd., 2022; Khanittanuphong ve Leelasamran, 2016; Kumar vd., 2022; Lobo vd., 2023; Mandowara vd., 2020; Qiu vd., 2018; Vielvoye vd., 2023). Pont ve arkadaşlarının (2020) inme sonrası bakım verici yükünü belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada da; bakım verenin daha çok hastanın eşi (%42.9), buna çok yakın bir bulguyla ikinci sıklıkta çocuğunun (%41.4) olduğu görülmektedir. Çalışmamıza dahil edilen katılımcıların 65 yaş ve üstü inmeli hastaların bakım vericileri olduğunu düşünürsek, bakım verenin çoğunlukla hastanın kızı, oğlu veya gelini olmasının nedeninin; hastaların eşlerinin de çoğunlukla 65 yaş ve üstünde, kendilerine ait rahatsızlıklara sahip olan bireyler olması, belki kendilerinin de bakıma ihtiyacı olması ve aynı zamanda inmeli, yaşlı ve bağımlı hastaya bakım vermenin fiziksel zorluğu nedeniyle olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda bu çalışmalara baktığımızda bakım vericilerin çoğunlukla aile üyelerinden oluştuğunu görmekteyiz. Yine aynı şekilde, yapılan bir çalışmada; Çin'de kültürel olarak yaşlılara saygı ve hürmet gösterilmesinin önemli olduğu ve yaşlı Çinlilerin çoğunluğunun evde aile üyelerinden destek ve bakım almayı tercih ettikleri, inmeli hastaların evde bakımında da aile bakım vericilerinin temel kaynaklar olduğu belirtilmektedir (Qiu vd., 2018). Bu sonuçlar, aile bakım vericilerinin hastaların bakımında önemli bir role sahip olduğunu göstermektedir.

Çalışmada çoğunlukla (%72.20) bakım verenin inmeli bireyle aynı evde yaşadığı ve bakım vericinin inmeli bireye günde ortalama 15.86 saat bakım verdiği belirlenmiştir. Çalışmanın bulguları, literatürde yer alan çalışmalarla karşılaştırıldığında; benzer şekilde bakım verenin inmeli bireyle aynı evde yaşadığı çalışmaların var olduğu görülmektedir (Akosile vd., 2018; Caro vd., 2018; Karakurt vd., 2018; Pont vd., 2020).

Bu çalışmada bakım vericilerle yapılan görüşmelerde çoğunlukla bakım vericiler; inmeli bireyin tüm gereksinimlerini karşılayamaması ve bunun için başkasının yardımına

ihtiyaç duyması, bakım vericisinden 24 saate yayılan bir hizmet alma zorunluluğunun olması nedeniyle ya bakım alan yaşlı bireyin evine taşındıklarını ya da kendi evlerine almak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Çoğunlukla yarı ya da tam bağımlı olarak yaşamını sürdürmek durumunda kalan inmeli ve yaşlı bireyin bakımının süreklilik gerektirmesi, inme nedeniyle hastalığın oluşturabileceği acil durumlar, hastanın beslenmesi, bakımı ve ilaç yönetiminin önemi ve bakım vericinin uyku dışında kalan zamanının çoğunu bakıma ayırmak zorunda kalması gibi nedenlerle bakım vericiler genelde aynı evde kalmayı tercih etmektedirler.

Caro, Costa ve Da Cruz'un (2018) inmeli bireylerin bakım vericilerinin bakım yükünü ve yaşam kalitesini ölçmek amacıyla yaptıkları çalışmada da; inmeli bireylerin yaş ortalamasının 70.2 olduğu ve çoğunlukla bakım vericilerin inmeli bireyle aynı evde yaşadıkları belirtilmiştir.

Bu çalışmaya benzer şekilde Duru Aşiret ve Kapucu'nun (2013) inmeli hastaların bakım verici yükünü belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada da; bakım vericilerin günde ortalama 15 saat ve üzeri bakım verdikleri ve yine başka bir benzer çalışma olan Khanittanuphong ve Leelasamran'ın (2016) bakım veren yükü ile spastisiteli inme hastalarının günlük temel yaşam aktivitelerini gerçekleştirme yeteneği arasındaki ilişkiyi değerlendirdikleri çalışmada; bakım vericilerin hastalarına günlük ortalama 14 saat bakım verdikleri belirtilmektedir. Bunun yanı sıra hastasına daha az süreli bakım verenlerle yapılan çalışmalara da rastlanmaktadır (Gbiri, Olawale ve Isaac, 2015; Hu vd., 2018).

Çalışmada inmeli hastaya bakım verme süresinin ortalama 36 ay olduğu belirlenmiştir. Özellikle inmeli yaşlı hastaya bakım vermenin uzun ve zorlu bir süreç olması, iyileşme sürecinin zaman alması hatta uzun süreli bağımlılık durumu ile karşı karşıya kalınabilmesi ve bunun yanı sıra yaşlılığa bağlı sağlık sorunlarının da eklenmesi nedeniyle ortalama bakım süresinin uzun olabileceği düşünülmektedir. Benzer şekilde, Duru Aşiret ve Kapucu'nun (2013) çalışmasında da bakım vericilerin baktığı inmeli hasta grubunun 65 yaş ve üzeri olduğu ve çoğunluk bakım vericinin 24 ay ve üzerinde bakım verdiği görülmektedir.

İnme geçirmiş 65 yaş ve üstü bağımlı bireyin bakımı zor ve yorucudur. Çalışmamızda bakım vericilerin günde ortalama 15.86 saat bakım verdiklerini ve bir

yetişkinin günde 8 saat uyuması gerektiğini düşünürsek geriye kalan tüm zamanda hastalarına bakmak zorunda kalmalarının çok güç olacağı ve bu görev esnasında bakım vericiye yardım eden birinin varlığının hayati öneme sahip olduğu düşünülmektedir. Çalışmanın bulgularında bakım vericilerin çoğunluğuna (%80.60) bakım verirken yardım eden birinin olduğu belirlenmiştir. Özcan'ın (2023) yaptığı inme geçirmiş bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükü, duygu ve algılarının incelendiği karma yöntem araştırmasında da benzer şekilde çoğunlukla bakım verene yardım eden birinin olduğu belirtilmiştir. Literatürde bakım vericiye bakım esnasında yardım eden herhangi birinin olmadığı bakım vericinin tek başına bakım vermek durumunda olduğu çalışmalara da rastlanmaktadır (Duru Aşiret ve Kapucu, 2013; Karakurt vd., 2018). Bu çalışmada; bakım vericilerden yedisi yaşlı ve inmeli hastasına tek başına bakım vermekteydi.

Kronik bir hastalığa sahip olan yaşlı ve bağımlı bireye bakım vermek; tedavi ve bakım esnasında alınması gereken ilaçlar ve malzemeler, temin edilmesi gereken araç gereçler, hastanın herhangi bir sağlık kuruluşuna götürülmesi esnasında yapılan harcamalar nedeniyle bakım vericiler için mali bir yüke neden olabilmektedir. Bu çalışmada bakım vericilerin çok büyük oranda (%83.30) orta seviye gelir düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Orta ve düşük seviyede gelir düzeyine sahip olmanın bahsedilen bakım ve tedavi masraflarını karşılamada bakım vericilerin ve ailelerinin maddi zorluklar yaşamasına neden olacağı düşünülmektedir. Benzer şekilde Kazemi ve arkadaşlarının (2021) yaptığı yaşlı inmeli hastaların bakım vericilerinin bakım yükü ve başa çıkma stratejilerini araştırdıkları çalışmada, Karakurt, Ünsal ve Tanrıverdi'nin (2018) inmeli hastaların bakım vericilerinin bakım yükü ve yaşam kalitesini değerlendirdikleri çalışmada ve aynı şekilde Çetinkaya ve Dönmez'in (2023) inmeli hastalara bakım verenlerde bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyini inceledikleri çalışmada da bakım verenlerin çoğunlukla gelir düzeylerinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Sürekli bakım ve tedaviye ihtiyaç duyulan hastalıklarda, ihtiyaçları karşılamak amacıyla yapılan harcamaların aile bireylerinin maddi yükünü arttıracak ve gelir düzeyini olumsuz etkileyeceği düşünülmektedir.

5.2. Bakım Vericilerin Müdahale Öncesi Bakım Yükü

Çalışmada bakım vericilerin eğitim müdahalesi öncesi bakım yükü 32.05 ± 17.45 olarak bulunmuş ve ölçekten alınabilecek en az puanın 0 en yüksek puanın 88 olduğu düşünüldüğünde bu değer hafif bakım yükü olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmaya çok

benzer şekilde Kazemi ve arkadaşları (2021), inmeli yaşlı hastaların bakım vericilerinin bakım yükü ve baş etme stratejilerini araştırdıkları çalışmada; bakım verici yükünün 32.80 ± 11.97 olduğunu tespit etmişlerdir. Kargı Keven'in (2022) inmeli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşlı istismar riski arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada; bakım vericilerin bakım yükü 30.18 ± 9.47 olarak belirlenmiştir. Na'imah, Effendy ve Supriyati'nin (2023) çalışmasında da; bakım vericilerin hafif bakım yüküne sahip olduğu belirtilmiştir. Yine bu çalışma sonucuna yakın olarak inmeli hastaya bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü ve konfor düzeyinin belirlendiği Tuncel'in (2023) çalışmasında; bakım verenlerin yükünün 29.9 ± 16.7 olduğu tespit edilmiştir. Mandowara ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada ise bakım verici yükü 28.26 ± 14.07 olarak belirlenmiştir. İnmeli hastaların aile bakım vericilerinin bakım yükünü etkileyen faktörlerin incelendiği Boonsin ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında bakım vericilerin bakım yükü ortalaması 29.9 ± 12.50 bulunmuştur. İnmeli hastanın primer bakım vericisinin bakım yükü ile anksiyete/depresyon düzeyi arasındaki ilişkiyi inceleyen Hu ve arkadaşları (2018); katılımcıların bakım yükünün bu çalışmaya göre çok daha düşük bir seviyede (25.88 ± 10.35) olduğunu belirlemişlerdir. Özcan'ın (2023) çalışmasında ise; bu ve diğer çalışma sonuçlarından çok farklı olarak bakım vericilerin bakım yüklerinin ağır düzeyde olduğu (61.32 ± 13.57) belirlenmiştir. Aynı şekilde Çetinkaya ve Dönmez'in (2023) çalışmasında da bakım yükü puan ortalaması 56.20 ± 14.70 , Uluturhan'ın (2023) çalışmasında ise bakım yükü puan ortalaması 41.02 ± 10.12 olarak bulunmuştur.

5.3. Bakım Vericilerin Müdahale Öncesi ve Sonrası Bakım Yükü Karşılaştırması

Çalışmadan elde edilen bulgulara bakıldığında; bakım vericilere inmeli hastanın bakımına yönelik verilen eğitim ve konuyu pekiştirmek amaçlı sosyal iletişim ağı aracılığıyla gönderilen videoların öncesindeki bakım yükü ortalaması 32.05 ± 17.45 , müdahale sonrası bakım yükü ortalaması 32.47 ± 15.20 olarak bulunmuştur. Müdahale öncesi ve müdahale sonrası bakım yükü ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p > 0.05$). Bakım vericilerin bakım yükünün müdahale öncesinde hafif düzeyde olup müdahale sonrasında da hafif bakım yükü düzeyinde olduğu yani bakım yükünde herhangi bir değişikliğin olmadığı tespit edilmiş fakat bununla birlikte bakım yükünün artmamış olduğu da belirlenmiştir.

Literatürde bakım vericilere yönelik eğitim müdahalesi sonrası bakım yükü ortalamasının, eğitim müdahalesi öncesine göre anlamlı düzeyde azaldığını gösteren

ulusal ve uluslararası çalışmalara rastlanmıştır. Örneğin; İran'da aile merkezli güçlendirme programının aile bakım vericilerinin bakım yüküne ve innmeli hastanın günlük yaşam aktivitelerine etkisinin değerlendirildiği Deyhoul ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında; innmeli hasta ve aile bakım vericisine hastaneden taburcu olmadan önce dört gün art arda verilen eğitim müdahalesi sonrası müdahale grubu aile bakım vericilerinin bakım yükü ortalamasının müdahale öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı bildirilmiştir. Güney Kore'de web tabanlı inme eğitim programının innmeli hastanın tekrar inme geçirmesini önleme davranışları üzerine etkilerinin incelendiği başka bir çalışmada da; hasta ve bakım vericilerinin inme hastalığını anlaması, tekrar inme geçirmeyi önlemek için sağlık davranışları kazanılması, bakım vericinin bakımı yönetebilmesi, hastanın egzersiz, beslenme ve ilaç kullanımına yönelik ihtiyaçlarının yönetiminin sağlanması amacıyla inme sonrası bir yıl içerisinde innmeli hasta ve bakım vericisine web tabanlı hazırlanmış program aracılığıyla tekrar izlenebilir videoların sunulduğu, inme ile ilgili bilgilendirici farklı dijital kaynaklara ulaşımın sağlandığı, sağlık profesyonelleri tarafından danışmanlık yapıldığı ve hastaların takip edildiği çalışmada hasta ve bakım vericisine verilen eğitimin bakım vericinin yükünü azalttığı sonucuna varılmıştır (Kim, Lee ve Kim, 2013). Evde sağlık hizmeti alan bağımlı hastalara bakım veren aile üyelerine verilen eğitimin hastalara ve bakım verenlere etkisinin araştırıldığı randomize kontrollü ulusal bir çalışmada ise; ilk aşamada evde sağlık profesyonellerine eğitim verilmiş, ikinci aşamada aile bakım vericilerine yönelik belirlenen gereksinimler çerçevesinde 20 saatlik eğitim müdahalesi sunuş yolu (David Ausubel'in önerdiği, bilgiyi aktaran ve alan arasında yoğun bir etkileşimi gerektiren, tüm duyu organlarına hitap eden uyarıcıların kullanıldığı, bilgiyi aktarmada genelden özele doğru hiyerarşik bir sıranın izlendiği, bilgiyi alanların önce ve sonra öğrendikleri arasında ilişkiler kurulması sağlanarak anlamlı öğrenmelerin gerçekleştirildiği bir öğretim stratejisi.) ile yapılmıştır. Yapılan eğitim müdahalesi sonrası bakım verenlerde bakım verme yükünün anlamlı olarak azaldığı belirtilmiştir (Öğür vd., 2019). Innmeli hastanın evde bakımı ve bakım vericinin eğitiminin bakım verici yükü ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada; müdahale grubundaki hastalara iki haftada bir olmak üzere beş kez yaklaşık 40 dakika boyunca hemşirelik bakımı yapılmış ve bakım vericilere de iki haftada bir olmak üzere yaklaşık 30 dakika süren en yaygın sorunlar dikkate alınarak (sağlığın korunması ve geliştirilmesi, olumsuz duygularla baş etme, tükenmişlik ve sosyal izolasyon) önceden hazırlanan kitapçığın desteğiyle eğitim ve danışmanlık hizmetinin verilmesinin ardından ölçülen bakım verme yükünün müdahale öncesine göre

anlamalı bir şekilde azaldığı saptanmıştır (Gök Uğur ve Erci, 2019). Yine aynı şekilde Bitek ve Erol'un (2019) inme sonrası verilen taburculuk eğitimi ve telefonla danışmanlık hizmetinin hastaların fonksiyonel durumlarına ve hasta yakınlarının bakım yüküne etkisini araştırdıkları çalışmada da; eğitim ve danışmanlık hizmeti sonrası müdahale grubundaki bakım vericilerin bakım verme yükü ölçeği puan ortalamalarının müdahale öncesine göre anlamlı derecede düşük olduğu belirtilmiştir. Psikoeğitimin inmeli hastaların aile bakım vericisinin bakım yükü üzerindeki etkisinin incelendiği bir çalışmada; müdahale grubuna yapılan psikoeğitim faaliyetlerinin iki haftalık bir sürede beş oturum şeklinde ve her birinin 25-45 dakika süreyle gerçekleştiği, ailelerin inmeli hastanın bakımında yaşadıkları sorunları anlatması, bakım konusunda danışmanlık ve psikososyal destek, aile stres ve bakım yükü yönetimi, ailelerin sorunlarıyla baş etmelerine yönelik güçlendirilmeleri konularını içerdiği eğitimlerin sonrasında müdahale grubundaki bakım vericilerin eğitim sonrası bakım yükü ortalamasının (31.53 ± 8.36) eğitim öncesi bakım yükü ortalamasına (36.06 ± 7.87) göre anlamlı düzeyde düşük olduğu belirtilmiştir (Putri vd., 2022). Ashghali Farahani ve arkadaşları (2021), inmeli hastanın evde bakımını desteklemek amacıyla müdahale grubundaki bakım vericilere her oturumu 45-60 dakika arasında süren sekiz seans şeklinde iki seansı hasta taburcu olmadan hastanede ve altı seansı taburcu olduktan sonra ev ziyareti yaparak verdikleri eğitimin sonrasında bakım yükünün eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde azaldığını tespit etmişlerdir. Hasta bakım eğitiminin inmeli hastaların bakım vericilerinin yaşam kalitesi ve bakım yüküne etkisinin araştırıldığı başka bir çalışmada; müdahale grubundaki bakım vericilerin hastanede rutin aldıkları eğitimin yanı sıra 1,5 saatlik iki oturumda yüz yüze aldıkları bakım eğitimi ve resimli bakım kitapçığı verilmesinin ardından telefonla danışmanlık hizmeti ve ev ziyareti yapılarak uygulamalı eğitim verilen bakım vericilerin eğitim müdahalesi sonrası müdahale öncesine göre bakım verici yükünün istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalmış olduğu belirtilmiştir (Hekmatpou, Mohammad Baghban ve Mardanian Dehkordi, 2019). Çin'de biri rehabilitasyon hastanesi olmak üzere üç hastanede inme geçirmiş hastalar ve bakım vericileri ile yapılan aile odaklı psikoeğitimsel müdahalenin inmeli hastalar ve bakım vericileri için işlevsellik ve psikososyal sonuçları açısından etkilerini inceleyen çalışmada; taburculuk öncesi her biri 60'ar dakika süren üç seans şeklinde inmenin ne olduğu, semptomları, komplikasyonları, önlemek için yapılması gerekenler, bakım ve rehabilitasyon uygulamaları, psikolojik destek ve stres yönetimi gibi konularla ilgili yüz yüze eğitim verilmesinin ardından taburculuk sonrası 4 hafta boyunca her biri 30'ar dakika süren telefonla danışmanlık

hizmeti verilmesi şeklinde yapılan müdahale sonrasında müdahale grubundaki bakım verici yükünün müdahale öncesine göre anlamlı düzeyde azalmış olduğu belirtilmiştir (Mou, Lam ve Chien, 2023). İnme sonrası hastalar ve onların aileleri için uygulanan aile temelli bir programın etkinliğini incelemek amacıyla Tayland'da yapılan bir çalışmada; inmeli hastalara yedi seansta verilen eğitim ve rehabilitasyon uygulamaları, bakım vericilerine sekiz seans şeklinde verilen teorik ve uygulamalı eğitimin yanı sıra telefonla danışmanlık hizmeti ve ev ziyareti sonrası müdahale grubundaki bakım vericilerin bakım yükünün müdahale öncesine göre anlamlı düzeyde azaldığı bildirilmiştir (Deepradit vd., 2023).

Bu çalışmalardan farklı bir sonuç olarak; Baykal ve Tülek'in (2018) çalışmasında, katılımcılardan müdahale grubunda olanlara eğitim verildikten sonra bunların bir grubunun web sayfasında bilgilere ulaşması sağlanmış, diğer bir gruba ise eğitim sonrası kitapçık dağıtılmıştır. Web aracılığıyla eğitimi desteklenen grupta müdahale sonrası bakım yükü ortalamasının müdahale öncesine göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Kitapçık verilen gruptaki katılımcılarda ise müdahale sonrası bakım yükü ortalamasının düştüğü fakat bu farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir.

5.4. Bakım Vericilerin Müdahale Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeyi Karşılaştırması

Çalışmanın sonuçlarına bakıldığında; inmeli hastanın bakımına yönelik yapılan yüz yüze eğitim ve gönderilen eğitim videoları sonrası bakım vericilerin bilgi düzeyinde eğitim öncesine göre artış olmuştur. Eğitim öncesi bakım verici bilgi düzeyi ortalaması 17.67 ± 2.88 iken eğitim sonrası bakım verici bilgi düzeyi ortalaması 22.36 ± 2.94 bulunmuş ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0.05$) olduğu belirlenmiştir.

Uslu'nun (2019) inmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin bakım vermeye hazır oluşluğa etkisini inceledikleri çalışmada; katılımcılardan müdahale grubuna inmeli hastanın gereksinimleri ve bakımına yönelik eğitim ve konu ile ilgili hazırlanan rehber verilmiştir. Kontrol grubu, servisin standart akışına bırakılmış ve her zamanki rutin uygulamalar devam etmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde deney grubunun bilgi son test puan ortalamaları, bilgi ön test puan ortalamalarına göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Aynı şekilde Sánchez-Huamash ve Cárcamo-Cavagnaro'nun (2021) inmeli hastaların bakım vericilerine izletilen eğitim videolarının bakım vericilerin beceri ve bilgi düzeyine etkisinin değerlendirildiği çalışmada da; ön test

ve son test sonuçlarına göre katılımcıların eğitim videoları sonrasındaki bilgi düzeylerinin eğitim öncesine göre artmış olduğu tespit edilmiştir. İnmeli hastaların evde bakımı için verilen eğitim programının bakım vericilerin bilgi ve yeterlilik düzeyine etkisinin değerlendirildiği başka bir çalışmada; katılımcıların müdahale sonrası bilgi düzeylerinin müdahale öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Gurjar, 2019). Yine inmeli hastaların bakım vericilerinde aile tabanlı hasta bakım eğitiminin bilgi ve öz yeterlilik üzerine etkisinin değerlendirildiği bir çalışmada ise; eğitim müdahalesi yapılan katılımcı grubunda eğitim sonrası bilgi düzeyinin eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde artmış olduğu belirlenmiştir (Khatiban vd., 2014). Bakım vericilere yapılan eğitim müdahalelerinin etkinliğinin araştırılması amacıyla yatak başında yüz yüze, kitapçık vererek, ev ziyaretleri yaparak ve telefonla bilgilendirme şeklinde farklı eğitim yöntemlerinin kullanıldığı yedi makalenin incelendiği bir çalışmada; yapılan eğitim müdahalelerinin bakım vericilerin bilgi düzeylerini arttırdığı belirtilmiştir (Rumiati, Kariasa ve Waluyo, 2021). Evde sağlık hizmeti alan bağımlı hastalara bakım veren aile üyelerine verilen eğitimin hastalara ve bakım verenlere etkisinin araştırıldığı randomize kontrollü bir çalışmada; yapılan eğitim müdahalesi sonrası bakım verenlerin yatağa bağımlı hasta bakımı ile ilgili bilgi düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir (Öğür vd., 2019). Yine benzer şekilde, bağımlı yaşlısına bakım veren aile üyelerine sunuş yolu (David Ausubel'in önerdiği öğretim stratejisi) ile verilen eğitimin bakım verme yeterliliği ve yaşlı bakımı bilgi düzeyine etkisinin incelendiği bir çalışmada; yapılan bireysel eğitimin yaşlıya bakım verme bilgi düzeyini arttırmada etkili olduğu sonucuna varılmıştır (Cingil vd., 2015). Ayaz ve arkadaşları (2021) tarafından, eğitim oturumları, demonstrasyon, sosyal mesajlaşma ağı aracılığıyla eğitim sonrası tartışma oturumlarıyla desteklenerek yapılan eğitim müdahalesinde; müdahale öncesi bilgi düzeyine göre müdahale sonrası bilgi düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış gösterdiği belirtilmiştir. Ritsma ve arkadaşlarının (2023) sanal aile konferansını, inme rehabilitasyonunda eğitim, hazırlık ve rehabilitasyona geçişi planlama müdahalesi olarak inceledikleri çalışmada; bakım vericiler ve rehabilitasyon ekibinin katıldığı telekonferans sonrası bakım vericilerin inmenin doğası/bozuklukları, inme yönetimi/önlenmesi, işlevsel durum ve toplum hizmetleriyle ilgili bilgi düzeylerinde gelişme olduğu belirtilmiştir. Ali ve arkadaşları'nın (2020) inmeli hastaların bakım vericilerine verdikleri sağlık eğitiminin bakım vericilerin bilgi düzeyi ve evde bakım uygulamaları açısından yeterliliklerine etkisini değerlendirdikleri çalışmada; eğitim müdahalesinin bakım vericilerin bilgi düzeyini ve bakım sağlamada yeterliliklerini

anlamlı düzeyde arttırdığı sonucuna varmışlardır. Adaptasyon modeline dayalı bakım vericiyi güçlendirme programı ile inmeli hastanın aile bakım vericisine verilen eğitim ile inmeli hastanın fonksiyonel kapasitesi ve yaşam kalitesinin artırılması amaçlanan bir çalışmada; eğitim müdahalesi sonrasında bakım vericinin daha fazla bilgi ve daha fazla yeterliliğe sahip olduğu tespit edilmiştir (Dharma vd., 2018).

5.5. Verilen Eğitimin Etkinliğinin Değerlendirilmesi

Katılımcılar tarafından, verilen eğitimin etkili olduğu, yüz yüze eğitimin faydalı olduğu, eğitim almanın kendilerini daha iyi ve bakım için daha yeterli hissettirdiği, eğitim videolarının yüz yüze verilen eğitimi pekiştirmek açısından faydalı olduğu belirtilmiştir.

Çoğunlukla bakım vericiler, taburcu olduktan sonra ilk kez karşılaştıkları bu durumla baş etmekte zorlandıklarını, yeterli bilgi ve beceriye sahip olmadıklarını, hastalığın seyri, yönetimi ve hastanın bakımı ile ilgili eğitimlerin hastanın inme geçirdiği süreçte taburcu olmadan önce verilmesinin daha sonra ev ziyaretleri ile bu eğitimlerin desteklenmesinin önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Bakım vericiler, evde ziyaret edilerek bu konuda profesyonel eğitim almış ve alanda eğitim veren bir sağlık profesyonelinin yüz yüze bakım eğitimi almış olmalarından, istedikleri zaman tekrar tekrar izleyebilecekleri bakım videolarının varlığından ve sormak istedikleri herhangi bir soru olduğunda araştırmacıya ulaşabilme imkanı bulduklarından dolayı memnuniyetlerini dile getirmişlerdir.

Bakım vericilerden bazıları,

‘Eğitim yüzde yüz etkiliydi, unuttuğumuz çok şeyler varmış. Eğitim şart her zaman bilgileri tazelemek gerekiyor, eğitim almak beni yeterince daha iyi ve yeterli hissettirdi. Videolar ve yüz yüze eğitimler benim için oldukça faydalı oldu. Emeginize sağlık. Bize zaman ayırmanıza da ayrıca çok teşekkür ediyorum.’

‘Eğitim videoları yüz yüze verilen eğitimi pekiştirmek açısından çok faydalı oldu. Hasta hastaneden çıkarken mutlaka bakım vericiye bu tarz videoların gönderilmesi şart diye düşünüyorum. Keşke hastam taburcu olurken bu bilgileri öğrenmiş olsaydım.’

‘Eğitim almak yanlış ve doğru davranışlarımızın gözlemlenmesi için çok faydalı. Bakım konusunda yeterince bilgi sahibi olmayanlar için mükemmel bir eğitim. Eğitim videoları çok başarılı ve zaman çok iyi kullanılmış. Teşekkürler.’

şeklinde eğitimin etkinliği ile ilgili düşüncelerini belirtmişlerdir.



6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Evde sağlık birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri inme tanılı bağımlı bireylerin bakım vericilerinin bilgi düzeyini arttırmak amacıyla ev ziyareti yapılarak inmeli bireyin bakımına yönelik demonstrasyon yöntemi ile birlikte yapılan yüz yüze eğitimin yanı sıra bu eğitimi pekiştirmek amacıyla hazırlanmış bakım eğitimi videolarının zamana yayılarak sosyal mesajlaşma ağı aracılığıyla bakım vericilerle paylaşılmasının, bakım vericilerin bilgi düzeylerine ve bunun yanı sıra bakım verici yüküne etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada;

- Katılımcıların yaş ortalamasının 51.22 ± 13.39 olduğu, çoğunlukla kadın, evli ve 1 veya 2 çocuğunun olduğu, ilkokul mezunu olduğu, çalışmadığı, gelir düzeyinin orta seviyede olduğu, yarıya yakınının bakmakla yükümlü olduğu başka bir birey olduğu, çoğunlukla bakım alan bireyin kızı, oğlu veya gelini olduğu, inmeli bireylerin yaklaşık dörtte üçünün bakım veren bireyle aynı evde kaldığı, bakım vericilerin çoğunluğuna bakıma yardım eden birinin olduğu, bakım vericilerin inmeli bireye bakım verme sürelerinin ortalama 36 ay olduğu ve günlük ortalama 15.86 ± 8.1 saat bakım verdikleri,
- Bakım vericilerin eğitim müdahalesi öncesi bakım yükünün 32.05 ± 17.45 olduğu ve bu değer hafif bakım yükü olarak değerlendirildiği,
- Bakım vericilerin, inmeli bireyin bakımına yönelik verilen yüz yüze eğitim ve bu eğitimi pekiştirmek amacıyla sosyal mesajlaşma ağı aracılığıyla gönderilen bakım videolarının öncesindeki bakım yükü ortalaması ile müdahale sonrası bakım yükü ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın saptanmamış olduğu, bakım vericilerin bakım yükünün müdahale öncesinde hafif düzeyde olup müdahale sonrasında da hafif bakım yükü düzeyinde olduğu,
- İnmeli hastanın bakımına yönelik yapılan yüz yüze eğitim ve gönderilen eğitim videoları sonrası bakım vericilerin bilgi düzeyinde eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu sonuçlarına varılmıştır.
- Katılımcılar tarafından, verilen eğitimin etkili olduğu, yüz yüze eğitimin faydalı olduğu, eğitim almanın kendilerini daha iyi ve bakım için daha yeterli hissettirdiği,

eğitim videolarının yüz yüze verilen eğitimi pekiştirmek açısından faydalı olduğu belirtilmiştir.

6.2. Öneriler

- Taburculuk sonrası kişinin tam veya yarı bağımlı bir şekilde hayatını sürdürebilmesi, bir başkasının bakımına ihtiyaç duyulabilmesi gibi sonuçları nedeniyle inme sonrası, hem hastanın yaşam ve bakım kalitesi hem de bakım vericinin kendini yeterli hissetmesi açısından; günlük kişisel bakım uygulamaları, hastalığın ve varsa hastaya özel durumun yönetimi, karşılaşılabilecek sorunlarla baş etme yöntemleri, yardım alınabilecek ve sorun olduğunda başvurulabilecek kaynakların neler olabileceği gibi inme hastalığıyla mücadele ederken ihtiyaç duyulabilecek konularda hasta hastaneden taburcu olmadan önce inmeli hastanın ve bakım vericinin, teorik ve uygulamalı bir eğitim programıyla eğitilmelerinin, bilgi ve beceri kazanmalarının bunu yaparken de hasta ve bakım vericinin aktif katılımının sağlanmasının hatta taburculuk sonrası da evde yürütülen bakımın ve hastalığın yönetimi ile ilgili yapılan uygulamaların periyodik olarak kontrolünün sağlanmasının, geri bildirimde bulunulmasının, gerektiğinde telefonla danışmanlık hizmeti verilmesinin, hasta ve yakınının eğitimlerinin devamlılığının sağlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.
- Nüfus projeksiyonlarının değişmesi, ileri yaş nüfusun giderek daha da artması bu nedenle yaşlıya bakan kişilerin de yaşlı olması, bunun yanı sıra inme insidansının artması, yaşlandıkça ortaya çıkan diğer hastalıklar ve yaşlılığa bağlı bakım ihtiyacının oluşması gibi sorunlara yönelik; yaşlı bakımının ev ve kurumsal bakım düzeyinde yürütülmesiyle ilgili araştırmaların ve planlamaların yapılmasının bu sorunların çözümü için yol gösterici olabileceği düşünülmektedir.
- Toplumsal ve kültürel özellikler dikkate alınarak bakım verici eğitim modellerinin, yöntem ve araçlarının karşılaştırmalı çalışmalarla belirlenerek bakım verici eğitimlerinin planlanması ve uygulanmasının etkili olabileceği düşünülmektedir.
- Hızla yaşlanan nüfus nedeniyle yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkabilecek sağlık sorunlarıyla baş etme sürecinde; hastaların bakım ve yaşam kalitesini arttırmak yönünde kamu, yerel yönetimler ve araştırmacıların birlikte yürütebileceği uzun süreli yayılmış izlenebilir müdahaleler ve değerlendirmelerin; hizmet alanlara, bakım vericilere, hizmet sunanlara ve hizmeti yönetenlere konunun çözümünde fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

- Abo El Hussien A, Hossien Y ve Mohammed A. (2022). Assessment of care provided by family caregivers for post stroke patient at home. *Minia Scientific Nursing Journal*, 012(1), 10-19. DOI: 10.21608/msnj.2022.152320.1029.
- Achilike S, Beauchamp J E S, Cron S G, Okpala M, Payen S S, Baldrige L, ...Sharrief A. (2020). Caregiver burden and associated factors among informal caregivers of stroke survivors. *Journal of Neuroscience Nursing*, 52(6), 277-283. DOI:10.1097/JNN.0000000000000552.
- Ahmed W A M, El-Amin E I S, Ahmed R G, Alostaz Z M ve Khalid K E. (2015). Health education module for stroke caregivers. *J Neurological Disorders*, 3, 211. DOI:10.4172/2329-6895.1000211.
- Akçoban S. (2020). *Evde bakım hastalarının yaşam kaliteleri ve bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Çukurova Üniversitesi, Adana. Türkiye.
- Akıncı Y. (2019). *Genç iskemik inme hastalarında inme lokalizasyonu ile inme etiyolojisi arasındaki ilişki* (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Akosile C O, Banjo T O, Okoye E C, Ibikunle P O ve Odole A C. (2018). Informal caregiving burden and perceived social support in an acute stroke care facility. *Health Qual Life Outcomes*, 16(1), 57. DOI: 10.1186/s12955-018-0885-z.
- Alankaya N. (2019). İnme sonrası yeti yitimi ve rehabilitasyonda hemşirenin rolü. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 23(3), 195-201. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/913853>
- Ali E, El A, Sheha M, Abouda A, Soultan A, Malk R N, ...Elsherbeny M. (2020). Effect of a planned health teaching on improving knowledge and competence of home care practice of post stroke patient among caregivers' achievement. *International Journal of Studies in Nursing*, 5(2), 51-69. DOI:10.20849/ijsn.v5i2.761.
- American Diabetes Association. (2014). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 37, 14-80. DOI: 10.2337/dc14-S014.
- American Heart Association/American Stroke Association. (2019). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: 2019 update to the 2018 guidelines for the early management of acute ischemic stroke. A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 344-418. DOI: 10.1161/STR.0000000000000211.

- American Heart Association/American Stroke Association. (2021). 2021 Guideline for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 52, 364–467. DOI: 10.1161/STR.0000000000000375.
- American Heart Association/American Stroke Association. (2022). 2022 Guideline for the management of patients with spontaneous intracerebral hemorrhage: A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 53(7), 282-361. DOI.org/10.1161/STR.0000000000000407.
- American Stroke Association. (2020). Caregiver guide to stroke. Erişim Adresi: https://www.stroke.org/en/-/media/Stroke-Files/Caregiver-Support/Caregivers-Guide-to-Stroke/CaregiverGuideToStroke_2020.pdf?sc_lang=en Erişim tarihi: 20.07.2024.
- American Stroke Association. (t.y.). About stroke. Erişim Adresi: <https://www.stroke.org/en/about-stroke/types-of-stroke> Erişim tarihi: 06.07.2023.
- Apaydın Kaya Ç, Mercan E ve Çifçili S. (2018). Evde sağlık hizmeti almak için başvuran inmeli hastaların sağlık ve bakım ihtiyaçları. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(3), 69-77. DOI: 10.15511/tjtfp.18.00369.
- Appel L J, Brands M W, Daniels S R, Karanja N, Elmer P J, Sacks F M ve American Heart Association. (2006). Dietary approaches to prevent and treat hypertension: A scientific statement from the American Heart Association. *Hypertension*, 47(2), 296–308. DOI: 10.1161/01.HYP.0000202568.01167.B6.
- Ashghali Farahani M, Najafi Ghezeljeh T, Haghani S ve Alazmani-Noodeh F. (2021). The effect of a supportive home care program on caregiver burden with stroke patients in Iran: An experimental study. *BMC Health Services Research*, 21, 1-10. DOI.org/10.1186/s12913-021-06340-4.
- Atagün M İ, Balaban Ö D, Atagün Z, Elagöz M ve Yılmaz Özpolat A. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar*, 3(3), 513-552. DOI.org/10.5455/cap.20110323.
- Avcı Demir Y ve Gözüm S. (2021). Effect of transitional care model-based interventions for patients with stroke and their caregivers on increasing caregiver competence and patient outcomes: A study protocol for a randomized controlled trial. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 29(2), 176-185. DOI: 10.5152/FNJJN.2021.19214.
- Ayar D ve Öztürk C. (2015). Tip 1 diyabetik ergenlerin eğitiminde yeni yaklaşımlar web tabanlı eğitim. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 8(3), 184-189. Erişim Adresi: <https://openaccess.izu.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12436/764>

- Ayaz M, Sarwar H, Yaqoob A ve Khan M A. (2021). Enhancing knowledge of family caregivers and quality of life of patients with ischemic stroke. *Pakistan Journal Of Neurological Surgery*, 25(4), 558-568. DOI: 10.36552/pjns.v25i4.625.
- Aydın A ve Gülseven Karabacak B. (2024). İnmeli hastaların bakım vericilerinin bakım vermeye hazır oluşluğu ve algıladıkları stres. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 30(2), 104-110. DOI: 10.5505/tbdhd.2024.33600.
- Bal C ve Koç Z. (2020). İskemik inme geçiren bireyin NANDA-I'ya göre hemşirelik tanıları, NIC hemşirelik girişimleri ve NOC çıktıları. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 12(3), 443-456. DOI: 10.5336/nurses.2019-70124.
- Bal C ve Koç Z. (2024). Technology-based health promotion training among stroke patients: A randomized controlled trial. *Clinical Nursing Research*, 33(1), 81-94. DOI: 10.1177/10547738231211980.
- Bally E L S, Cheng D, Grieken A V, Sanz M F, Zanutto O, Carroll A, ...Raaf H. (2023). Patients' perspectives regarding digital health technology to support self-management and improve integrated stroke care: Qualitative interview study. *Journal of Medical Internet Research*, 25, 42556. DOI: 10.2196/42556.
- Banerjee C, Moon Y P, Paik M C, Rundek T, Mora-McLaughlin C, Vieira J R, ...Elkind M S V. (2012). Duration of diabetes and risk of ischemic stroke: The Northern Manhattan study. *Stroke*, 43(5), 1212-1217. DOI: 10.1161/STROKEAHA.111.641381.
- Baykal D ve Tülek Z. (2018). *İnmeli hasta ve yakınlarına verilen eğitimin günlük yaşama adaptasyon, özyeterlilik, yaşam kalitesi ve bakım verici yükü üzerine etkisi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Bendová M, Vacková J, Míková M ve Kuželková A. (2024). The needs of informal caregivers caring for stroke patients in the home environment. *Kontakt*, 26(2), 1-12. DOI: 10.32725/kont.2024.009.
- Benjamin E J, Wolf P A, D'Agostino R B, Silbershatz H, Kannel W B ve Levy D. (1998). Impact of atrial fibrillation on the risk of death: the Framingham heart study. *Circulation*, 98, 946-952. DOI.org/10.1161/01.CIR.98.10.946
- Beşer A ve Bahar Z. (2017). Evde bakım (1. baskı). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Beyin Sağlığı ve Hasta Derneği. (t.y.). İnme Risk Faktörleri. Erişim Adresi: <https://www.beyinder.org/inme-hakkinda/inme-risk-faktorleri/> Erişim tarihi: 13.08.2024.

- Bhat V M, Cole J W, Sorkin J D, Wozniak M A, Malarcher A M, Giles W H, ...Kittner S J. (2008). Dose-response relationship between cigarette smoking and risk of ischemic stroke in young women. *Stroke*. 39, 2439–2443. DOI.org/10.1161/STROKEAHA.107.510073.
- Bilgili N ve Gözümlü S. (2014). İmmeli hastaların evde bakımı: Bakım verenler için rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7 (2), 128-150. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/753396>
- Bitek D E ve Erol Ö. (2019). *İnme sonrası verilen taburculuk eğitimi ve telefonla danışmanlık hizmetinin hastaların fonksiyonel durumlarına ve hasta yakınlarının bakım yüküne etkisi* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne. Türkiye.
- Boonsin S, Deenan A ve Wacharasin C. (2021). Factors influencing the burden of family caregiving for survivors of stroke. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(1), 102-113. Erişim Adresi: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/241328>
- Bozkurt S, Zayim N ve Gülkesen K H. (2008). Hasta eğitiminde bilgi teknolojileri: Web tabanlı beslenme eğitimi. *Akademik Bilişim*, 293-295. Erişim Adresi: https://ab.org.tr/ab08/kitap/Bildiriler/Bozkurt_Zayim_Gulkesen_AB08.pdf
- Buckley B J, Harrison S L, Hill A, Underhill P, Lane D A ve Lip G Y. (2022). Stroke-heart syndrome: incidence and clinical outcomes of cardiac complications following stroke. *Stroke*, 53(5), 1759-1763. DOI: 10.1161/STROKEAHA.121.037316.
- Canadian Stroke Best Practices. (2022). Acute Stroke Management (7th Edition 2022 UPDATED).Erişim Adresi: <https://www.strokebestpractices.ca/recommendations/acute-stroke-management> Erişim tarihi: 24.07.2024.
- Caro C C, Costa J D ve Da Cruz D M C. (2018). Burden and quality of life of family caregivers of stroke patients. *Occupational therapy in health care*, 32(2), 154-171. DOI.org/10.1080/07380577.2018.1449046.
- Carod-Artal F J, Coral L F, Trizotto D S ve Moreira C M. (2009). Burden and perceived health status among caregivers of stroke patients. *Cerebrovascular Diseases*, 28, 472–480. DOI: 10.1159/000236525.
- Chikanya V K, James S ve Jardien-Baboo S. (2023). Home-based care of stroke patients in rural Zimbabwe: Knowledge of caregivers. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases*, 32(1), 106830. DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2022.106830.
- Cholique I, Nasrullah D ve Sukadiono S. (2020). Role of family in caring patient with post stroke at home: A systematic review. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 24(8), 11004-11013. ISSN 1475-7192. Erişim Adresi: <https://repository.um-surabaya.ac.id/4303/>

- Cingil D, Gözüm S ve Bodur S. (2015). Bağımlı yaşlısına bakım veren aile üyelerine sunuş yolu ile verilen eğitimin bakım verme yeterliliği ve yaşlı bakımı bilgi düzeyine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(4), 259–267. DOI.org/10.17049/ahsbd.82368.
- Civek S ve Akman M. (2022). Dünyada ve Türkiye’de kardiyovasküler hastalıkların sıklığı ve riskin değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 13(1), 21-28. DOI: 10.15511/tjtfp.22.00121.
- Çakır G ve Yaman Ö M. (2022). Yaşlılara evde bakım vermenin bakım veren aileler üzerindeki etkilerinin aile kuramları temelinde değerlendirilmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 33(2), 577-604. DOI.org/10.33417/tsh.960879.
- Çetinkaya N ve Dönmez E. (2023). İnmeli hastalara bakım verenlerde bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyinin incelenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 10(1), 49-59. DOI.org/10.52880/sagakaderg.1179811.
- Çevik Özdemir H N ve Şenol S. (2019). Bakım yükü değerlendirme ölçeklerine sistematik bir bakış. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2), 61-68. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/814986>
- Çubuk C ve Efe Sayın C. (2021). Çankırı ili inme epidemiyolojisi ve klinik sonuçları. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 27(1), 34-41. DOI: 10.5505/tbdhd.2021.82474.
- Dağdeviren T S, Demir N, Adahan D, Dağdeviren M ve Tekin O. (2020). Evde sağlık hizmeti alan hastaların bakım verenlerinde bakım yükü. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 14(2), 186-195. DOI: 10.21763/tjfmmpc.730172.
- Damaiyanti M, Amir H, Cahyani D D, Alhidayat N S, Afianti N, Rahmiati C, ...Hidayat R. (2023). Improving caregiver preparedness in the care transition of stroke patients: A scoping review. *Journal of Medicine and Life*, 16(12), 1723. DOI: 10.25122/jml-2023-0142.
- Davenport R J, Dennis M S, Wellwood I ve Warlow C P. (1996). Complications after acute stroke. *Stroke*, 27(3), 415-420. DOI.org/10.1161/01.STR.27.3.415.
- Day C B, Bierhals C C B K, Santos N O D, Mocellin D, Predebon M L, Dal Pizzol F L F ve Paskulin L M G. (2018). Nursing home care educational intervention for family caregivers of older adults post stroke (SHARE): Study protocol for a randomised trial. *Trials*, 19, 1-9. DOI: 10.1186/s13063-018-2454-5.
- Deepradit S, Powwattana A, Lagampan S ve Thiangtham W. (2023). Effectiveness of a family-based program for post-stroke patients and families: A cluster randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Sciences*, 10(4), 446-455. DOI.org/10.1016/j.ijnss.2023.09.020.

- Demir Y. (2014). *İnmeli hastalara bakım veren aile üyeleri için hazırlanan web sayfasının kalitesi, içeriği ve kullanımının değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Akdeniz Üniversitesi, Antalya. Türkiye.
- Demirci Şahin A, Üstü Y ve Işık D. (2015a). Serebrovasküler hastalıklarda önlenebilir risk faktörlerinin yönetimi. *Ankara Med J*, 15(2), 106-113. DOI.org/10.17098/amj.48090.
- Demirci Şahin A, Üstü Y, Işık D, Öztaş D, Karataş Eray İ ve Uğurlu M. (2015b). Serebrovasküler hastalık geçiren hastaların demografik özellikleri ve birinci basamak sağlık merkezlerinde önlenebilir risk faktörlerinin değerlendirilmesi. *Ankara Med J*, 15(4), 196-208. DOI.org/10.17098/amj.79435.
- Deyhoul N, Vasli P, Rohani C, Shakeri N ve Hosseini M. (2020). The effect of family-centered empowerment program on the family caregiver burden and the activities of daily living of Iranian patients with stroke: A randomized controlled trial study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 32(7), 1343-1352. DOI: 10.1007/s40520-019-01321-4.
- Dharma K K, Damhudi D, Yarden N ve Haeriyanto S. (2018). Increase in the functional capacity and quality of life among stroke patients by family caregiver empowerment program based on adaptation model. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(4), 357-364. DOI.org/10.1016/j.ijnss.2018.09.002.
- Doğan B ve Subaşı N. (2006). Evde Bakım. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. (ss. 1276-1277). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları.
- Dramalı A, Demir F ve Yavuz M. (1998). Evde Kronik Hastaya Bakım Veren Hasta Yakınlarının Karşılaştıkları Sorunlar. I. Ulusal Evde Bakım Kongre Kitabı. (ss. 160-163). İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- Duran Parra M, Torres C C, Arboleda L B, Rivera Carvajal R, Franco S ve Santos J. (2019). Effectiveness of an educational nursing intervention on caring ability and burden in family caregivers of patients with chronic non-communicable diseases. A preventive randomized controlled clinical trial. *Investigación y educación en enfermería*, 37(1), 30-39. DOI: 10.17533/udea.iee.v37n1e04.
- Durğun A ve Merde E. (2023). Türkiye’de yaşlılara yönelik sosyal politika ve sosyal hizmet analizi. *Sosyal ve Kültürel Araştırmalar Dergisi*, 9(18), 38-62. DOI.org/10.25306/skad.1265458.
- Duru Aşiret G ve Kapucu S. (2013). İnmeli hastaların bakıcılarındaki bakım yükü. *Turkish Journal of Neurology*, 19(1), 5-10. DOI: 10.4274/Tnd.60234.

- Epalte K, Tomsone S, Vētra A ve Bērziņa G. (2023). Patient experience using digital therapy “Vigo” for stroke patient recovery: A qualitative descriptive study. *Disability and Rehabilitation Assistive Technology*, 18(2), 175-184. DOI: 10.1080/17483107.2020.1839794.
- Er F ve Yıldırım Ş. (2019). İnme sonrası hasta ve bakım verenlerin aile içi ilişkilerinin değerlendirilmesi. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(3), 182-189. DOI.org/10.34087/cbusbed.455454.
- Ercan Şahin N. (2018). Ülkemizde Evde Bakım Hizmetlerinin Organizasyonu. E. Özmete ve İ. Akyar (Editörler), *Evde Bakım*. (ss. 21-28). Ankara: Hedef CS Yayıncılık.
- Erdem H. (2019). *İnmeli bireylere bakım verenlerde bakım yükü ve merhamet düzeyi arasındaki ilişki* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas. Türkiye.
- Erdoğan İnan D ve Polat Ü. (2023). İnmeli hasta ve bakım verenlerine verilen planlı taburculuk eğitiminin hasta memnuniyeti ve bakım verenin bakıma hazır oluşluğu üzerine etkisi. *Unika Sag. Bil. Derg.*, 3(2), 471-489. DOI: 10.47327/unikasaglik.102.
- Eriksson G M, Kamwesiga J T ve Guidetti S. (2021). The everyday life situation of caregivers to family members who have had a stroke and received the rehabilitation intervention F@ce in Uganda. *Archives of Public Health*, 79, 100. DOI.org/10.1186/s13690-021-00618-z.
- European Stroke Organisation (ESO). (t.y.). Erişim Adresi: <https://eso-stroke.org/guidelines/eso-guideline-directory/> Erişim tarihi:24.07.2024.
- Fadıloğlu Ç ve Ateş M. (2017). Palyatif Bakım Sürecinde Aile ve Bakım Vericiler. Y. Yıldırım ve Ç. Fadıloğlu (Editörler), *Palyatif Bakım Semptom Yönetimi ve Yaşam Sonu Bakım*. (ss. 151-175). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Feigin V L, Krishnamurthi R V, Parmar P, Norrving B, Mensah G A, Bennett D A, ...Roth G A. (2015). Update on the global burden of ischemic and hemorrhagic stroke in 1990–2013: The GBD 2013 study. *Neuroepidemiology*, 45(3), 161-176. DOI: 10.1159/000441085.
- Feigin V L, Lawes C M M, Bennet D A ve Anderson C S. (2003). Stroke epidemiology: a review of population-based studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. *Lancet Neurology*, 2(1), 43-53. Erişim Adresi: [https://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS1474-4422\(03\)00266-7/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lanneur/article/PIIS1474-4422(03)00266-7/abstract)
- Fırat O, Karakuş M, Arsava E M, Topçuoğlu M A ve Demirkan K. (2021). İskemik inmelere risk faktörlerinin yönetiminde kılavuz karşılaştırması. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(3), 211-217. DOI: 10.17942/sted.890125.

- Freytes I M, Sullivan M, Schmitzberger M, LeLaurin J, Orozco T, Eliazar-Macke N ve Uphold C. (2021). Types of stroke-related deficits and their impact on family caregiver's depressive symptoms, burden, and quality of life. *Disability and Health Journal*, 14(2), 101019. DOI: 10.1016/j.dhjo.2020.101019.
- Gbiri C A, Olawale O A ve Isaac S O. (2015). Stroke management: Informal caregivers' burdens and strains of caring for stroke survivors. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 58, 98–103. DOI.org/10.1016/j.rehab.2014.09.017.
- Global Burden of Diseases (GBD). (2020). Diseases and injuries collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet*, 396(10258), 1204-1222. Erişim Adresi: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30925-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30925-9/fulltext)
- Global Burden of Disease (GBD). (2021). Global Burden of Disease (GBD), 2019 stroke collaborators. global, regional, and national burden of stroke and its risk factors, 1990-2019: A systematic analysis for the global burden of disease study 2019. *Lancet Neurology*, 20(10), 795-820. DOI: 10.1016/S1474-4422(21)00252-0.
- Goldstein L B, Bushnell C D, Adams R J, Chaturvedi S ve Creager M A. (2011). Guidelines for the primary prevention of stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 42, 517-584. DOI: 10.1161/STR.0b013e3181fcb238.
- Gök Uğur H ve Erci B. (2019). The effect of home care for stroke patients and education of caregivers on the caregiver burden and quality of life. *Acta Clin Croat*, 58, 321-332. DOI: 10.20471/acc.2019.58.02.16.
- Gökçe E ve Arslan S. (2024). Cerrahi hemşireliğinde evde bakım. *Sağlık Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 119-129. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tusad/issue/83787/1417804>
- Gözübüyük Tamer M. (2017). Yaşlı hastalarına bakım veren kadınların deneyimleri ışığında “evde bakım hizmetinin” değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Tıbbi Araştırmaları (HÜTAD)*, 26, 157-186. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/turkiyat/issue/30359/488218>
- Graf R, LeLaurin J, Schmitzberger M, Freytes I M, Orozco T, Dang S ve Uphold C R. (2017). The stroke caregiving trajectory in relation to caregiver depressive symptoms, burden, and intervention outcomes. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 24(7), 488-495. DOI: 10.1080/10749357.2017.1338371.
- Greenwood N ve Mackenzie A. (2010). Informal caring for stroke survivors: Metaethnographic review of qualitative literature. *Maturitas*, 66(3), 268-276. DOI.org/10.1016/j.maturitas.2010.03.017.

- Gurjar N R. (2019). Effectiveness of educational program on knowledge and competence of home care of stroke patients among care givers. *International Journal of Health Sciences and Research*, 9(5), 260-265. ISSN: 2249-9571. Erişim Adresi: https://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.9_Issue.5_May2019/39.pdf
- Güler A, Turgut N, Topaktaş S, Topçuoğlu M A, Şirin H, Sağduyu Kocaman A, ... Uzuner N. (2015). Komplikasyonların tedavisi ve yoğun bakım: Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği inme tanı ve tedavi kılavuzu-2015. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 21(3), 153-160. DOI: 10.5505/tbdhd.2015.86547.
- Günay R. (2017). *İnmeli veya psikiyatrik bozukluğu olan hastalara bakım veren kişilerdeki bakım yükü ve ilgili değişkenler* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Güngör Tavşanlı N ve Eş B. (2019). İnmeli hastada palyatif bakım: Olgu sunumu. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(1), 35-39. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ikcusbfd/issue/45027/561530>
- Gürer A, Küdür Çırpan F ve Atalan Özlen N. (2019). Yaşlı bakım hizmetleri. *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi*, 3(1), 1-6. DOI: 10.35333/JOHSE.2019.44.
- Güven S ve Hazer O. (1998). Ülkemizde Evde Bakım Sistemlerinin Aile ve Yaşlılık Açısından Gereği, Önemi ve Bu Konuda Ev Ekonomistlerinin Yeri. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. (ss. 155-159). İstanbul.
- Hafsteinsdóttir T B, Vergunst M, Lindeman E ve Schuurmans M. (2011). Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 85(1), 14-25. DOI.org/10.1016/j.pec.2010.07.046.
- Hekmatpou D, Mohammad Baghban E ve Mardanian Dehkordi L. (2019). The effect of patient care education on burden of care and the quality of life of caregivers of stroke patients, *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 211-217. DOI: 10.2147/JMDH.S19690.
- Hiraga A. (2017). Gender differences and stroke outcomes. *Neuroepidemiology*, 48(1-2), 61-62. DOI.org/10.1159/000475451.
- Hong S E, Kim C H, Kim E J, Joa K L, Kim T H, Kim S K, ...Jung H Y. (2017). Effect of a caregiver's education program on stroke rehabilitation. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 41(1), 16-24. DOI.org/10.5535/arm.2017.41.1.16.
- Hu P, Yang Q, Kong L, Hu L ve Zeng L. (2018). Relationship between the anxiety/depression and care burden of the major caregiver of stroke patients. *Medicine*, 97, 40. DOI: 10.1097/MD.00000000000012638.

- Hultman M T, Everson-Rose S A, Tracy M F, Lindquist R ve Hadidi N N. (2019). Associations between characteristics of stroke survivors and caregiver depressive symptoms: A critical review. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 26(7), 528-537. DOI.org/10.1080/10749357.2019.1641010.
- Imoisili O E, Chung A, Tong X, Hayes D K ve Loustalot F. (2024). Prevalence of stroke — behavioral risk factor surveillance system, United States, 2011–2022. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 73(20), 449-455. Erişim Adresi: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/wr/mm7320a1.htm>
- Işık K. (2013). *Yaşlı hastaya evde bakım verenlerin yaşam doyumları ile bakım yükleri arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye.
- İnci F H ve Bayık Temel A. (2016). İnmeli hastaya bakım veren aile bireylerinin gereksinimleri: Sistematik inceleme. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(3), 28-43. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/hunhemsire/issue/27605/331956>
- İnci F H ve Erdem M. (2008). Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4), 85-95. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/29438>
- İpek L ve Güneş Gencer Y. (2023). Dünya'da ve Türkiye'de yaşlı informal bakım verenler: Geleneksel derleme. *Geriatrik Bilimler Dergisi*, 6(3), 182-193. DOI.org/10.47141/geriatrik.1330317.
- Jauch E C, Saver J L, Adams H P, Jr, Bruno A, Connors J J, Demaerschalk B M, ...Council on Clinical Cardiology. (2013). Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 44(3), 870–947. DOI.org/10.1161/STR.0b013e318284056a.
- Jirû-Hillmann S, Gabriel K M, Schuler M, Wiedmann S, Mühler J, Dötter K, ... Heuschmann P U. (2022). Experiences of family caregivers 3-months after stroke: Results of the prospective trans-regional network for stroke intervention with telemedicine registry (TRANSIT-Stroke). *BMC Geriatrics*, 22(1), 228. DOI.org/10.1186/s12877-022-02919-6.
- Johnson W, Onuma O, Owolabi M ve Sachdev S. (2016). Stroke: A global response is needed. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(9), 634. DOI: 10.2471/BLT.16.181636.
- Junttola U, Lahtinen S, Liisanantti J, Vakkala M, Kaakinen T ve Isokangas J M. (2021). Medical complications and outcome after endovascular therapy for acute ischemic stroke. *Acta Neurologica Scandinavica*, 144(6), 623-631. DOI.org/10.1111/ane.13501.

- Kalınkara V ve Kalaycı I. (2017). Yaşlıya evde bakım hizmeti veren bireylerde yaşam doyumu, bakım yükü ve tükenmişlik. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi (YSAD)*, 10(2), 19-39. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/yasad/issue/30342/311705>
- Kalra L, Evans A, Perez I, Melbourn A, Patel A, Knapp M ve Donaldson N. (2004). Training carers of stroke patients: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 328(7448), 1099. DOI.org/10.1136/bmj.328.7448.1099.
- Kalyoncu Aslan I, Bakaç G, Us Anaç H ve Kırbaş D. (2007). Akut inme komplikasyonları. *Türk Serebrovasküler Hastalıklar Dergisi*, 13(1), 9-13. Erişim Adresi: https://jag.journalagent.com/tbdhd/pdfs/TBDHD_13_1_9_13.pdf
- Kapucu S, Kutlu Türkan S ve Fesci H. (2009). Family caregivers' difficulties in caring for bedridden stroke patients. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal*, 16(3), 17-31. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/88531>
- Karahan A ve Güven S. (2002). Yaşlılıkta evde bakım. *Türk Geriatri Dergisi*, 5(4), 155-159. Erişim Adresi: https://geriatri.dergisi.org/uploads/pdf/pdf_TJG_139.pdf
- Karakurt P, Ünsal A ve Tanrıverdi D. (2018). Evaluation of care burden and quality of life of caregivers of patients with stroke. *International Journal of Caring Sciences*, 11(1), 529-542. Erişim Adresi: https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/61_tarniverdi_original_11_1.pdf
- Karakuş Z ve Özer Z C. (2022). Kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerde mobil sağlık uygulamalarının kullanımı. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 7(2), 391-395. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/ikcusbfd/issue/70141/960982>
- Karaman E, Turtay M G, Çolak C, Oğuztürk H, Gürbüz Ş, Kamışlı S ve Çelik E. (2015). İskemik inmede risk faktörleri ve etkileri. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 22(4), 225-230. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/pub/totm/issue/13166/158922>
- Karaman S ve Karadakovan A. (2015). İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakıma hazır oluşluk ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(1), 1-10. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/eghehemsire/issue/49336/630188>
- Kargı Keven Y. (2022). *İnmeli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve yaşlı istismar riski arasındaki ilişki* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi, Denizli. Türkiye.

- Kars Fertelli T ve Özkan Tuncay F. (2019). İnmeli bireye bakım verenlerde bakım yükü, sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. *JAREN*, 5(2), 107-115. DOI:10.5222/jaren.2019.52386.
- Kazemi A, Azimian J, Mafi M, Allen K A ve Motalebi S A. (2021). Caregiver burden and coping strategies in caregivers of older patients with stroke. *BMC Psychology*, 9(1), 1-9. DOI.org/10.1186/s40359-021-00556-z.
- Khanittanuphong P ve Leelasamran W. (2016). Assessing caregiver burden and relationship between caregiver burden and basic activities of daily living in stroke patients with spasticity. *J Med Assoc Thai*, 99(8), 926-32. Erişim Adresi: <https://www.thaiscience.info/Journals/Article/JMAT/10986122.pdf>
- Khare S. (2016). Risk factors of transient ischemic attack: An overview. *Journal of Mid-life Health*, 7(1), 2-7. DOI: 10.4103/0976-7800.179166.
- Khatiban M, Kheirollahi A, Oshvandi K, Alhani F ve Feradmal J. (2014). The effect of family-based education on knowledge and self-esteem of caregivers of patients with stroke: a randomized controlled trial. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 23(110), 244-250. Erişim Adresi: <https://jmums.mazums.ac.ir/article-1-3389-en.html>
- Kılıç N, Demir G ve Er Çalışkan Ç. (2020). Kronik hastalığı olan yaşlılarda vitamin ve mineral kullanım özelliklerinin belirlenmesi. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 13(2), 123-130. DOI.org/10.46414/yasad.793901.
- Kim B R, Lee J, Sohn M K, Kim D Y, Lee S G, Shin Y I, ...Kim Y H. (2017). Risk factors and functional impact of medical complications in stroke. *Annals of Rehabilitation Medicine*, 41(5), 753-760. DOI.org/10.5535/arm.2017.41.5.753.
- Kim C G ve Park H A. (2011). Development and evaluation of a web-based education program to prevent secondary stroke. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41(1), 47-60. DOI: DOI.org/10.4040/jkan.2011.41.1.47.
- Kim J I, Lee S ve Kim J H. (2013). Effects of a web-based stroke education program on recurrence prevention behaviors among stroke patients: A pilot study. *Health Education Research*, 28(3), 488-501. DOI.org/10.1093/her/cyt044.
- Koçak G. (2011). *İnmeli hastalarda bakım vericinin yükü* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Kum C, Miller E L, Jones H, Kean E B, Kreitzer N ve Bakas T. (2022). Theoretically based factors affecting stroke family caregiver health: An integrative review. *Western Journal of Nursing Research*, 44(3), 338-351. DOI: 10.1177/01939459211050955.

- Kumar A, Yadav A K, Singh V K, Pathak A, Chaurasia R N, Mishra V N ve Joshi D. (2022). Caregiver burden in caregivers of stroke survivors: A hospital-based study. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 25(6), 1092-1098. DOI: 10.4103/aian.aian_318_22.
- Kumar S, Selim M H ve Caplan L R. (2010). Medical complications after stroke. *The Lancet Neurology*, 9(1), 105-118. Erişim Adresi: [https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(09\)70266-2/abstract](https://www.thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(09)70266-2/abstract)
- Langhorne P, Bernhardt J ve Kwakkel G. (2011). Stroke rehabilitation. *The Lancet*, 377(9778), 1693-1702. Erişim Adresi: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60325-5/abstract](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60325-5/abstract)
- Lobo E H, Frölich A, Abdelrazek M, Rasmussen L J, Grundy J, Livingston P M, ...Kensing F. (2023). Information, involvement, self-care and support—The needs of caregivers of people with stroke: A grounded theory approach. *PLoS ONE*, 18(1), e0281198. DOI.org/10.1371/journal.pone.0281198.
- Lu Q, Mårtensson J, Zhao Y ve Johansson L. (2022). Needs of family members caring for stroke survivors in china: A deductive qualitative content analysis study by using the caregiver task inventory-25. *BMC Geriatrics*, 22, 96. DOI.org/10.1186/s12877-022-02774-5.
- Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, ...Task Force Members (2013). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *Journal of Hypertension*, 31(7), 1281-1357. DOI.org/10.1097/01.hjh.0000431740.32696.cc
- Mandowara B, Patel A N, Amin A A, Phatak A ve Desai S. (2020). Burden faced by caregivers of stroke patients who attend rural-based medical teaching hospital in Western India. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 23(1), 38-43. DOI: 10.4103/aian.AIAN_406_18.
- McCurley J L, Funes C J, Zale E L, Lin A, Jacobo M, Jacobs J M, ...Vranceanu A M. (2019). Preventing chronic emotional distress in stroke survivors and their informal caregivers. *Neurocritical Care*, 30(3), 581–589. DOI:10.1007/s12028-018-0641-6.
- Meschia J F, Bushnell C, Boden-Albala B, Braun L T, Bravata D M, Chaturvedi S, ... Wilson J A. (2014). Guidelines for the primary prevention of stroke. A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 45(12), 3754-3832. DOI: 10.1161/STR.0000000000000046.
- Mollaoğlu M, Özkan Tuncay F ve Kars Fertelli T. (2011). İnmeli hasta bakım vericilerinde bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3), 125-130. Erişim Adresi: https://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/20.500.12397/4595/125-130_mollaoğlu.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Montaño A, Hanley D F ve Hemphill J C. (2021). *Hemorrhagic stroke. Handb Clin Neurol*, 176, 229-248. DOI.org/10.1016/B978-0-444-64034-5.00019-5.
- Montgomery J R J, Gonyea J G ve Hooyman N R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *The Family and Health Care*, 34, 19-26. DOI.org/10.2307/583753.
- Moosa A, Osama D, Alnidawi F, Algillidary S, Hussein A ve Das P. (2023). Risk factors, incidence, and outcome of stroke: a retrospective cross-sectional hospital-based study comparing young adults and elderly. *Cureus*, 15(6), e40614. DOI: 10.7759/cureus.40614.
- Mou H, Lam S K K ve Chien W T. (2023). The effects of a family-focused dyadic psychoeducational intervention for stroke survivors and their family caregivers: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 143, 104504. DOI.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104504.
- Muğla Büyükşehir Belediyesi. (2017, Ocak 6). Evde Bakım Hizmetleri Yönergesi. Erişim Adresi: <https://www.mugla.bel.tr/mevzuat> Erişim tarihi: 25.07.2024.
- Nadirova A, Sorgun M H, Bahşi R ve Togay Işıkay C. (2021). Akut iskemik inme öncesinde görülen fokal ve non-fokal nörolojik belirtiler. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 27(2), 145-152. DOI: 10.5505/tbdhd.2021.26928.
- Na'imah S, Effendy C ve Supriyati S. (2023). Burden of family caregiver in caring for stroke patients: A mixed method research. *Jurnal Keperawatan Respati Yogyakarta*, 10(1), 17-23. DOI.org/10.35842/jkry.v10i01.721.
- National Clinical Guideline for Stroke. (2023). Care after stroke or transient ischaemic attack What, when, and why? Erişim Adresi: <https://www.strokeguideline.org/app/uploads/2023/04/Stroke-Guideline-Plain-Language-Summary-print-ready.pdf> Erişim tarihi: 08.07.2024.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2008). Stroke: National clinical guideline for diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischaemic attack (TIA). Erişim Adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53295/> Erişim tarihi: 19.09.2024.
- Ogunlana M O, Dada O O, Oyewo O S, Odole A C ve Ogunsan M O. (2014). Quality of life and burden of informal caregivers of stroke survivors. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 32(1), 6-12. DOI.org/10.1016/j.hkpj.2013.11.003.
- Olgun Yazar H, Yazar T, Yancar Demir E ve Enginyurt Ö. (2017). Kronik nörolojik hastalıklarda bakım veren yükü ve etkileyen faktörler. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 9(5), 27-32. Erişim Adresi: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/763658>

- Ödemiş H. (2018). *İnmeli hastaların primer bakım vericilerinin bakım yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla. Türkiye.
- Öğür Z, Gözüm S, Taş E, Yalçındağ N, Alpak M ve Hayran O. (2019). Evde sağlık hizmeti alan bağımlı hastalara bakım veren aile üyelerine verilen eğitimin hastalara ve bakım verenlere etkisi: Randomize kontrollü bir çalışma. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(3), 318-334. DOI.org/10.21763/tjfmpe.446108.
- Özcan S. (2023). *İnme geçirmiş bireylere bakım veren aile üyelerinin bakım yükü, duygu ve algılarının incelenmesi: Karma yöntem araştırması* (Yayınlanmamış Doktora Tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum. Türkiye.
- Özel T. (2021). İskemik inmede etiyoloji, patofizyoloji ve klinik değerlendirme. *Türk Radyoloji Seminerleri*, 9, 189-203. Erişim Adresi: <https://turkradyolojiseminerleri.org/pdf/2c83d69a-dc5a-476c-9385-2d943ca48693/articles/trs.2021.2021-20-25/Trd%20Sem-9-189.pdf>
- Özgüncü C ve Eren F. (2022). Akut inmede risk faktörleri ve yönetimi. *Sağlık Bilimleri Alanında Uluslararası Araştırmalar VIII*, 7. Erişim Adresi: https://books.google.com.tr/books?id=eYibEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Özkan B. (2019). *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi acil servisine başvuran yeni tanı inme hastalarında başvuru süresini etkileyen faktörlerin hasta yönetimi üzerine etkisinin araştırılması* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Eskişehir. Türkiye.
- Öztürk M ve Gözübatık Çelik R B. (2020). Serebrovasküler hastalıklarda erken dönem prognoz ve değiştirilebilir risk faktörlerinin 27 yıl öncesi ile kıyaslanması. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 199-202. DOI.org/10.30934/kusbed.735783.
- Özütürker S ve Özütürker M. (2023). Yaşlısına bakım veren aile bireylerinin karşılaştıkları sorunlar. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi*, 16(2), 78-86. DOI.org/10.46414/yasad.1395502.
- Park Y, Yu S J ve Song M. (1999). Caregiver burden of families with stroke patients and their needs for support group intervention. *Journal of Korean Academy of Adult Nursing*, 11, 119-134. Erişim Adresi: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/wpr-56330>
- Pınar Bölüktaş R, Özer Z ve Yıldırım D. (2019). Web tabanlı eğitimin sağlık alanında kullanılabilirliği. *Uluslararası Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 6(11), 197-207. Erişim Adresi: <https://openaccess.izu.edu.tr/xmlui/handle/20.500.12436/1715>

- Pont W, Groeneveld I, Arwert H, Meesters J, Mishre R R, Vliet Vlieland T, ...SCORE-Study Group. (2020). Caregiver burden after stroke: changes over time? *Disability and Rehabilitation*, 42(3), 360-367. DOI.org/10.1080/09638288.2018.1499047.
- Putri T A R K, Ramadita W, Supriatin E ve Hayati S N. (2022). Psychoeducational intervention for family caregiver burden in stroke patients care. *Risenoloji*, 21-25. DOI: 10.47028/j.risenoloji.2022.71a.327.
- Qiu X, Sit J W ve Koo F K. (2018). The influence of Chinese culture on family caregivers of stroke survivors: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), e309-e319. DOI.org/10.1111/jocn.13947.
- Quinn E B, LeLaurin J H, Eliazar-Macke N D, Orozco T, Montague M, Freytes I M ve Uphold C R. (2023). Effect of a telephone and web based problem-solving intervention for stroke caregivers on stroke patient activities of daily living: A randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 37(8), 1062–1073. DOI: 10.1177/02692155231157301.
- Rawandi A. (2018). *İskemik inme hastalarında nadir nedenler; Ankara tıp deneyimi* (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara. Türkiye.
- Resmi Gazete. (2005). Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik. Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/03/20050310-5.htm> Erişim tarihi: 02.05.2024.
- Resmi Gazete. (2023). Evde sağlık hizmeti sunumu hakkında yönetmelik. Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2023/06/20230602-1.htm> Erişim tarihi: 03.05.2024.
- Riffin C, Van Ness P H, Wolff J L ve Fried T. (2019). Multifactorial examination of caregiver burden in a national sample of family and unpaid caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(2), 277-283. DOI.org/10.1111/jgs.15664.
- Ritsma B R, Gariscsak P J, Vyas A, Chan-Nguyen S ve Appireddy R. (2023). The virtual family conference in stroke rehabilitation: Education, preparation, and transition planning. *Clinical Rehabilitation*, 37(8), 1099–1110. DOI.org/10.1177/02692155 221146448.
- Rumiati R, Kariasa I M ve Waluyo A. (2021). The effectiveness of post-stroke patient care education intervention in stroke caregivers: A literature review. *Indonesian Journal of Nursing Practices*, 5(2), 67-75. DOI: 10.18196/ijnp.v5i1.11437.
- Sacco R L, Kasner S E, Broderick J P, Caplan L R, Connors J J, Culebras A, ...Vinters H V. (2013). An updated definition of stroke for the 21st century: A statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 44(7), 2064-2089. DOI.org/10.1161/STR.0b013e318296aeca.

- Sánchez-Huamash C M ve Cárcamo-Cavagnaro C. (2021). Videos to improve the skills and knowledge of stroke patients' caregivers. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 38(1), 41-48. DOI.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6130.
- Schatell D. (2013). Web-based kidney education: Supporting patient self-management. *Seminars in Dialysis*, 26(2), 154-158. DOI: 10.1111/sdi.12057.
- Sutin U, Paluangrit S, Dangkrajang S, Sutthinarakorn W ve Prasert V. (2022). Problems and needs when caring for stroke patient at homes. *International Journal of Public Health Science*, 11(2), 695-705. DOI: 10.11591/ijphs.v11i2.21013.
- Şahin Onat Ş ve Erkin G. (2008). İnmede risk faktörleri. *Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi*, 1, 30-37. Erişim Adresi: https://www.jpmsr.org/uploads/pdf_PMJ_299.pdf
- Şirzai H, Delialioğlu S Ü, Sarı İ F ve Özel S. (2015). İnme ve bakım verme yükü. *FTR Bil Der*, 18(3), 162-169. Erişim Adresi: <https://research.ebsco.com/c/vzjnii/viewer/pdf/o4ky4lkydn>
- T.C. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (t.y.). Yaşlı hizmet merkezlerinde sunulacak gündüzlü bakım ile evde bakım hizmetleri hakkında yönetmelik. <https://www.aile.gov.tr/eyhgm/mevzuat/ulusal-mevzuat/yonetmelikler/yasli-hizmet-merkezlerinde-sunulacak-gunduzlu-bakim-ile-evde-bakim-hizmetleri-hakkinda-yonetmelik/> Erişim tarihi: 25.07.2024.
- T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2013). Bakım hizmeti uygulama rehberi. Erişim Adresi: <https://www.aile.gov.tr/media/5844/bakim-hizmeti-uygulama-rehberi.pdf> Erişim tarihi: 14.08.2024.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2021, Ekim 15). İnme vakaları için 112'de yeni uygulama. Erişim Adresi: <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-62020/inme-vakalari-icin-112de-yeni-uygulama.html> Erişim tarihi: 14.08.2024.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). İnme. Erişim Adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Bilgi_Notlari/Inme_Bilgi_Notu.21.06.2019.docx Erişim tarihi: 18.08.2024.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2020). Akut iskemik inme tanı ve tedavi rehberi. Erişim Adresi: <https://ekutuphane.saglik.gov.tr/Yayin/566> Erişim tarihi: 20.07.2024.
- Thijs V, Grittner U, Dichgans M, Enzinger C, Fazekas F, Giese A K, ...Röls A. (2015). Family history in young patients with stroke. *Stroke*, 46(7), 1975-1978. DOI.org/10.1161/STROKEAHA.115.009341.

- Tiwari S, Joshi A, Rai N ve Satpathy P. (2021). Impact of stroke on quality of life of stroke survivors and their caregivers: A qualitative study from India. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 12(04), 680-688. DOI: 10.1055/s-0041-1735323.
- Toğluk Yiğitoğlu E ve Şendir M. (2021). Mobile application in stoma care education: STOMA-M. *Journal of Education and Research in Nursing*, 18(2), 270–275. DOI: 10.5152/jern.2021.85688.
- Topçu S ve Oğuz S. (2017). İnme sonrası öz etkililik ve yaşam kalitesi. *Journal of Human Sciences*, 14(2), 1388-1396. DOI.org/10.14687/jhs.v14i2.4503.
- Topçuoğlu M A, Tülek Z, Boyraz S, Özdemir A Ö, Özakgöl A, Güler A, ...Küçükgüçlü Ö. (2020). İnme hemşireliği: Standartlar ve pratik uygulamalar kılavuzu. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 26(1), 1-90. DOI: 10.5505/tbbdhd.2020.41713.
- Topçuoğlu M A, Utku U, İnce F B, Özdemir A Ö, Baş D F, Kutluk M K ve Uzuner N. (2015). İnme ünitesinde genel inme tedavisi damar hastalıkları derneği inme tanı ve tedavi kılavuzu-2015. *Türk Beyin Damar Hastalıkları Dergisi*, 21(2), 89-92. DOI: 10.5505/tbdhd.2015.39358.
- Tuncel S. (2023). *İnmeli hastaya bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü ve konfor düzeylerinin belirlenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir. Türkiye.
- Türk Beyin Damar Hastalıkları Derneği. (2015). İnme tanı ve tedavi kılavuzu. Erişim Adresi: <https://bdhd.org.tr/files/Kilavuzlar/e14525df-c46d-42f5-9de1-975e4de2acb0.pdf> Erişim tarihi: 29.03.2023.
- Türk Geriatri Dergisi. (2006). Erişim Adresi: <https://geriatri.dergisi.org/text.php?&id=310> Erişim tarihi: 25.07.2024.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2021). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2021-45715> Erişim tarihi: 25.04.2024.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2023a). İstatistiklerle yaşlılar, 2023. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2023-53710> Erişim tarihi: 06.07.2024.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2023b). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2023-53709> Erişim tarihi: 31.01.2025.

- Türk Nöroloji Derneği. (2014). İnme. Erişim Adresi: www.noroloji.org.tr Erişim tarihi: 08.07.2024.
- Uluturhan C. (2023). *İnmeli hastaların primer bakım vericilerinin bakım verme yükü ve depresyon düzeyinin ilişkisi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi, Denizli. Türkiye.
- Uslu M. (2019). *İnmeli hasta yakınlarına verilen eğitimin bakım vermeye hazır oluşluğa etkisinin incelenmesi* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Okan Üniversitesi, İstanbul. Türkiye.
- Vielvoye M, Nanninga C S, Achterberg W P ve Caljouw M A A. (2023). Informal caregiver stroke program in geriatric rehabilitation of stroke patients: A qualitative study. *Journal of Clinical Medicine*, 12(9), 3085. DOI.org/10.3390/jcm12093085.
- Wan E S, Kantorowski A, Homsy D, Teylan M, Kadri R, Richardson C R, ...Moy M L. (2017). Promoting physical activity in COPD: Insights from a randomized trial of a web-based intervention and pedometer use. *Respiratory Medicine*, 130, 102-110. DOI: 10.1016/j.rmed.2017.07.057.
- Wang Q Q, Zhao J, Huo X R, Wu L, Yang L F, Li J Y ve Wang J. (2018). Effects of a home care mobile app on the outcomes of discharged patients with a stoma: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3592–3602. DOI.org/10.1111/jocn.14515.
- Warlow C P, Dennis M S, Van Gijn J, Hankey G ve Barnett H J M. (2001). *Stroke- A practical guide to management* (2nd ed.). London: Blackwell Publishing.
- World Health Organization (WHO). (2005). Avoiding heart attacks and strokes. Erişim Adresi: <https://world-heart-federation.org/wp-content/uploads/2005/04/publications-avoiding-english.pdf> Erişim tarihi: 08.07.2024.
- World Health Organization (WHO). (2006). STEPS stroke manual: The WHO stepwise approach to stroke surveillance. Geneva, last updated on 27 January 2006. Erişim Adresi: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43420/9241594047_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y Erişim tarihi: 17.07.2024.
- World Health Organization (WHO). (2012). Guidelines for management of stroke. Erişim Adresi: https://extranet.who.int/ncdccs/Data/MNG_D1_1.%20Clinical%20guideline%20of%20Acute%20Stroke%20.pdf Erişim tarihi: 22.07.2024.
- World Health Organization (WHO). (2015). The growing need for home health care for the elderly: Home health care for the elderly as an integral part of primary health care services. Erişim Adresi: https://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2015_EN_1901.pdf Erişim tarihi: 18.06.2024.

- World Health Organization (WHO). (2024). Stroke, cerebrovascular accident. Erişim Adresi: <https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html> Erişim tarihi: 25.05.2024.
- Worldometer. (2022). Population statistics Turkey, Erişim Adresi: <https://www.worldometers.info/world-population/turkey-population/> Erişim tarihi: 15.08.2024.
- World Population Ageing 2019. (2020). United Nations Department of Economic and Social Affairs. Erişim Adresi: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf> Erişim tarihi: 22.08.2024.
- Wranker L S, Elmståhl S ve Cecilia F. (2021). The health of older family caregivers - a 6-year follow-up. *Journal of Gerontological Social Work*, 64(2), 190-207. DOI.org/10.1080/01634372.2020.1843098.
- Yalçın S, Arpa Y, Cengiz A ve Doğan S. (2015). Hemşirelerin hastaların taburculuk eğitim gereksinimlerine yönelik görüşleri ile hastaların eğitim gereksinimlerine yönelik görüşlerinin karşılaştırılması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 12(3), 204-209. DOI:10.5222/HEAD.2015.204.
- Yıldırım S, Engin E ve Başkaya V A. (2013). İnnmeli hastalara bakım verenlerin yükü ve yükü etkileyen faktörler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50(2), 169-174. DOI: 10.4274/npa.y6505.
- Yıldırım S, Yalçiner N ve Güler C. (2017). Kronik ruhsal hastalıklarda bakımveren yükü: Sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(3), 165–171. DOI: 10.14744/phd.2017.60783.
- Yücel K ve Eren F. (2021). İskemik inme hastalarında kan lipid parametreleri ve intraserebral hemoraji gelişimi arasındaki ilişki. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 297-304. DOI.org/10.34087/cbusbed.819759.
- Zarit S H, Reeve K E ve Bach-Peterson J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20, 649-655. DOI.org/10.1093/geront/20.6.649.
- Zarit S H ve Zarit J M. (1990). The memory and behavior problems checklist and the Burden Interview. University Park, PA: Pennsylvania State University Gerontology Center. Erişim adresi: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1533463>
- Zhai S, Chu F, Tan M, Chi N C, Ward T ve Yuwen W. (2023). Digital health interventions to support family caregivers: An updated systematic review. *Digital Health*, 9, 1-50. DOI: 10.1177/20552076231171967.

Zhu W ve Jiang Y. (2018). A meta-analytic study of predictors for informal caregiver burden in patients with stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 27(12), 3636-3646. DOI.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.08.037.

Zhu W ve Jiang Y. (2019). Determinants of caregiver burden of patients with haemorrhagic stroke in China. *International Journal of Nursing Practice*, 25(2), e12719. DOI.org/10.1111/ijn.12719.



EKLER

Ek 1: ETİK KURUL ONAYI

MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ TIP VE SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURULU - 1 (TIP) KARARI

Protokol No : 220075

Karar No : 63

Araştırma Yürütücüsü	Öğretim Görevlisi REZZAN ÇAKMAK
Kurumu / Birimi	MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ / YAŞLI BAKIMI
Araştırmanın Başlığı	Evde sağlık birimine kayıtlı 65 yaş ve üzeri inme tanılı bağımlı bireylerin bakım vericilerine verilen bakıma yönelik eğitimin bakım vericilerin bilgi düzeylerine ve bakım verici yüküne etkisi
Başvuru Formunun Etik Kurula Geldiği Tarih	07.07.2022
Başvuru Formunun Etik Kurulda İncelendiği Tarih	19.07.2022
Karar Tarihi	20.08.2022

KARAR : UYGUNDUR

AÇIKLAMA :Beyan edilen veri formlarının dışına çıkılmaması şartıyla araştırmanın uygulanabilirliği konusunda bilimsel araştırmalar etiği açısından bir sakınca yoktur.

Prof.Dr. Haşim OLGUN
Başkan

Doç.Dr. Cem ŞAHİN
Üye

Prof. Dr. Müesser ÖZCAN
Üye
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kuruluna Yönergesinin Madde-8/6-b bendine göre değerlendirilmede yer almamıştır.

Doç.Dr. Suzan DEMİR PEKTAŞ
Üye

Doç.Dr. Emine Tuğba ALATAŞ
Üye

Doç.Dr. Ozan GÖKDOĞAN
Üye

Doç.Dr. Hasan DELİKTAŞ
Üye

Ek 2: KURUM İZİN ONAYI



T.C.
MUĞLA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

MUĞLA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - MUĞLA SAĞLIK
HİZMETLERİ BİRLİĞİ
15.10.2022 10:11 - 5.15.000000 - 903.03.02.02



00177912307

Sayı : E-15682851-903.03.02.02
Konu : Rezzan ÇAKMAK'ın Bilimsel Çalışması hk.

Sayın Rezzan ÇAKMAK
Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Kemeraltı Mahallesi Ulusal Egemenlik Caddesi No:11
Marmaris / MUĞLA

İlgi : MSKÜ Rektörlüğü Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 25/10/2022 tarihli ve 34271092-E-28677689-302.08-496870 sayılı yazısı.

İlgi yazı ve ekleri Muğla İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Çalışma Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenmiştir. " Evde Sağlık Birimine Kayıtlı 65 Yaş ve Üzeri İnme Tanılı Bağımlı Bireylerin Bakım Vericilerine Verilen Bakıma Yönelik Eğitimin Bakım Bakım Vericilerin Bilgi Düzeyine ve Bakım Verici Yüküne Etkisi" adlı doktora tez çalışmanız uygun bulunmuştur.

Ayrıca yapılan çalışmanın, araştırmacı tarafından kitapçık halinde Müdürlüğümüze teslim edilmesi ve çalışmaya ait bilgilerin yayınlanma talebine ilişkin Müdürlüğümüzden izin alınması hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Dr. Ali Burak MÜLAYİM
İl Sağlık Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile onaylanmıştır.
Belge Doğrulama Kodu: e-708a1-7a34-483d-8c9b-43c0b4b39d77 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-efya>

Ek 2.1. ÖLÇEK İZİN ONAYI



FADİME HATİCE İNCİ

7.10 (Cum) , 14:32

Rezzan ÇAKMAK ✕



BAKIM VERME YÜKÜ ÖL...

36 KB

İndir

Sayın Çakmak,

Geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını yaptığımız "Bakım Verme Yüğü Ölçeği'ni" kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti. teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

kaynak olarak aşağıdaki makaleyi gösterebilirsiniz.

İnci F.H. , & Erdem M. (2008). Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11(4): 85-95

Dr. Öğr. Üyesi Fadime Hatice İNCİ Dr. Öğr. Üyesi Müyesser ERDEM

Ek 3: FORMLAR (VERİ / KAYIT FORMLARI / ANKET FORMLARI / vb.)**Ek 3.1. BAKIM VERİCİYİ TANIMLAMA FORMU**

1. Yaşı?.....

2. Cinsiyeti

a) Kadın b) Erkek

3. Öğrenim durumu?

a) Okur Yazar

b) İlkokul

c) Ortaokul

d) Lise

e) Üniversite

f) Diğer:.....

4. Medeni durumu

a) Evli

b) Bekar

5. Çocuk sayısı

a) Yok

c) 1-2

d) 3 ve üstü

6. Çalışma durumu

a) Çalışıyor

b) Çalışmıyor

7. Gelir düzeyi

a) İyi

b) Orta

c) Kötü

8. Herhangi bir hastalığınız veya sağlık probleminiz var mı?

- a) Evet.....
- b) Hayır

9. Bakmakla yükümlü olduğunuz başka bir birey var mı?

- a) Var.....
- b) Yok

10. Bakım verdiğiniz bireye yakınlık dereceniz?

- a) Eşi
- b) Çocuğu (Kızı / Oğlu)
- c) Gelini/Damadı
- d) Torunu
- e) Akrabası
- f) Arkadaşı
- g) Diğer.....

11. Bakım verdiğiniz bireyle aynı evde mi kalıyorsunuz?

- a) Evet
- b) Hayır

12. Bakım verdiğiniz bireye ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?

13. Bakım verdiğiniz bireye ne kadar süreli bakım veriyorsunuz? (günde kaç saat vb.)

14. Bakım verdiğiniz bireyin bakımını üstlenen başka biri daha var mı?

Size yardım eden biri var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

15. Bakım verdiğiniz bireyin bakımı ile ilgili eğitim aldınız mı?

- a) Evet
- b) Hayır

Ek 3.2. ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

	Hiçbir zaman 0	Nadiren 1	Bazen 2	Oldukça sık 3	Hemen her zaman 4
1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
2. Yakınına harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
3. Yakınına bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?					
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?					
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?					
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?					
7. Geleceğin yakınına getirebileceklerinden korkuyor musunuz?					
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?					
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?					
12. Yakınına bakmanın sosyal yaşamınızı					

etkilediğini düşünüyor musunuz?					
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?					
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?					
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?					
16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?					
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?					
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?					
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?					
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz için en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?					
22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?	0 Hiç	1 Biraz	2 Orta	3 Oldukça	4 Aşırı

Ek 3.3. BAKIM VERİCİ BİLGİ DÜZEYİ DEĞERLENDİRME FORMU

1. Kısmi felçli bireyde kıyafet değişimi yapılırken kıyafeti hangi taraftan başlanarak çıkarılmalıdır?

- a) Sağlam olan taraftan
- b) Felçli olan taraftan

2. Bireyin banyosu taburede oturtularak yaptırılacaksa taburenin üzerine havlu gibi bir malzeme yerleştirilmeli midir?

- a) Evet
- b) Hayır

3. Bireyi yıkama sırasında baş yıkanırken saçlı deriye masaj yapılmalı mıdır?

- a) Evet
- b) Hayır

4. Bireyin kişisel hijyenini sağlarken yapabileceği uygulamalar varsa bireyin bu fonksiyonları desteklenmeli midir yoksa bakım vericinin tüm hijyen uygulamalarını yapması bakım verilen birey açısından daha mı iyidir?

- a) Bakım verilen bireyin yapabileceği uygulamalar desteklenmelidir.
- b) Bakım vericinin yapması bireyin sağlığı açısından daha iyidir.

5. Banyo sonrası hastanın vücudu tamponlama şeklinde mi yoksa havluyu cilde sürterek kurutma şeklinde mi kurulanmalıdır?

- a) Tamponlama şeklinde kurutma
- b) Sürterek kurutma

6. Hasta banyo yapma esnasında sudan korkacak olursa yıkamaya nereden başlanmalıdır?

- a) Kafasına yavaş yavaş su dökerek
- b) Ayaklarına yavaş yavaş su dökerek
- c) Göğüs ve sırt bölgesine yavaş yavaş su dökerek

7. Hastaya banyo yaptırma esnasında aşağıdakilerden hangisi dikkat edilecekler açısından yanlış bir uygulamadır?

- a) Banyo zemininin kaygan olmamasına dikkat edilmelidir.
- b) Banyo sonrası bireyin vücudu kurulandıktan sonra o havluyla yüzü ve saçları da kurulanmalıdır.
- c) Bireyin vücudunda kızarıklık, döküntü gibi renk değişikliğinin olup olmadığı kontrol edilmelidir.
- d) Banyo sonrası kurulandıktan sonra bireyin cildinin kurumasını önlemek için gerekirse tüm vücudu nemlendiriciyle nemlendirilmelidir.

8. El ve ayak tırnakları nasıl kesilmelidir?

- a) El tırnakları yuvarlak, ayak tırnakları düz
- b) El ve ayak tırnakları düz
- c) El tırnakları düz, ayak tırnakları yuvarlak
- d) El ve ayak tırnakları yuvarlak

9. Aşağıdakilerden hangisi ağız hijyeni sağlarken yapılması gerekenler açısından yanlıştır?

- a) Diş temizliğinde kullanılacak fırçaların sapı elde rahat tutulabilecek biçimde olmalı, fırça ağız içinde bütün alanlara rahatça ulaşabilmeli.
- b) Protezler (takma dişler) her yemekten sonra ve gece yatmadan önce çıkartılarak temizlenmelidir.
- c) Diş fırçasının kılları, diş yüzeylerini ve diş aralarındaki artıkları daha iyi temizleyeceği için sert olmalıdır.
- d) Dişler günde en az iki kez 2 şer dakika süreyle fırçalanmalıdır.

10. Ayak bakımı ile ilgili yapılması gerekenler açısından aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Ayakların topukları yatak yarası belirtileri yönünden gözlemlenmelidir.
- b) Ayaklar yıkandıktan sonra ayak parmak aralarının özellikle iyice kurulanması gerekir.
- c) Ayak tırnakları düzenli aralıklarla düz bir şekilde kesilmelidir.
- d) Ayaklarda cilt kuruluğu varsa ayak parmak araları da dahil olmak üzere tüm ayak nemlendirici krem sürülerek nemlendirilmelidir.

11. Genital bölgenin temizliği ile ilgili aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Genital bölgenin temizliği arkadan (makattan) öne doğru silme şeklinde yapılmalı ve bir kez kullanılan ıslak mendille silme işlemine devam edilmemeli, her silme işleminde kirlenen ıslak mendil atılmalı ve yeni bir ıslak mendille işleme devam edilmelidir.
- b) İç çamaşırlar pamuklu malzemeden yapılmış olmalıdır.
- c) Genital bölgenin temizliği önden arkaya (makata) doğru yapılmalıdır.
- d) İdrarın asidik olması idrar kaçırmayı olan hasta/yaşlılarda ciltte tahriş edici etki göstermesi açısından genital bölgenin temizliğine dikkat edilmelidir.

12. Aşağıdakilerden hangisi bireye yatak içerisinde pozisyon verirken yapılması gerekenler açısından yanlıştır?

- a) Hastanın yatak tarafındaki kolunun vücudunun altında kalmamasına dikkat edilmeli.
- b) Yatağa bağımlı olan bireylerin yatak içindeki pozisyonu, yatak yaralarının oluşumunu engellemek için 3-4 saatte bir değiştirilmelidir.
- c) Yatağa bağımlı bireylerin yatak çarşaflarının kırışiksız olması yatak yaralarının (bası yaralarının) önlenmesi için önemlidir.
- d) Yatağa bağımlı olan bireylere yatak içinde sırt üstü yatış pozisyonu verilirken ayak topukları biraz yüksekte kalacak şekilde bilekten desteklenmelidir.

13. Yaşlı bireyin kıyafet seçiminde dikkat edilecek hususlar açısından aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Kıyafetler kolay giydirilip çıkarılabilen biçimde olmalı
- b) Kıyafet düğmeli ise düğme sayısı azaltılıp yerine yapışkan şeritler tercih edilmeli
- c) Kıyafetlerin sentetik kumaştan yapılmış olmasına dikkat edilmeli
- d) Kıyafetler vücuda tam oturmamalı, bol olmalı

14. Aşağıdakilerden hangisi hasta bireyi beslerken dikkat edilmesi gerekenler açısından yanlıştır?

- a) Yemek sonrası bireyde yiyeceklerin solunum yoluna kaçma riski varsa bireye yaklaşık 30 dakika baş yüksekte pozisyon verilmelidir.
- b) Bireyin katı yiyecek sonrası kolay yutması için sıvı içecek verilir.
- c) Yutma sorunu olmayan bireylerde sıvılar kaşıkla dil üzerinden akıtılarak verilir.
- d) Eğer birey alabiliyorsa gıdalar daha iri lokmalar şeklinde verilebilir ve lokmalar çok beklemeden seri halde yedirilmelidir.

15. Yatağa bağımlı bireye yatak içinde pozisyon verirken dikkat edilecekler açısından aşağıdakilerden hangisi yanlıştır?

- a) Beslenme esnasında bireye dik oturur pozisyon verilmemeli, baş yana çevrilmiş yan yatış pozisyonu verilmelidir.
- b) Bireye yatak içinde yan yatış pozisyonu verildiğinde sırtı ve beli yastıklarla desteklenmelidir.
- c) Birey uzun süre dik oturur pozisyonda oturtulmamalıdır.
- d) Hastaya/yaşlı bireye pozisyon verme; çevirme, kaldırma, yürütmesine yardım etme gibi uygulamalar sırasında bakım verici zarar görmemek için doğru vücut mekanikleri (eklemlerin ve kasların doğru kullanılması) kullanılmalıdır.

Aşağıdaki sorular Doğru veya Yanlış şeklinde cevaplanacaktır. Doğru olduğunu düşündüğünüz cümlelerin başına ‘D’, yanlış olduğunu düşündüğünüz cümlelerin başına ‘Y’ yazınız.

- 16. () Yatağa bağımlı yaşlı birey yatakta aynı pozisyonda 4-5 saat yatsa, bu durum yatak yarası oluşumu açısından risk oluşturmaz.
- 17. () Bireye yan yatış pozisyonu verdiğimizde üstte kalan bacağın altına ve üstte kalan kolun altına yastık koymamamız gerekir.
- 18. () Yaşlı bireylerde görme sorunları ve kullanılan ilaçlar yaşlı bireyin beslenmesini olumsuz etkileyebilecek faktörlerdir.
- 19. () Bakım verdiğimiz bireyin ilaçlarını doktora muayeneye her gittiğimizde yanımızda götürmemize gerek yoktur.
- 20. () Yatağa bağımlı bireylerde yatak yarası oluşumunun önlenmesi için; idrar kaçırması olan bireyin genital bölgesinin kuru tutulması önemlidir.

21. () Yıkama işlemi sırasıyla genital bölge, bacaklar, baş, kollar, göğüs ve sırt bölgesi şeklinde olmalıdır.
22. () Kısmi felçli hastada giyinmeye felçli taraftan başlanır.
23. () Birey kısmi felçli ise; yatar pozisyonda iken alt kıyafetler çıkartılacaksa kalçasını bir elimizle kaldırarak diğer elimizle kıyafetini aşağıya doğru sıyırırız.
24. () Bakım verdiğimiz yaşlı bireye doktor herhangi bir nedenle antibiyotik tedavisi başladığında, hastamızın iyileştiğini gözlemlediğimiz zaman antibiyotiği bırakmalıyız.
25. () Bakım verdiğimiz yaşlı bireyin kullandığı/ya da kullanacağı ilaçlarıyla ilgili, kullanım esnasında hastanın durumunda düzelme gözlemlendiğinde ilaç kullanımına ara verebiliriz.

**Ek 3.4. EĞİTİMİN ETKİNLİĞİNİ DEĞERDİRMEK AMACIYLA
HAZIRLANMIŞ YARI YAPILANDIRILMIŞ SORU FORMU**

1. Eğitim etkili miydi?
2. Yüz yüze eğitim sizin için faydalı oldu mu?
3. Eğitim almak sizi daha iyi, bakım için daha yeterli hissettirdi mi?
4. Eğitim videoları, yüz yüze verilen eğitimi pekiştirmek açısından faydalı oldu mu?



Ek 3.5. EĞİTİM İÇERİKLERİ

KİŞİSEL HİJYEN

Bireyin kişisel hijyenini sağlamaya başlamadan önce bireye ne yapılacağı anlatılır ve bireyin yapabileceği uygulamalar varsa bu fonksiyonları desteklenerek katılımı sağlanır.

YÜZ TEMİZLİĞİ VE BAKIMI

Eller yıkanır. Birey oturtulur ve sırtını desteklemek için yastık kullanılır. Eğer birey oturamıyorsa yatar durumdayken baş yana çevrilir. Su geçirmez örtü veya havlu, çevrenin ıslanmaması için hastanın göğüs kısmına nevresimin üzerine örtülür. Temizleme işlemi için kullanılacak bez ıslatılarak suyu sıkıldıktan sonra uzak taraftaki göz kapağı iç tarafından başlayarak dışa doğru silinir, sonra bezin temiz tarafı ile veya başka temiz bir bezle yakın taraf göz kapağı aynı şekilde içten dışa doğru silinir. Sabunlanarak hazırlanmış bez kullanılarak alın başta olmak üzere sırasıyla burun üst kısmı, burun kenarları daha sonra yanaklar ve en son çene silinir, tüm sabunla silinen alanlar temiz bir bez yardımıyla silinerek durulanır ve yüz hafif tampon yapma hareketiyle bir havlu aracılığıyla kurulandır. Gerekli durumda yüze nemlendirici krem veya losyon sürülür.

AĞIZ BAKIMI

Bakım verdiğimiz bireye günde en az iki kez ağız bakımı yapılır. Ağız bakımı yapma sayısı, bireyin ihtiyacı ölçüsünde artabilir.

Eller yıkanır. Birey oturur pozisyona getirilerek sırtı desteklenir. Bireyin göğüs bölgesine nevresimin üzerine su geçirmez örtü veya havlu serilir. Diş fırçası üzerine az miktarda diş macunu konulur. Diş fırçası bireyin ağız içerisinde dişlere eğik bir biçimde tutularak diş eti hizasından ağız boşluğuna doğru dişler fırçalanmaya başlanır. Diş fırçasının kılları ağız içerisinde ve diş etlerinde darbeleri önlemek açısından sert olmamalıdır. Fırçalama esnasında sert hareketlerden kaçınılmalı, dişler yumuşak hareketlerle nazikçe fırçalanmalıdır. Dişlerin ön yüzleri fırçalandıktan sonra arka yüzleri fırçalanır. Dişlerin çiğnemeyi yapan yüzey kısımlarında fırça öne arkaya hareket ettirilerek fırçalama işlemi yapılmalıdır. Daha sonra dil yumuşak hareketlerle

temizlenmelidir. İşlem bittikten sonra ağız içi birkaç kez çalkalanır ve bireyin tükürmesi sağlanır. Diş fırçası yıkanarak temizlenir.

Diş İpi Uygulaması

Eller yıkanır. Birey oturur pozisyona getirilir. Bireyin göğüs bölgesine nevresimin üzerine su geçirmez örtü veya havlu serilir. Bir miktar diş ipinden koparılır. Diş ipinden alınan parça her iki elin orta parmaklarına sarılır ve ipin ortada kalan kısmı işaret parmağı yardımıyla dişlerin arasından yavaş hareketlerle dikkatlice geçirilir. Diş etine zarar verecek uygulamalardan kaçınılmalıdır. Diş ipini uygularken; iki diş arasına geçirilen diş ipi, bir dişin yan yüzünü temizlemek için o dişin yan yüzeyine yapışık bir şekilde aşağıya bir hareket yaparken, yukarıya doğru çıkarılan diş ipi yanındaki dişin yan yüzeyine yanaştırılarak diş arasından çıkarılır. Böylelikle diş aralarının her iki dişe bakan yüzeyleri de temizlenmiş olur. Diş ipi ile öncelikle üst çenedeki diş araları daha sonra alt çenedeki diş araları temizlenir. Temizleme sonrasında bireyin ağzını çalkalaması ve kurulaması sağlanır. Bireyin dudakları kuru ise nemlendirici sürülür. Birey yapabiliyorsa kendi ağız bakımını yapması için cesaretlendirilmelidir.

Protez (Takma) Dişlerin Bakımı

Eller yıkanır, eldiven giyilir. Birey çıkarabiliyorsa protezini kendisinin çıkarması istenir. Yapamıyorsa bir bez yardımıyla protez dişler çıkarılır ve su dolu bir kabın içerisine konur. Protez dişlerin fırça yardımıyla temizliği sağlanır ve su ile durulama yapılır. Birey oturur pozisyona getirilerek çenesinin altından göğüs bölgesi üzerine su geçirmez örtü veya havlu serilir. Bireyin dili, damağı ve diş etleri sert olmayan bir diş fırçası ile temizlenir. Ağız içerisinde bireyin kendi dişleri de mevcutsa onlar da temizlenir. Bireyin ağız içi su ile çalkalatılır ve ağzını kuruluması sağlanır. Bireyin protezleri önce üst sonra alt olmak üzere tekrar ağız içine yerleştirilir. Birey o esnada protezlerini takmak istemiyorsa dişler ılık su bulunan bir kap içinde tutulur.

Bilinci Yerinde Olmayan Bireyin Ağız Bakımı

Bilinci yerinde olmayan bireylere genellikle 2-4 saat aralıklarla ağız bakımı yapılmaktadır. Ağız bakımı amacıyla ağız bakım kitleri kullanılabileceği gibi serum fizyolojik ile ıslatılmış etrafına spanç sarılmış abeslang (dil basacağı) da kullanılabilir.

Eller yıkanır. Eldiven giyilir. Bireye yan yatış pozisyonu verilir. Bakım kiti ile ağız bakımı yapılırken küçük bir kap içerisine temizleme solüsyonu konulur ve ucunda sünger olan çubuklar solüsyonda ıslatılır. Bireyin ağzı hafifçe alt çeneye bastırılarak açılır ve ağız içinin tüm bölümleri süngerli çubuklar ile temizlenir. Bakım yapılırken bir çubuk ağızdan çıkarıldıktan sonra tekrar solüsyona batırılmamalı, işleme devam etmek için başka bir temiz çubuk solüsyonla ıslatılarak kullanılmalıdır. Ağız bakımı için dil basacağı kullanılacaksa etrafına spanç sarılıp serum fizyolojik ile ıslatılmalıdır. Dil basacağının her iki yüzeyi de sadece bir bölüm için kullanılmalı, daha sonra yeni hazırlanmış dil basacağı ile bakım uygulamasına devam edilmelidir. Bireyin ağzında yara olması durumunda sağlık çalışanlarına bilgi verilerek tedavi edilmesi sağlanmalıdır. Önce dişlerin yüzeyleri ve diş etleri temizlenir sonra sırasıyla; damaklar, yanak iç yüzeyleri ve dil temizlenir. Dudaklar nemlendirilir.

BANYO YAPMA

Banyo malzemeleri hazırlanır. Banyo ve hastanın banyodan sonra götürüleceği odanın ısısı ayarlanır. Açık kapı ve pencereler kapatılır. Banyo zemininin kaygan olmamasına dikkat edilmelidir. Bireyin giydiği terliğin tabanının da kaygan olmamasına dikkat edilmelidir. Banyo yapmak için küvet kullanılacaksa içerisindeki suyun sıcaklığı kişinin alışkanlığına göre ve uygun bir ısıda ayarlanır. Birey banyoyu ayakta durarak yapabiliyor ve o şekilde banyo yapmayı tercih ediyorsa banyo kabininin zeminine kaymayı önleyici malzeme yerleştirilir. Bireyin kıyafetlerini çıkarması sağlanır. Kısmi felçli bireyde kıyafeti sağlam olan tarafından başlanarak çıkarılır. İşini kendisi yapabilecek durumda olan bireyin kendisinin yapması sağlanır, yapamayacak durumda ise gerekli yardım yapılmalıdır (Banyonun tüm aşamaları için bu durum geçerlidir.). Bireyin banyosu taburede oturtularak yapılacaksa taburenin üzerine havlu gibi bir malzeme yerleştirilerek bireyin kaymadan oturması sağlanır. Mahremiyetinin korunmasına dikkat edilir. Yıkama işlemi bireyin saçından başlanarak yapılabilir. Saçlar sabun veya şampuan kullanarak yıkanır ve sonrasında durulanır. Yıkama esnasında saçlı deriye hafif bir masaj yapılması kan damarlarına kan akımının artmasını sağlar. Sonra gövde, kollar ve eller sabunlanmış yumuşak bir lifle bastırmadan yıkanır. Birey kilolu ve karın bölgesinde katlar oluşmuşsa bu katların aralarının ve kadınlarda göğüs altlarının da temizlenmesine dikkat edilir. Genital bölge temizlenir. Bacaklar, ayaklar ve ayak parmak araları da yıkanır. Birey banyo yapmayı unutabilir, gerekliliğini kavrayamaz ya da sudan

korkabilir (Alzheimer ve diğer tür Demans hastalıkları gibi). Bu durumda yıkamaya ayaklarına yavaş yavaş su dökerek başlanır. Sonra sırasıyla bacaklar, gövde, kollar ve baş yıkanır. Bireyi kurulamak için yumuşak, önceden ısıtılmış bir vücut havlusu ile vücudu sarılır. Saçı için saç havlusu sarılır. Yüzünü kurulamak amacıyla küçük bir havlu kullanılır. Banyo sonrası bireyin vücudu tamponlama şeklinde kurulanmalıdır. Vücudun hiçbir bölgesi nemli kalmayacak şekilde kurulanır. Kurulamadan sonra nemlendirici sürülebilir. Birey, kendisi banyo yapabilecekse yapması sağlanır fakat bakım verici, birey çağırdığı ve ihtiyaç olduğu zaman kolayca ulaşabileceği bir yerde bulunmalıdır.

BAŞ BANYOSU

Yatak içerisinde baş banyosu yaptırılırken bireyin kafasının altındaki yastık alınır ve yan tarafına konulur. Yastığın üstüne bir havlu serilir. Bireyin kıyafeti düğmeli ise üstten birkaç tanesi açılır. Birey, başı yatağın köşesine denk gelecek şekilde yatağa çapraz sırt üstü yatırılır. Birey için uygunsa yatak başı düz konuma getirilir. Bireyin boyun ve omuzlarının alt kısmına su geçirmeyecek örtü ile havlu veya portatif lavabo yerleştirilir. Portatif lavabo yoksa bir havlu su geçirmez bir malzemeyle rulo yapılarak boyun bölgesine sarılır. Yataktan aşağıya sarkacak şekilde konulan örtünün uçları kovanın içerisine konur. Başka bir kovada bireyin saçlarının yıkanması için hazırlanan suyun sıcaklığı kontrol edilir. Saçların, kulak arkası ve ense bölgesi de dahil her yeri ıslatılır. Saçlar, şampuan ile saç dipleri ovularak yıkanır, saçlı deriye masaj yapılır ve saçlar durulanır. Saçın kirlilik durumuna göre yıkama işlemi tekrarlanır. Daha sonra saçlar durulanır (Saç kremi gerekliyse ve birey tercih ediyorsa kullanılır). Yıkama işleminden sonra bireyin başı, üzerinde havlu bulunan yastığın üzerine alınır, saçları havlu yardımıyla kurulanır ve taranır. Saç kurutma makinesi varsa ve birey tercih ediyorsa kullanılır. Yatak takımları ıslanmış veya kirlenmişse değiştirilir. Bireye uygun pozisyon verilir.

Piyasada, içerisinde özel solüsyon bulunan saç yıkama boneleri mevcuttur. Bu boneler durulama gerektirmeyen ürünlerdir. Bireyin başına saç bonesi gibi geçirilerek ovma işlemi ile bireyin saçlarının temizlenmesi sağlanır. Bu ürünler yıkama şeklinde saç banyosunun yaptırılma imkanının olmadığı durumlarda kullanılabilmektedir.

SAÇ BAKIMI

Bireyin saçları her sabah taranmalıdır. Saçını tarayabilen veya fırçalayabilen bireyler, gerekli malzemeler verilerek bu işlemi kendisinin yapması için cesaretlendirilmelidir.

Bu uygulama yapılırken bireye uygun pozisyon verilir (mümkünse sırtını destekleyerek verilmiş oturur pozisyon). Saçların yatağa dökülmesini önlemek için omuzlarına örtü/havlu yerleştirilir. Saçlar nazıkçe taranır/fırçalanır. Uzun saçlı bireylerde saçlardaki karışıklıkları gidermek amacıyla; saçların kırılmasını, kopmasını, dökülmesini önlemek için saçlar uçlarından başlanarak aşağıya doğru yavaş yavaş taranır ve aşama aşama yukarıya kadar bu şekilde taranarak karışıklıklar giderilir. Saçı uzun olan bireyin tercihi göre saç örülür veya uygun bir şekilde toplanır.

YATAK BANYOSU UYGULAMASI

Yatak banyosu yaptırmak için gerekli malzemeler (sabun, su, iki adet kova, havlu, bireyin vücudunu silmek için bez, su geçirmez örtü) hazırlanır ve bireyin yattığı odaya getirilir. Üşümemesi ve mahremiyetinin korunması için bireyin odasının kapısı kapatılır. Pencere açıksa kapatılır. Odanın ısı ayarlanır. Bu uygulama yapılırken her aşamada bireyin mahremiyetine dikkat edilmelidir. Bireyin idrar ve dışkı gibi boşaltım ihtiyacı varsa giderilir, giysileri çıkartılır ve üzerine bir örtü örtülür. Kullanılacak iki kovadan birinde sabunlu su, diğerinde duru su bulunur. Suların sıcaklığı ayarlanır. Dirsek veya el bileğinin iç tarafıyla suyun sıcaklığı kontrol edilebilir. Bireyin durumuna uygun pozisyon verilir. Saç banyosu gerekli ise yaptırılır. Havlu, bireyin baş ve omuzlarının altını kaplayacak şekilde yerleştirilir. Silme bezi ile önce bireyin yüzü; sırasıyla önce gözleri içten dışa (duru suyla), sonra sabunlu suyla alnı, burnu, yanakları, çenesi, kulakları ve boyun bölgesi silinir, durulama ve kurulama işlemi yapılır. Silme bezi gerektiğinde yıkanır. Birey erkekse gerekiyorsa sakal tıraşı yapılır. Banyo suyu soğuduysa veya kirlendiyse değiştirilir. Bireyin kolunun altına bir havlu yerleştirilir ve kolu bilekten başlanarak koltuk altına doğru hafif şekilde çok bastırmadan sabunlandıktan sonra, durulanır ve kurulanır. Bireyin eli, sabunlu ılık su dolu bir küvet içerisinde biraz yumuşaması için bekletilir ve gerekliyse tırnakları kesilir, sonrasında elleri yıkanır, durulanır ve kurulanır. Bireyin diğer kolu için de aynı işlem tekrarlanır. Bireyin göğüs bölgesi yukarıdan aşağıya doğru hafif hareketlerle sabunlanır, durulanır ve kurulanır.

Kadınlarda ve kilolu bireylerde özellikle göğsünün altı, karın ve kasık bölgesinde deri kıvrımlarının aralarının da temizlenmesine dikkat edilmelidir. Sonrasında karın bölgesi de silinir, durulanır ve kurulanır. Havlu bacak altına serilir. Bacak ayak bileğinden kasığa doğru silinerek temizlenir ve sonrasında durulanıp kurulanır. Ayak temizlenir, tırnaklar kesilir ve ayak kurulanır. Diğer bacak ve ayak için aynı uygulama tekrarlanır. Bireyin sırt bölgesini silmek için durumuna uygun pozisyon (yan ya da yüz üstü) verilir. Sırt, omuzlardan kalçalara doğru uzunlamasına hafif hareketlerle silinir, durulanır ve kurulanır. Bireyin vücudu yatak banyosu sırasında yumuşak havlu ile tamponlama şeklinde çok iyi kurulanmalıdır. Derinin ıslak kalmaması yatak yarası oluşumunu önlemek açısından önemlidir. Gerekirse bireyin sırt bölgesine masaj yapılır. Kovalardaki su, sabunlama bezi ve bakım verici banyo yaptıрма esnasında eldiven kullanıyorsa eldiven de değiştirilir. Bireyin sadece genital bölgesi açıkta kalacak şekilde üzeri örtülür. Birey kendisi yapabiliyorsa genital bölgesini önden arkaya temizlemesi sağlanır. Yapamıyorsa bu işlemi bakım veren kişi yapar. Kalçaların arası ve anal bölge silinir, durulanır ve kurulanır. İşlem bittikten sonra eldiven çıkartılır eller yıkanır. Bireye uygun pozisyon verilir. Gerekli ise cildine nemlendirici sürülür. Eller yıkanır. Bireye temiz çamaşırları ve pijamaları/kıyafetleri giydirilir. Kısmi felçli olan bireylerde kıyafeti giydirme işlemi felçli taraftan başlanarak yapılır. Bireyin saçları taranır. Yatak takımları değiştirilir. Bireyin bilinci açıksa uygulama sırasında etkili iletişim kurulmalıdır.

EL ve AYAK BAKIMI

El ve ayaklar kısa bir süre ılık suda bekletildikten sonra el tırnakları yuvarlak, ayak tırnakları düz bir şekilde kesilmelidir. Tırnakta sertleşme varsa suda bekletildikten sonra kesilmelidir. Tırnak kesiminin ardından eller ve ayaklar yıkanmalı, havluyla tamponlama şeklinde kurulanmalı ve gerekiyorsa bir losyon ile nemlendirilmelidir. Ayak parmak aralarına nemlendirici bir ürün sürülmemelidir. El ve ayak bakımı esnasında ellere ve ayaklara masaj yapılması bireyin rahatlaması için önemlidir.

BİREYİN KIYAFETLERİNİN GİYDİRİLMESİ, ÇIKARTILMASI ve KIYAFET SEÇİMİ

Bireyin terlemesi, kıyafetlerinin kirlenmesi veya banyo yapması gibi nedenlerden sonra kıyafetlerinin değiştirilmesi sırasında; bireylerin mahremiyetine ve vücut mekaniklerine uygun hareket etmeye dikkat edilmelidir. Bireyin durumu uygunsa

kıyafetlerini kendisinin giyip çıkarmasına imkan tanınmalıdır. Kısmen bağımlı bireyler, giysileri giyip çıkarırken kolaylık sağlayacak ufak ve pratik değişikliklerle kendi kendilerine veya biraz yardımla giyinebilirler. Birey tamamen bağımlı ise; kullanılacak giysiler bakım vericinin kolayca giydirip çıkarabileceği şekilde olmalıdır.

Kısmi felçli bireyde kıyafet değişimi yapılırken kıyafet sağlam olan taraftan başlanarak çıkarılır. Yeni giydirilecek kıyafet felçli olan taraftan başlanarak giydirilir. Bireyin üst giysisi rahat giydirip çıkarabilecek şekilde önden düğmeli ya da cırtcırklı olmalı. Pamuklu kumaştan yapılmış olmasına dikkat edilmeli. Kıyafetler vücuda tam oturmamalı, bol olmalı. Ayağa kalkabilen ve yürüyebilen bireyler için kıyafetlerin boyu bireyin ayağına takılacak kadar uzun olmamalıdır.

GENİTAL BÖLGENİN TEMİZLİĞİ (PERİNE HİJYENİ) (KADINLARDA VE ERKEKLERDE)

Eller yıkanır ve tek kullanımlık eldiven giyilir. İki küvet alınır. Küvetlerden birine ılık su konur, diğer küvete ılık sabunlu su hazırlanır. Küvetlere bir miktar spanç/tek kullanımlık temizleme mendili konur. Her silme ve kurulama işleminde ayrı spanç/tek kullanımlık temizleme mendili kullanılır. Malzemeler kolay ulaşılabilecek bir yere konulmalıdır. Bireyin mahremiyeti korunur. Bireyin belden yukarısı örtülür. Bireyin alt taraf giysileri çıkarılır. Birey kalçasını kendisi kaldırabiliyorsa kaldırması istenir, yapamıyorsa kalçası kaldırılır veya hasta sağ veya sol yanına döndürülerek altına su geçirmez örtü/tedavi bezi/tedavi muşambası yerleştirilir. Kadınlarda sırt üstü ve bacakları kıvrık, erkeklerde sırt üstü pozisyon verilir.

Genital bölgenin temizliği her tuvalet gereksinimi sonrasında yapılmalı, temizlik öncesi eller yıkanmalı ve eldiven giyilmelidir. Genital bölgenin temizliği önden arkaya (makat bölgesine) doğru silme şeklinde yapılmalı, asla arkadan (makattan) öne doğru yapılmamalıdır.

Kadın Birey/Hastalarda: Sabunlu su bulunan küvetteki spanç/mendil alınarak uzak taraftaki uyluğun iç kısmı kasık bölgesinden kalçaya doğru (üsten aşağıya doğru) silinir. Aynı işlem yakın taraftaki bölgeye de uygulanır. Genital bölgenin üst kısmı sabunlu su ile silinir. Sabunlu su ile silinen tüm alanlar duru su ve spançla/mendille durulanır ve kurulur. Daha sonra önce uzak taraftaki daha sonra yakın taraftaki sırasıyla

büyük dudaklar ve küçük dudaklar yukarıdan aşağıya doğru sabunlu sulu spançla/mendille silinir. Duru suda bulunan spançlarla/mendillerle sabunlanan bölgeler aynı yöntemle durulanır ve yine sırasıyla kurulanır. Her spanç ya da mendil; silme, durulama veya kurulama işleminin her bir hareketinde bir kez kullanılmalı, tekrar tekrar kullanılmamalıdır.

Erkek Birey/Hastalarda: Sabunlu su ve spanç/mendil ile uzak taraftaki uyluğun iç kısmı kasık bölgesinden kalçaya doğru (üsten aşağıya doğru) silinir. Aynı işlem yakın taraftaki bölgeye de uygulanır. Sabunlu su ile genital bölgenin üst kısmı da silinir. Sabunlu su ile silinen bölgeler duru su ve spanç/mendil ile silinerek durulanır ve kurulanır. Bireyin bacakları biraz daha açılır ve testisler sabunlu spançla/mendille silinir ve duru suda ıslatılmış spançla/mendille durulanır ve kurulanır. Bireyin penis gövdesi sabunlu sulu spançla/mendille idrar çıkış deliğinin çevresinden başlanarak dairesel hareketlerle aşağıya (gövdeye doğru) doğru silinir, ardından duru sulu spançla/mendille durulanır ve kurulanır. Her spanç ya da mendil bir kez kullanılmalı, tekrar tekrar kullanılmamalıdır.

Makat bölgesinin temizliği

Eller yıkanır eldiven giyilir. Bireye/hastaya (kadın veya erkek) yan yatış pozisyonu verilir. Altına su geçirmez örtü/terapi bezi veya muşambası serilir. Öncelikle makat bölgesinde dışkı kalıntısı varsa tuvalet kağıdı ile makat bölgesi silinir. Sabunlu suda ıslatılan spançla/mendille makat bölgesi önden arkaya doğru silinir. Makat bölgesi temizlenene kadar her seferinde yeni spançla/mendille işlem tekrar edilir. Duru suda ıslatılan spançla/mendille durulama işlemi yapılır ve sonra kurulanır. Bireyin altına serilen su geçirmez örtü/terapi bezi veya muşambası alınır. Tüm kirli malzemeler atılır. Eldiven çıkarılır ve eller yıkanır. Bireye temiz çamaşır ve kıyafetleri giydirilir. Uygun pozisyon verilir. Bireyin bakımı esnasında perine bölgesi; tahriş, kızarıklık, enfeksiyon belirtisi veya kötü kokulu akıntı gibi durumlar yönünden gözlemlenir. Herhangi bir sorun tespit edilirse sağlık çalışanlarına bildirilir.

BOŞALTIM İHTİYACI İÇİN BAKIM UYGULAMALARI (SÜRGÜ VE ÖRDEK VERME İŞLEMİ)

Sürgü Verme: İşleme başlamadan önce eller yıkanır eldiven giyilir. Sürgü, yatağın ayak ucuna ya da sandalyeye konur. Bireyin mahremiyeti sağlanır. Yatağın başı

hafifçe kaldırılır. Bireye sırt üstü ve bacaklar kıvrık pozisyon verilir. Yapabiliyor ise bireyden, ayak tabanlarına güç vererek kalçasını hafifçe yukarı kaldırması istenir ve kalçasının altına yatak koruyucu su geçirmez örtü serilir. Alt çamaşırı dize kadar indirilip üst çamaşırları yukarı doğru sıyrılır. Sol el ile kalçanın altından tutularak bireyin kalçasını kaldırmasına yardım edilir, sağ el ile sürgü kalça altına yerleştirilir. Kalçasını kaldıramıyor ise; yatak başı mümkün olduğunca alçaltılır ve yan pozisyon verilir. Sürgü kalça üzerine bastırılarak bireyin sürgü üzerine dönmesine yardım edilir. Bacaklarının arasından bakılarak sürgünün pozisyonu, tam olarak yerleştirilip yerleştirilmediği kontrol edilmelidir. Bireyin baş ucu hafifçe kaldırılır. Mahremiyeti açısından bireyin üzeri örtülür, tuvalet kağıdı yanına bırakılır ve birey yalnız bırakılır. Boşaltım gerçekleştikten sonra üzerindeki örtü açılır. Kendi temizliğini yapabiliyor ise yapması sonrasında da ellerini yıkaması sağlanır. Yapamıyor ise bakım verici tarafından genital bölgenin temizliği yapılmalıdır. Bireyin kalçasını kaldırmasına yardım edilir ve sürgü altından çekilir, sürgünün kapağı kapatılır. Altına serilen su geçirmez örtü alınır. Eldiven çıkarılır eller yıkanır. Bireyin çamaşırları gerekiyorsa değiştirilir, giysileri giydirilir, uygun pozisyon verilir.

Ördek Verme: Erkek birey/hastaların idrarını yapması için kullanılan ördek uygulamasında; yatak başı yükseltilir, bireye yan, sırt üstü ya da oturur pozisyon verilir. Eğer kendisi yapabiliyorsa; bireye ördeği nasıl tutacağı ve uygulamayı nasıl yapacağı anlatılır. Tuvalet kağıdı bireyin yanına bırakılır ve birey yalnız bırakılır. Boşaltım gerçekleştikten sonra eldiven giyilir, ördek alınır. Bireyin giysilerini giymesi ve ellerini yıkaması sağlanır. Eğer uygulamayı kendisi yapamıyor ise; ördek bakım verici tarafından bir elde tutularak ve ördeğin iç kısmına idrarın yapılabilceği şekilde bireyin genital organı yerleştirilerek idrarını yapması sağlanır. İşlem bittikten sonra genital bölgenin temizliği yapılır. Eldiven çıkarılır el hijyeni sağlanır. Bireyin giysilerini giymesi sağlanır.

BESLENME

Bağımlı Birey/Hastayı Normal Gıdalarla Ağızdan Besleme

Yaşlı bireylerde diş problemleri, görme sorunları, tat alma duyusunda azalma, kullanılan ilaçlar, sindirim sisteminde meydana gelen değişiklikler beslenmeyi olumsuz etkileyebilecek faktörlerdir.

Yemeğini kendisi yiyebilecek yeterliliğe sahip olan bireyler, fonksiyonlarını korumak ve geliştirmek açısından kendisinin yemek yemesi konusunda desteklenmeli, kolay yemek yemesini sağlayacak gereçler kullanılmalıdır. Bireyin yemek yemesi için sakın bir ortam seçilmelidir. Birey, sakıncası yoksa yemek yeme sırasında dik oturur pozisyonda olmalı, oturamıyorsa yatak başı yükseltilmeli ya da başı yan çevrilmelidir. Yemek masası bireyin önüne getirilmelidir. Bireyin görme problemi var ve gözlük kullanıyorsa gözlüğü takması sağlanır. İşitme problemi var ve işitme cihazı kullanıyorsa işitme cihazını takması sağlanır. Protez (takma) diş kullanıyorsa takması sağlanır. Yemeği diyetine uygun olmalı ve ısısı kontrol edilmelidir. Yutma kolaylığı sağlaması açısından yiyecekler gerektiğinde daha küçük parçalara ayrılmalıdır. Gıdalar küçük lokmalar halinde verilmeli ve çiğneyip yutmaları için beklenmelidir. Yeme işleminin yavaşça ve sindirilerek yapılması sağlanmalıdır. Besinler gerekiyorsa ezilir. Görme engelli bireylere lokmanın verileceği sözlü olarak belirtilir. Bireye katı yiyecek sonrası kolay yutması için sıvı içecek verilir. Yutma refleksi olan bireylere sıvı gıdalar dil üzerinden kaşıkla akıtılır. Bireyin besini yutup yutmadığı kontrol edilir. Yeme ve yutma güçlüğü çeken bireyler zorlanmaz, hekim ve diyetisyenle iş birliği yapılır. Yemek bittikten sonra yemek tepsisi ve masası bireyin önünden kaldırılır. El ve ağız bakımı yapılır.

Yemek sonrası bireyin pozisyonu baş yüksekte kalacak şekilde ayarlanır. Bu pozisyonda yaklaşık 30 dakika kalması sağlanır. Yemek sonrası verilen pozisyonla bireyin rahatlaması sağlanır, mide içeriğinin ağıza gelmesi ve yiyeceklerin solunum yoluna kaçması engellenir.

POZİSYON VERME

Uzun süre yatak istirahatine alınan bireylerde, yatak yaralarının gelişimini önlemek, sağlık sorunlarının ortaya çıkmasını engellemek için yatış pozisyonlarının en az iki saat ara ile değiştirilmesi gerekir. Pozisyona göre farklı vücut bölümleri desteklenmeli, birey uzun süre aynı pozisyonda kalmamalı ve dar giysiler giydirilmemelidir. Sık sık pozisyonu değiştirilen bireyde basınç odakları da değişmiş olur, kan dolaşımı hızlanır ve yatak yarası açılma riski azalır.

Yatağa bağımlı bireylerde yatak yarası oluşumunun önlenmesi için bireyin beslenmesine dikkat edilmesi (bireyin sağlıklı beslenmesi), vücudun tek bir bölgesine basıncın oluşmaması için sıklıkla bireyin pozisyonunun değiştirilmesi, yatak çarşaflarının düz, gergin olması ve kırısklık olmaması, idrar kaçırması olan bez kullanan bireyin genital bölgesinin temizliğinin iyi bir şekilde yapılması ve o bölgenin kuru tutulması önemlidir.

Bireye Pozisyon Verirken Dikkat Edilmesi Gerekenler

- Verilen pozisyona göre vücut bölgeleri yastıklarla desteklenir.
- Ayak bileğinin altına bir havlu ya da ince yastık konularak ayak topuğunun yatakla temas etmesi önlenir.
- Ayağın bilekten düşmesini önlemek için ayak tabanı havlu veya küçük bir yastıkla desteklenir.
- Bireye pozisyon verirken düşmemesine dikkat edilmelidir.
- Pozisyonu veren bakım verici vücut mekaniğine dikkat etmelidir.
- Bireye yatak içerisinde pozisyon verilirken ya da yatakta biraz aşağıya kaymış olan bireyi yatak başucuna çekerken bireyin cildinin tahriş olmaması ve yatak yaralarının önlenmesi için cildin yatağa sürmemesine dikkat edilmelidir.
- Bireyin durumuna göre uygunsa; yan yatış pozisyonu, sırt üstü yatış pozisyonu, yüz üstü yatış pozisyonu verilebilir, birey yatak içinde oturtulabilir (yatak yarası gelişim riski açısından oturur pozisyonda uzun süre oturtulmamalıdır) (Bu pozisyonların nasıl verileceği ve hangi vücut bölgelerinin destekleneceği bakım vericilere anlatılmıştır.)

AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Akılcı ilaç kullanımı; ilaç kullanırken doğruları uygulamak ve bilinçli olmaktır, hastaların hastalıkları ve kendi bireysel özelliklerine uygun ilacı, uygun süre ve kullanım şekliyle, uygun maliyette almalarına yönelik kurallara uyulmasıdır.

Akılcı ilaç kullanımı için;

- Hekimimiz tarafından verilen ilaç,
doğru miktarda,

doğru uygulama yoluyla,
 doğru zamanlamayla,
 yeterli bilgiye sahip olarak,
 hekimimizin önerdiği şekliyle,
 doğru saklama koşullarında saklayarak kullanılmalıdır.

- Hekime her muayeneye ya da kontrole giderken bakım verdiğimiz bireyin tüm ilaçlarını yanımızda götürmeliyiz ve ilaç ya da bitkisel ürün/gıda takviyesi vs. hepsi hakkında hekimimizi bilgilendirmeliyiz.
- Bakım verdiğimiz yaşlı bireyin kronik hastalıklarına yönelik kullandığı ilaçları kullanım esnasında hastanın durumunda düzelme gözlemlendiğinde ilaç kullanımını bıraktırmamalıyız ya da ara verdirmemeliyiz. Mutlaka hekime danışmalıyız.
- Antibiyotikler yalnızca bakteriler için etkilidir, virüslere bağlı enfeksiyonları tedavi edemez. Bu nedenle her boğaz ağrısının, her baş ağrısı ve geniz akıntısının, antibiyotik kullanmayı gerektirecek bir durum olmayabileceğini unutmamalıyız. Antibiyotiğin ateşi düşürmek amacıyla kullanılmayacağını, her antibiyotiğin her hastalıkta kullanılmayacağını, hekim reçete etmedikçe antibiyotik kullanılmaması gerektiğini, daha önceki bir hastalıkta kullanılan antibiyotiğin, tekrar benzer hastalığa yakalanılsa bile hekime danışmadan kullanılmaması gerektiğini, başkasının verdiği ya da önerdiği antibiyotiği kullanmamamız gerektiğini unutmamalıyız. Hasta kendisini iyi hissetse bile tedaviyi hekimin belirttiği süreden önce sonlandırmamalıyız. Bakım verdiğimiz yaşlı bireye doktor herhangi bir nedenle antibiyotik tedavisi başladığında hastamızın iyileştiğini düşündüğümüz zaman hekim bilgisi olmadan antibiyotiği bırakmamalıyız. Aksi halde antibiyotik direnci gelişebilir.
- İlacı sadece eczaneden temin etmeliyiz.

Ek 4: ÖZ GEÇMİŞ

Adı Soyadı	: Rezzan ÇAKMAK
Yabancı Dili	: İngilizce
Eğitim Durumu (Kurum ve Yıl)	: Yüksek Lisans (Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi-2016)
Lise	: Ankara Cebeci Atatürk Anadolu Sağlık Meslek Lisesi (1994-1999)
Lisans	: Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (1999-2004)
Yüksek Lisans	: Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı (2014-2016)
Çalıştığı Kurum / Kurumlar ve Yıl	: İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi (2001-2006) Kastamonu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi (2006-2008) Marmaris Devlet Hastanesi (2008-2019) Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Muğla Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yaşlı Bakımı Programı (2019-.....)
Yayınları (SCI ve diğer)	: Çakmak, R. ve Güler, G. (2017). Kadın sağlık çalışanlarında kanser tarama davranışları. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi, 20(1), 25-32. Çakmak, R., Acar, Z., Akkaya, S. ve Özcan M. (2025). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin merhamet düzeyleriyle yaşlı ayrımcılığına yönelik tutumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Toplum ve Sosyal Hizmet, 36(1), 41-61. DOI: 10.33417/tsh.1422015.

- Diğer Konular : Çakmak, R. ve Güler, G. (2016). Sağlık çalışanlarında kanser tarama davranışları. Sözel Bildiri, I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi, İzmir.
- Çakmak, R. (2022). Hekimin zarar vermeme ve zararı önleme ödevi ihlali: Etik olgu analizi. Sözel Sunum, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi I. Sağlık Bilimleri Öğrenci Sempozyumu, Muğla.
- Çakmak, R. ve Özcan M. (2024). İnmeli hastanın bakım vericisine taburculuk eğitimi için bir model önerisi. Sözel Bildiri, 7. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur.