

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNME Lİ BİREYLERE BAKIM VERENLERDE SOSYAL
PROBLEM ÇÖZME YAKLAŞIMININ BAKIM VERME ROLÜ,
DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr.Fzt.Ayla GÜNAL

Ergoterapi Programı

DOKTORA TEZİ

ANKARA

2014

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İNME Lİ BİREYLERE BAKIM VERENLERDE SOSYAL
PROBLEM ÇÖZME YAKLAŞIMININ BAKIM VERME ROLÜ,
DEPRESYON VE YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr.Fzt.Ayla GÜNAL

Ergoterapi Programı
DOKTORA TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof.Dr.Mine UYANIK

ANKARA

2014

Anabilim Dalı :Ergoterapi
 Program :Ergoterapi
 Tez Başlığı :İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Sosyal Problem Çözme
 Yaklaşımının Bakım Verme Rolü, Depresyon ve Yaşam
 Kalitesi Üzerine Etkisi
 Öğrenci Adı-Soyadı :Ayla Günal
 Savunma Sınavı Tarihi :05.12.2014

Bu çalışma jürimiz tarafından yüksek lisans/doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı:

Prof.Dr.Hülya Kayıhan

(İmza) 

H.Ü.SBF Ergoterapi Bölümü

Tez danışmanı:

Prof.Dr.Mine Uyanık

(İmza) 

H.Ü.SBF Ergoterapi Bölümü

Üye:

Prof.Dr.Gonca Bumin

(İmza) 

H.Ü.SBF Ergoterapi Bölümü

Üye:

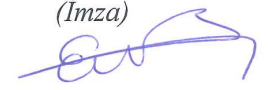
Prof.Dr.Esra Akı

(İmza) 

H.Ü.SBF Ergoterapi Bölümü

Üye:

Yrd.Doç.Dr.Eda Tonga

(İmza) 

**O.Ü.SBY.Fizyoterapi ve Rehabilitasyon
 Bölümü**

ONAY

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.



(İmza)

Prof.Dr. Ersin FADILLIOĞLU

Müdür 

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleşmesinde katkılarından dolayı, aşağıda adı geçen kişi ve kuruluşlara içtenlikle teşekkür eder.

Lisans, yüksek lisans ve doktora eğitimim sürecinde sunduğu değerli paylaşımları ve desteklerinden dolayı Sayın Prof.Dr. Hülya Kayıhan’a,

Tezin oluşmasında, içeriğinin düzenlenmesinde ve tez sonuçlarının yorumlanmasındaki yoğun desteğinden ve içten tutumundan dolayı hocam, tez danışmanın Sayın Prof.Dr. Mine Uyanık’a,

Tez çalışması sürecinde verdiği değerli öneriler için Sayın Yrd.Doç.Dr.Eda Tonga’ya,

Doktora derslerimde desteklerini hep yanımda hissettiğim Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü’ndeki değerli hocalarım Sayın Prof.Dr.Gonca Bumin, Sayın Prof.Dr. Esra Akı ve Sayın Doç.Dr. Gamze Ekici’ye,

Doktora eğitimimin her aşamasında uygun koşullarda çalışmamı sağlayan ve destekleyen, bilgilerinden ve deneyimlerinden yararlandığım Sayın Doç.Dr.Ferdi Başkurt, Sayın Doç.Dr.Zeliha Başkurt, Sayın Uzm.Fzt.Tuba İnce Parpucu ve Sayın Fzt.Mesut Ergün’a,

Tez çalışmam süresince beni destekleyen ve yardımını esirgemeyen Uzm.Fzt.Sinem Salar, Uzm.Fzt.Serkan Pekçetin ve Uzm.Fzt.Özgül Ünlüer’e,

Tez ile ilgili çalışmaların yapılmasında gerekli desteği sağlayan, SDÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Isparta Devlet Hastanesi ve Özel Isparta Hastanesi’nin nörolog, fizyoterapist ve hemşirelerine,

İnme ile başlayan zor dönemlerinde yanlarında yer almamı tüm içtenlikleri ile kabul eden hasta ve yakınlarına,

Doktora eğitimim boyunca manevi desteklerini hep yanımda hissettiğim anneme, babama, ablama, enişteme ve yeğenlerime, çok teşekkür ederim.

ÖZET

Günel, A. İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Sosyal Problem Çözme Yaklaşımının Bakım Verme Rolü, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Programı Doktora Tezi, Ankara, 2014. İnmeli bireylerin bakım verenlerinde farklı derecelerde fiziksel ve emosyonel problemler görülmektedir. Bakım verenlerde ergoterapistler, bakım verenlerin karşılaştıkları problemleri tanımlayarak yaşam kalitelerinin gelişimini sağlayabilirler. Bu çalışmanın amacı, inmeli bireylere bakım verenlerde kişi merkezli sosyal problem çözme yaklaşımının bakım verme rolü, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmaktır. Çalışmaya, akut inmeli bireylerin primer bakım verenleri dahil edilmiştir. Çalışmada 50 yaş üzerinde 61 inmeli birey bakım vereni yer almıştır. Bakım verenler basit rastgele örneklemeye yöntemi ile tedavi ve kontrol grubu olmak üzere iki gruba ayrılmıştır. Her iki grup için hastane ortamında bakım ile ilgili temel ergoterapi stratejileri anlatılmıştır. Bununla birlikte tedavi grubu için hastane ortamında başlanılıp taburculuk sonrası 12. haftaya kadar Kişi Çevre Aktivite Modeli çerçevesinde sosyal problem çözme yaklaşımı kullanılmıştır. Bu yaklaşımla bakım verenlerin akut dönemde karşılaştıkları problemleri tanımlamaları, çözüm oluşturmaları ve çözümleri uygulamaları konusunda bir farkındalık sağlanmıştır. Programa taburculuk sonrası 2., 3., 4., 6., 8., 10. ve 12. haftalarda telefon destekli olarak devam edilmiştir. Bakım verenlerin bakım sürecinden etkilenme düzeyleri Bakas Bakım Verme Etki Ölçeği (BBVEÖ) ile, depresyon düzeyi Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile, yaşam kalitesi Nottingham Sağlık Profili (NSP) ile, yaşadığı ev ortamı Ev Değerlendirme Profili ile, kişi çevre arasındaki uyum Kişi Çevre Uygunluğu Skalası (KÇUS) ile değerlendirilmiştir. Tedavi grubunda tedavi sonrası (13. hafta) tüm ölçümler tekrar yapılmıştır. Her iki grup için 24. haftada tüm değerlendirmeler yapılmış ve sonuçlar karşılaştırılmıştır. Bakım verenlerin son ölçümlerdeki BBVEÖ ile BDÖ toplam puanları arasında tedavi grubu lehinde anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0,01$). İki grubun bakım verenlerinin son ölçümlerdeki NSP'ye ait, enerji düzeyi, emosyonel reaksiyon, sosyal izolasyon, fiziksel aktivite, uyku alan puanları ile toplam puan arasında tedavi grubu lehinde sonuçlar bulunmuştur ($p<0,05$). Bakım verenlerin ev değerlendirme profil puanları ile kişi çevre uygunluğu skalasına ait ilk ve son ölçüm değerleri arasında fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Ergoterapi müdahaleleri içinde yer alan sosyal problem çözme yaklaşımı inmeli bireylere bakım verenlerde depresyon düzeyi ve bakım yükünü azaltma, yaşam kalitesini artırma yönünde pozitif kazançlar sağlamaktadır. Bakım verenlerin toplum temelli ergoterapi bakış açısı ile uzun süreli değerlendirilmesi ve uygun müdahalelerin yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Ergoterapi, bakım verme, depresyon, yaşam kalitesi, sosyal problem çözme yaklaşımı.

ABSTRACT

Günel, A. Effects of Social Problem Solving Approach on Caregiving Role, Depression and Quality of Life in Stroke Caregivers. Hacettepe University Institute of Health Sciences Phd Thesis in Occupational Therapy, Ankara, 2014. It is seen in stroke caregiver have different degrees of physical and emotional problems. Occupational therapists can provide quality of life development in caregivers by defining the caregivers meet problems. The aim of the study is to investigate effects of client centre social problem solving approach on caregiving role, depression and quality of life in stroke caregivers. Acute stroke individuals' primary caregivers were included in this study. 61 stroke individuals' caregivers whoes fifty years of age included in this study. Caregivers were divided into two groups (treatment and control) with random sampling method. Basic occupational therapy strategies were explained for two groups in hospital environment. However in accordance Person Environment Occupation (PEO) when using social problem solving approach in starting hospital environment until 12. week after discharge period for treatment group. With this approach it was provided awareness about defining problems which caregivers meet in acute stage creating solution and implementation solutions. This programme was followed during weeks 2., 3., 4., 6., 8., 10., 12. after discharge with telephone contacts. Influence by the care process level with Bakas Caregiving Outcomes Scale (BCOS), depression level with Beck Depression Inventory (BDI), quality of life with Nottingham Health Profile (NHP), lived in the home environment with home assessment profile, between person and environment fit with person environment fit scale were assessed to caregivers. All assessments were made again in treatment group after treatment (13. week). All assessments were made and results were compared for both groups in 24. week. Significant difference was identified treatment group in favor of the between caregivers' BCOS and BDI total points in last measurements ($p < 0,01$). Results were found treatment group in favor of between energy level, emotional reaction, social isolation, physical mobility, sleep area points and total points in NHP in both caregivers' last measurement ($p < 0,05$). Difference wasn't detected between caregivers' first and last measurements from home assessment profile points and person-environment fit scale ($p > 0,05$). Social problem solving approach in occupational therapy interventions provide positive gain to decrease depression level and caregiver burden and increase quality of life in stroke caregiver. There is a need to long term assessment and appropriate intervention with community base occupational therapy perspective for caregiver.

Key Words: Occupational therapy, caregiving, depression, quality of life, social problem solving approach.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ	xi
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. İnme Tanımı	4
2.1.1. İnme Epidemiyolojisi	4
2.1.2. İnme Etyolojisi ve Sınıflandırması	4
2.1.3. İnme Risk Faktörleri	5
2.1.4. İnmede Prognoz ve İyileşme	6
2.2. İnmeli Bireylerde Ergoterapi Değerlendirmesi	7
2.3. İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF).....	8
2.4. Bakım Verme	11
2.4.1. İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde ICF	12
2.5. Yaşam Kalitesi	20
2.5.1. İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi	20
2.6. İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Ergoterapi	22
2.6.1. İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Ergoterapi Değerlendirmesi	22
2.7. Kişi Merkezli Yaklaşım	23
2.8. Kişi Çevre Aktivite Modeli	24
2.9. İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Ergoterapi Müdahaleleri.....	27
2.9.1. Sosyal Problem Çözme Yaklaşımı.....	27
2.9.2. Eğitim Odaklı Yaklaşımlar	30
2.9.3. Destek Odaklı Yaklaşımlar	31
2.9.4. Kognitif-Davranışsal Tedavi.....	32
2.9.5. Psikoeğitimsel Tedavi	32
3. BİREYLER VE YÖNTEM.....	33

3.1. Bireyler.....	33
3.2. Yöntem.....	35
3.3. Değerlendirme.....	35
3.3.1. Bakım Verenin Demografik Bilgilerinin Değerlendirilmesi.....	35
3.3.2. Bakım Verenin Bakım Sürecinden Etkilenme Düzeyinin Değerlendirilmesi.....	35
3.3.3. Bakım Verenin Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi	36
3.3.4. Bakım Verenin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi.....	37
3.3.5. Bakım Verenlerin Çevresel Faktörlerinin Değerlendirilmesi	37
3.4. Ergoterapi Müdahaleleri.....	39
3.5. İstatistiksel Analiz.....	74
4. BULGULAR	75
4.1. Bakım Verenlerin Değerlendirilmesine Ait Bulgular	75
4.1.1. Bakım Verenlerin Demografik Bilgilerinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular.....	75
4.1.2. Bakım Verenlerin Bakımdan Etkilenme Düzeylerinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular.....	77
4.1.3. Bakım Verenlerin Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular.....	78
4.1.4. Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular.....	80
4.1.5. Bakım Verenlerin Çevresel Faktörlerinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular.....	84
5. TARTIŞMA	90
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	104
KAYNAKLAR	108
EKLER	
EK-1 : Etik Kurul Formu	

SİMGELER VE KISALTMALAR

BBVEÖ	Bakas Bakım Verme Etki Ölçeği
BCOS	Bakas Caregiving Outcomes Scale
BDI	Beck Depression Inventor
BDÖ	Beck Depresyon Ölçeği
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
ICF	İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (International Classification of Functioning, Disability and Health)
KAPM	Kanada Aktivite Performans Modeli
KAPÖ	Kanada Aktivite Performans Ölçümü
KÇAM	Kişi Çevre Aktivite Modeli
KÇUS	Kişi-Çevre Uygunluğu Skalası
kg	Kilogram
m	Metre
n	Hasta sayısı
NHP	Nottingham Health Profile
NSP	Nottingham Sağlık Profili
p	İstatiksel yanılma payı
PEO	Person Environment Occupation
SD	Standart sapma
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences (İstatistik Paket Programı)
TKSPÇY	Telefon kullanımı ile birlikte sosyal problem çözme yaklaşımı
X	Aritmetik ortalama
%	Yüzde
I. değ.	Birinci değerlendirme
II. değ.	İkinci değerlendirme
III. değ.	Üçüncü değerlendirme

ŞEKİLLER

Sayfa

Şekil 2. 1. Kişi Çevre Aktivite Modeli.....	25
Şekil 3. 1. Bakım verenlerin yaşadıkları çevre örnekleri	73
Şekil 3. 2. Tuvalet ortamında çevresel düzenleme.....	73
Şekil 3. 3. Ev içinde kesintili alanları düzenleme örneği.....	73
Şekil 3. 4. Balkon ortamında çevresel düzenleme	74

TABLOLAR

	Sayfa
Tablo 2. 1 İnme Risk Faktörleri	6
Tablo 4. 1. Bakım Verenlerin Yaş, Boy, Kilo Açısından Karşılaştırılması (Mann Whitney U Testi).....	75
Tablo 4. 2. Bakım Verenlere Ait Demografik Bilgilerin Karşılaştırılması (Ki-kare Testi).....	76
Tablo 4. 3. Tedavi Grubundaki Bakım Verenlere Ait BBVEÖ Sonuçlarının Karşılaştırılması (Friedman Varyans Analizi).....	77
Tablo 4. 4. Kontrol Grubundaki Bakım Verenlere Ait BBVEÖ Sonuçlarının Karşılaştırılması (Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi).....	77
Tablo 4. 5. Tedavi ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlere Ait BBVEÖ Sonuçlarının Karşılaştırılması (Mann Whitney U Testi).....	78
Tablo 4. 6. Tedavi Grubundaki Bakım Verenlere Ait BDÖ Sonuçlarının Karşılaştırılması (Friedman Varyans Analizi).....	79
Tablo 4. 7. Kontrol Grubundaki Bakım Verenlere Ait BDÖ Sonuçlarının Karşılaştırılması (Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi).....	79
Tablo 4. 8. Tedavi ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlere Ait BDÖ Sonuçlarının Karşılaştırılması (Mann Whitney U Testi)	80
Tablo 4. 9. Tedavi Grubundaki Bakım Verenlere Ait NSP Sonuçlarının Karşılaştırılması (Friedman Varyans Analizi).....	81
Tablo 4. 10. Kontrol Grubundaki Bakım Verenlere Ait NSP Sonuçlarının Karşılaştırılması (Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi).....	82
Tablo 4. 11. Tedavi ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlere Ait NSP Sonuçlarının Karşılaştırılması (Mann Whitney U Testi)	83
Tablo 4. 12. Tedavi Grubundaki Bakım Verenlere Ait Ev Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması (Friedman Varyans Analizi)	84
Tablo 4. 13. Kontrol Grubundaki Bakım Verenlere Ait Ev Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması (Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi)	84
Tablo 4. 14. Tedavi ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlere Ait Ev Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması (Mann Whitney U Testi).....	85
Tablo 4. 15. Tedavi Grubundaki Bakım Verenlere Ait Kişi Çevre Uygunluğu Değerlendirme Sonuçları (dağılım ve yüzde tablosu)	86
Tablo 4. 16. Kontrol Grubundaki Bakım Verenlere Ait Kişi Çevre Uygunluğu Değerlendirme Sonuçları (dağılım ve yüzde tablosu)	86
Tablo 4. 17. Sosyo-ekonomik Çevre ile İlişkili Problem Çözme Zorlukları	88
Tablo 4. 18. İnme Sonrası Ekonomik Durum ve Devlet Yardımı Alma Durumu (Ki-kare testi)	89

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımlamasına göre inme; vasküler nedenler dışında görünür bir neden olmaksızın, fokal serebral fonksiyon kaybına ait belirti ve bulguların hızla yerleşmesi ile karakterize klinik bir sendromdur. Semptomlar yirmi dört saatten uzun sürer veya ölümle sonlanabilir (1). İnme kronik bir durum olup, kişinin fiziksel, kognitif ve sosyal fonksiyonlarını ciddi düzeyde etkileyebilmektedir. Bununla birlikte inme bir aile hastalığı olarak tanımlanmaktadır (2). İnme ile ilgili yapılan araştırmalarda bakım verenlerde özellikle eş ya da çocuklarda negatif yönde fiziksel ve emosyonel etkilenimlerin giderek büyüyen bir problem olduğu belirtilmiştir (3,4). Eşi ya da çocuğu tarafından bakılan inme geçirmiş bireylerin mental sağlıklarındaki bozukluğun uzun dönemde bakım verenleri olumsuz etkilediği ifade edilmektedir (5). İnme sürecinin ciddiyeti ve tipi ile ilişkili olarak birincil olarak bakım veren kişilerin rollerinde (bakım veren çocuklarda okuldan ayrılma, çalışan bakım veren için iş değişikliği gibi) değişiklik olduğu bildirilmiştir (6). Bu çalışmalarla benzer olarak bakım veren evlatların iş ve serbest zaman aktiviteleri ile sosyal katılımlarının bu süreçten olumsuz olarak etkilendiği ifade edilmektedir (7).

İnme sonrası hem inme geçiren birey hem de eşi için roller ve aktivitelerde bir değişim olduğu belirtilmektedir. İnme geçiren bireylerin eşlerinde inmeye bağlı olarak yaşamı algılayışlarında farklılıklar görülmektedir. Eşler kendilerini stres altında hissetmektedir. Bu bireyler zamanın hızlı geçtiğini ve dar zamanlarda daha fazla bir şeyler yapmaları gerektiğini düşünmektedirler (8). İnme geçiren bireylerin eşlerinin inme sonrası süreçte yaşam memnuniyetlerinde (serbest zaman süreçleri, günlük aktiviteleri, cinsel yaşamları, ikili ilişkileri ve sosyal ilişkileri) bir azalma olduğu belirtilmiştir (9). Bakım veren kişilerin özellikle psikolojik sağlığının etkilendiği, farklı düzeylerde depresyon görüldüğü belirtilmektedir (10).

Bununla birlikte, inme geçirmiş hastalara bakım veren bireyler için erken dönem desteğin bakım verenlerde olumlu duygu durum değişikliği yarattığı ayrıca geleneksel bakım anlayışına alternatif olarak erken desteğin maliyet etkinliği sağladığı belirtilmiştir (11). İnme sonrası hasta yakınları ile çalışan sağlık profesyonellerinin kullandığı farklı müdahale stratejileri tanımlanmıştır. Bakım verenler için özel hizmetlerin sağlanması, benzer yaşta olan bireyler tarafından

sosyal desteğin sunulması, danışmanlık ve eğitim bu programlar içinde yer almaktadır. Bu müdahalelerin çoğunluğu bakım veren üzerinde olumlu etkiler ortaya çıkarmıştır (depresyon düzeyinde azalma, memnuniyet duygusunda ve yaşam memnuniyetinde artış gibi) (12).

Bu interdisipliner yaklaşım içerisinde ergoterapi müdahaleleri önemli bir rol oynamaktadır. Ergoterapistler inme sonrası hastanın yakınının aktivite performansını tanımlayarak aktivite dengesi kurma konusunda uzman profesyonellerdir (7,13-15) . Ergoterapi çalışmaları hastane içi ya da dışında yerine getirilebilmektedir (16-19). Bununla birlikte yalnız hastane içinde yapılan çalışmalar yeterli olmamakta, özellikle taburculuk sonrası bakım veren kişilerin yaşadığı zorluklar hastane dışı eğitime olan ihtiyacı da artırmaktadır (20-23).

Yurtdışında bakım verenler için uzun dönem eğitim programlarının sonuçlarının araştırıldığı çalışmalar yer almaktadır. Bu çalışmalarda özellikle ev destekli programların etkinliği üzerinde durulmaktadır (11,16,24,25). Çalışmaların bazılarında bakım verenlerin eğitimlerinin telefon aracılığı ile takip edildiği bildirilmiştir (25-27).

Bakım verenler için hastane ortamından başlayarak ev ortamında ve diğer sosyal yaşam alanlarında farklı problemlerle karşılaştıklarında problem çözme stratejileri geliştirebilmeleri önemlidir. Sosyal problem çözme terapisinin innmeli bireylere bakım verenlerde olumlu sonuçları gösterilmiştir (27,28). Sosyal problem çözme, problem listesi oluşturabilmeyi, birincil problemi tanımlamayı ve en iyi çözüm yollarını bulup uygulamayı ifade etmektedir. Bu yaklaşım içinde yüz yüze yapılan bir görüşme ile birlikte telefonla yapılan bir dizi görüşmede yer almaktadır (28).

Bakım verenler için erken dönemden itibaren doğru ergoterapi yaklaşımlarının uzun süreli olarak devam etmesi ile faydalı sonuçlar elde edileceği (yaşamın içinde olma ve yaşam memnuniyetinde artma) düşünülmektedir (7,26). Bu çalışmalar içinde bakım verenin kendi yaşamını tanıması ve yapması gerekli olan aktiviteler ile yapmak istediği aktiviteler arasında bir denge kurabilmesi ve farklı problemler karşısında çözüm üretebilmesi ergoterapi felsefesi ile tam olarak

örtüşmektedir (14,15,29,30). Yapılan çalışmaların pozitif etkileri hasta ve bakım veren için olduğu kadar maliyet etkinliği ile toplumsal bir kazanç sunacaktır (27,31).

Ülkemizde de inmeli bireylerin bakım verenlerinin bakım yükü ile ilişkili ihtiyaçlarını ve tedavi gereksinimlerini gösteren çalışmalar yapılmaktadır (32-34). Ancak inmeli bireylerin bakım verenlerine yönelik ergoterapi yaklaşımlarının etkilerinin araştırıldığı çalışmalara rastlanmamıştır.

Çalışmamızın amacı: inmeli bireylere bakım verenlerde ergoterapi müdahaleleri içinde yer alan sosyal problem çözme yaklaşımının bakım verme rolü, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisini araştırmaktır. Bu amaç doğrultusunda; 'H₀: Akut inmeli bireylere bakım verenlerde sosyal problem çözme yaklaşımının bakım verme rolü, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisi yoktur' hipotezi oluşturulmuştur.

Bu çalışmaya Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Isparta Devlet Hastanesi ile Özel Isparta Hastanesi'nin nöroloji servislerinde tedavi amacıyla bulunan inmeli hastaların primer bakım verenleri gerekli bilgilendirmeler yapıldıktan sonra gönüllük esasına dayalı olarak dahil edilmiştir. Akut dönem ile kronik dönemi içeren değerlendirmeler yapılmıştır. Elde edilen bulgular karşılaştırılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. İnme Tanımı

DSÖ tanımlamasına göre inme; vasküler nedenler dışında görünür bir neden olmaksızın, fokal serebral fonksiyon kaybına ait belirti ve bulguların hızla yerleşmesi ile karakterize klinik bir sendromdur. Semptomlar yirmi dört saatten uzun sürer veya ölümle sonlanabilir (1).

2.1.1. İnme Epidemiyolojisi

DSÖ'ye göre her yıl dünyada onbeş milyon kişide inme görülmektedir. Bu bireylerin beş milyonunun hayatını kaybettiği, beş milyonunun fonksiyonel kayıplar yaşadığı bildirilmiştir. Bu sonuçların uzun dönemde ülke, toplum ve aile ekonomilerine yük oluşturduğu belirtilmektedir (35).

2010 yılında Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yapılan kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programında, 2004 yılında tamamlanan Ulusal Hastalık Yüğü ve Maliyet Etkinliği Çalışması sonuçlarına göre serebrovasküler hastalık insidansının toplamda yüzbinde 69.6, erkeklerde yüzbinde 67.1 ve kadınlarda yüzbinde 72.1 olduğunu ifade edilmiştir. Prevelansların ise toplamda ve her iki cinsiyette binde 3.19 olduğu bildirilmiştir. Programda aynı zamanda, inmenin altmış yaş ve üzerinde toplamda ve her iki cinsiyette hastalık yüküne neden olan ikinci hastalık olduğu, kentsel alanda 15-59 yaş grubunda %3.4 ile altıncı sırada yer alan serebrovasküler hastalıkların kırsal alanda %5.5 ile üçüncü sırada bulunduğu açıklanmıştır. Bölgesel dağılımda batı bölgesinde toplamda ikinci sırada, doğu bölgesinde dördüncü sırada olduğu ifade edilmiştir (35).

2.1.2. İnme Etyolojisi ve Sınıflandırması

İnme sınıflandırması klinik uygulamalar, epidemiyolojik ve genetik çalışmalar, randomize akut klinik çalışmalar ile farklı alt tiplerin önlenmesinde yol gösterici olmalıdır (36).

Genel olarak inme iskemik ve hemorajik olmak üzere iki farklı şekilde ortaya çıkmaktadır. İskemik inme beyin damarlarındaki kan akışının tıkanması ile karakterizedir. Tüm inmeli olguların %70-75'ini oluşturmaktadır. Kendi içinde farklı alt tipleri vardır. Serebral atherotrombozis arterdeki kan akışını bloke eden bir pıhtı (trombüs) ile meydana gelmektedir. Damar içindeki daralma distal alanda iskemiye neden olmaktadır. Damar ve/veya damarların oksijen yokluğu devam ettiğinde beyin dokusunda ölüme neden olmaktadır. Bu durum serebral infarktüs olarak adlandırılmaktadır. Damar içinde hematojen materyalin dolaşımı küçük bir damarla karşılaştığında tıkanmaya neden olmaktadır. Bu alt tip embolik iskemi olarak tanımlanmaktadır. Arteriollerin, arterlerin oldukça küçük sonlanmalarında oluşan tıkanmalar sonucu laküner infarkt olarak tanımlanan iskemik inmeler oluşmaktadır. Tüm inmelerin yaklaşık %20-25'ini oluşturan hemorajik inmeler intrakranial basınç artışı nedeniyle damar duvarının yırtılmasıyla kanın beyin dokusu içerisine akması sonucu meydana gelmektedir (37).

2.1.3. İnme Risk Faktörleri

İnme için toplumumuza özgü risk faktörlerinin geniş epidemiyolojik çalışmalarla belirlenmesi ile inme ve buna bağlı olarak gelişen özürlülüğü önlenebileceği belirtilmektedir (38). Amerikan Ulusal İnme Birliği İnme Sınıflaması Tablo 2.1.'de gösterilmiştir (39).

Tablo 2. 1 İnme Risk Faktörleri

Değiştirilemeyen Risk Faktörleri	Değiştirilebilen Risk Faktörleri	
	Kesinleşmiş Risk Faktörleri	Kesinleşmemiş Risk Faktörleri
Yaş	Hipertansiyon	Alkol kullanımı
Cinsiyet	Diabetis Mellitus	Beslenme alışkanlıkları ve obezite
İrk	Kalp hastalıkları	Fiziksel inaktivite
Aile Öyküsü	Hiperlipidemi	İlaç kullanımı ve bağımlılığı
	Sigara	Hormon tedavisi
	Asemtomatik karotis stenozu	Hiperkoagülabilité
	Orak hücreli anemi	İnflamasyon-enfeksiyon

2.1.4. İnmede Prognoz ve İyileşme

İnmeli bireylerde iyileşme birçok faktöre bağlıdır. Neglect, 39 yaş üzeri olma, erkek cinsiyet, sistemik hipertansiyon, inme sonrası koma durumu ile eşlik eden diğer hastalıkların fonksiyonel iyileşme üzerinde negatif bir ilişkisi olduğu bildirilmiştir (40,41).

İnme sonrası normal kognitif düzeye sahip bireylerin toplum içindeki ambulasyonlarının kognitif etkilenimi olan bireylere göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (42).

Eğitimsizlik, tek yaşama ya da dul olma ve üriner inkontinans ile bir yıl içindeki ölümler arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yaşın da prognoz için önemli bir faktör olduğunu bildirmiştir (43).

İnme sonrası yalnız yaşama, bakım verenlerin yeterli zaman ayıramaması ve sağlık hizmetlerinin yetersiz olması da prognoz açısından negatif faktörler olarak belirtilmiştir (44).

İnme alt tiplerinden bağımsız olarak hastanın fiziksel bağımlılığı, ileri yaşa sahip olması, yaşadığı çevrenin olanaklarının yetersizliği ve bakım verenin artmış stres düzeyi negatif prognoz belirtileri olarak tanımlanmıştır (45).

Sonuç olarak, inmeli bireylerin ulaştıkları iyileşme seviyeleri farklılık göstermektedir. Hastalarda kazanılan pek çok fonksiyon yanında, lezyon yeri ve şiddeti, hastanın yaşı, motivasyonu, tedaviye başlama tarihi, diğer bozukluklara bağlı olarak bazı yetenekler geri dönmeyebilir (46).

2.2. İnmeli Bireylerde Ergoterapi Değerlendirmesi

Ergoterapi değerlendirmeleri, kişinin ne istediği ve neye ihtiyacı olduğunu bulmaya, kişinin ne yaptığı ve ne yapabileceğine karar verme ile sağlık ve katılım konusunda rol oynayan destekleri ya da engelleyen faktörleri tanımaya odaklanır. Değerlendirme aktivite profili ve aktivite performans analizini içermektedir (47).

Aktivite profili, aktivite performans alanlarında kişi ve kişinin ihtiyaçları, problemleri ve endişeleri hakkındaki bilgiyi kapsamaktadır. Kişinin aktivite hikayesi ve tecrübeleri, günlük yaşam paternleri, ilgileri, değerleri ve ihtiyaçlarını kapsayan bir bilgi özeti gibi tanımlanmaktadır. Profil, kişinin bakış açısını ve geçmişini anlama üzerine kurulmuştur. Ergoterapistler kişi merkezli yaklaşımlarla kişi için o an neyin önemli ve anlamlı olduğunu öğrenmektedirler (47).

Aktivite performans analizi, aktivite performansını destekleyen ya da engel olan faktörleri gözlemlene, ölçme ve araştırma yönünde düzenlenmiş ölçüm araçlarını kullanarak bilgiyi toplamaya ve yorumlamaya odaklanır. Aktivite performansı kişi, çevre ve aktivite arasındaki dinamik işlemin sonucu olarak seçilen aktivitenin başarılabilesidir (47).

Liteatürde inmeli bireylerde aktivite performansının kişi merkezli değerlendirme ve müdahale bakış açısına sahip Kanada Aktivite Performans Modeli

(KAPM) , İnsan Aktivite Modeli ve Kişi Çevre Aktivite Modeli (KÇAM) temel alınarak tanımlandığı bildirilmiştir (48-51).

İnmeli bireylerde problemleri tanımlama, bunlarla ilişkili performans ve tatmin düzeylerini değerlendirmede Kanada Aktivite Performans Ölçümü'nün (KAPÖ) kullanılabilir olduğu belirtilmiştir (48). Ergoterapistler katılımı ilişkili değerlendirmelerde KAPÖ'yü bir değerlendirme alternatifi olarak düşünmektedirler (52). İnme sonrası işe geri dönüşü değerlendirme amacı ile KAPÖ'nün uygun bir değerlendirme olduğu aynı değerlendirme sonuçlarının serbest zaman ve kendine bakım aktivitelerindeki performans ve tatmini de ortaya çıkardığı belirtilmiştir (53). Benzer olarak edinilmiş beyin yaralanması olan bireylerde toplum temelli rehabilitasyonda KAPÖ'nün uygun bir ölçüm olduğu gösterilmiştir (54).

KÇAM, kişi merkezli yaklaşımlar ve değerlendirmeler temelinde geliştirilmiştir. Değerlendirme bu temel üzerinden yapılandırılmaktadır. KAPÖ değerlendirme amacı ile tercih edilen ölçüm araçlarından (55).

İnmeli bireylerde aktivite, rol ve ilişkilerde değişim olmaktadır. Ergoterapistlerin bu bağlamda sosyal aktiviteler, serbest zaman aktiviteleri ve araba kullanma aktivitelerini içeren değerlendirmelerde İnsan Aktivite Modelini kullandıkları gösterilmiştir (51).

2.3. İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırılması (ICF)

DSÖ 2001 yılında İşlevsellik, Yeti Yitimi ve Sağlığın Uluslararası Sınıflandırmasını (ICF) yayınlamıştır. ICF sağlık konusunda uluslararası ve disiplinler arası bilimsel bir temel sağlamıştır (56).

ICF fonksiyonu, kişinin sağlık durumu, çevresel faktörler ve bireysel faktörler arasında dinamik bir ilişki olarak kavramsallaştırmaktadır. Fonksiyon ve özrünün sınıflandırılmasında farklı sağlık durumlarında kesin ya da var olan bir ayırım bulunmamaktadır. Özur etyoloji ile sınıflandırılmamaktadır. Bu bağlamda ICF'de etyoloji nötral bir pozisyonda yer almaktadır. Örneğin bir kişi yürüyemiyor ya da çalışmıyor ise bir dizi farklı sağlık durumu ile ilişkili olabilir. Fonksiyon için sağlık

durumuna odaklanan bakış açısındaki değişim ile ICF tüm sağlık durumlarına eşit seviyede ve kendi genel çerçevesi ile bakmaktadır (56).

ICF fonksiyon ve özürlü sağlık kavramı içinde kavramsallaştırmaktadır. Tanı konulmuş ya da konulmamış herhangi bir sağlık durumu ICF kullanıldığında hemen her zaman anlaşılacaktır (56).

ICF iki temel bileşen ile sınıflandırma yapmaktadır. İlk bileşende fonksiyon ve özürlülük ikinci bileşende bağlamsal faktörler yer almaktadır. Fonksiyon ve özürlülük bileşeninde vücut fonksiyonları ve vücut yapıları ile aktivite ve katılım, bağlamsal faktörlerde çevresel ve kişisel faktörler yer almaktadır (56).

Fonksiyon; vücut fonksiyonları, vücut yapıları, aktiviteler ve katılımı kapsayan genel bir terimdir. Kişi ve onun bağlamsal faktörleri arasındaki pozitif yönleri göstermektedir (56).

Özur; yetersizlikler, aktivite limitasyonları ve katılım kısıtlılıklarını içeren bir terimdir.

Vücut fonksiyonları; vücut sistemlerinin fizyolojik fonksiyonudur.

Vücut yapıları; organlar, ekstremiteler ve onların parçalarını kapsayan vücudun anatomik bölümleridir.

Yetersizlik; fark edilir deviasyon ya da kayıp gibi vücut fonksiyon ve yapılarındaki problemlerdir.

Aktivite; birey tarafından bir görev ya da eylemin yerine getirilmesidir.

Katılım; yaşamın içinde yer almadır.

Aktivite limitasyonları; bir kişinin aktiviteyi yerine getirmede yaşadığı zorluklardır.

Katılım kısıtlılıkları; bir kişinin yaşam içinde var olmada tecrübe ettiği problemlerdir.

Çevresel faktörler; insanların yaşadığı ve iletişimde bulunduğu fiziksel, sosyal ve zihinsel çevredir (56).

ICF hem bazı alt grupları hem de özel gruplardaki özür ya da fonksiyonu tanımlamak için kullanılabilir. Örneğin mobilite limitasyonları olan özel bir grup için özür seviyesi ile ilgili sonuçlar ile ilgilenmektedir. Diğer grupta ise yaşam içine katılımda bireysel yardıma ihtiyacı olan kişiler için servis sağlama sürecinde yol gösterici olabilir (56).

Katılım kavramı bu sınıflandırma içinde önemli bir yere sahip olmakla birlikte sağlık bakımı, rehabilitasyon ve ergoterapi içinde merkezde yer alan bir kavramdır. Ergoterapi bakış açısı insanların yaptığı, sağlık ve gelişim için önemli aktivite yönleri olan şeylere odaklanır. Bu bakışın önemli yönleri;

Önemliliğin ya da anlamlılığın subjektif tecrübeyi içermesi,

Otonomi ve kendi kendine karar vermenin subjektif tecrübeyi içermesi,

Farklı aktiviteler arasında kompleks bir ilişkinin olmasıdır (57).

ICF’de yer alan katılım tam olarak incelendiğinde, ergoterapi bakış açısının bu yönleri ortaya çıkmaktadır (57).

Bununla birlikte ICF içinde yer alan katılım kavramı, bireylerde gözlemlenen performans bağlamında incelenmekte, bireyin subjektif olarak anlamlı bulduğu tecrübeler yer almamaktadır. Ergoterapi bakış açısına göre bu ICF’in en önemli eksikliğidir. Çünkü ergoterapi literatürü ve teoriler bireyin günlük yaşamdaki katılımını yine bireyin subjektif tecrübelerini vurgulayarak performans komponentlerine odaklanma yolu ile geliştirmiştir. Bu açıdan ICF’in katılımı doğal şartlarda gözlemlenen performans olarak ele aldığı daha doğru bir tanımlama olacağı belirtilmektedir (57). Katılım tanımı ile ilgili ikinci bir konu ise, bireylerin günlük yaşamlarını etkileyen fırsatlar ve bireysel sorunlar üzerinde karar verme (otonomi) konularını vurgulamamasıdır. Otonomi ve kendi kendine karar verme objektif ve subjektif yönleri ile tanımlanmalıdır. Objektif yön toplum, onun kanunları

ve organizasyonlar ile ilgilidir. ICF objektif yönler ile ilgili olarak çevresel faktörlerin kullanımı ile farklı sınıflandırmalar yapmaya uygundur. Subjektif yön bireyin otonomisi ve kendi kendine karar verebilmesidir. Katılımın bu yönü ise kolaylıkla gözlemlenemez. ICF de subjektif yön yer almamıştır. Ergoterapi bakış açısından bu da iyi anlaşılamamış bir konudur. Ergoterapi bireylerin yaşam içinde izlenmesinden ziyade, bireylerin istediği ya da seçtiği şeyi yapıp yapamadığı konusunun önemli olduğunu vurgulamaktadır. Ergoterapi bakış açısı ile çevresel faktörlerde farklı ve önemli birkaç nokta üzerinde durulmaktadır. Çevrenin bariyer veya kolaylaştırıcı olduğu yönünde kesin bir ayırımdan öte aynı çevrenin hem bariyer hem de kolaylaştırıcı etkenleri içinde barındırabileceği gerçeğini vurgulanmaktadır (57,58).

Sonuç olarak ICF uluslararası tanımlanmış bir model olup sağlık bakım sistemlerinin ve sosyal politikaların farklı ülkelerdeki etkisini ortaya çıkarmaya yardım etmeyi amaçlamaktadır. Ergoterapi bu modeli ergoterapi bakış açısı ile destekleyerek kullanabilir (58). Literatür ICF'in kavramsal ergoterapi modelleri ile benzerlilikleri ve farklılıkları karşılaştırılarak yararlı bir referans çerçevesi gibi kullanılabileceğini göstermektedir (59).

2.4. Bakım Verme

2012 yılı Türk Dil Kurumu sözlüğünde, bakım kelimesi; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır (60). Toseland ve diğerleri (61) bakım vermenin tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, emosyonel destek, fiziksel ya da maddi destek vermeyi de kapsadığını ifade etmişlerdir. Araştırmacılar diğer yardım çeşitlerinin ise sağlık bakımını ve aldığı bazı sosyal hizmetleri koordine etme, rutin sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, takip etme vb.), kişisel bakım (yıkama, beslenme, tualete gitme, giyinme vb.) ulaşım, alışveriş, küçük ev işlerini yapma, para yönetimi, maddi yardım ve aynı evi paylaşma olduğunu belirtmişlerdir.

Bakım verme ise resmi ya da resmi olmayan olmak üzere genellikle iki şekilde incelenmektedir. Resmi bakım verme, evde ya da kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakımdır (62).

Kasuya ve diğerleri (63) resmi olmayan ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım vermenin, bakım verenin bir yakınına yardım etme rolünü üstlenmesi olarak tanımlamışlardır. Resmi olmayan bakım verenler, evde bakım sağlayan aile üyeleri veya arkadaşlarıdır. Resmi olmayan bakım verenler primer bakım verenler olarak da tanımlanmaktadır. Primer bakım verenler herhangi bir ücret ödenmeksizin bakım sorumluluğunu alan bireyler olarak tanımlanmaktadır (64).

2.4.1. İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde ICF

İnme diğer kronik hastalıklardan farklı olarak aniden gelişen bir durumdur. İnmeli bireye bakım veren kişiler bu ani sürece uyum sağlamada güçlükler yaşamaktadır (65,66). Bu süreç hastane ortamında başlayıp uzun dönemde ev ve sosyal hayatta devam etmektedir (67).

a) İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Vücut Fonksiyonları ve Yapıları

Bakım verenlerin fiziksel, psikososyal ve kognitif yapıyı içeren fonksiyonel kayıplar yaşadığı bildirilmiştir (3,4).

Erken dönem, hastane ortamında gerçekleşen hasta ve bakım veren için farklı boyutlarda zorlukların yaşandığı bir süreçtir (20). İnme teşhisi ile birlikte hasta ve ailesi ciddi düzeyde anksiyete ve şok belirtileri göstermekte, bu duruma inanmamaktadır. Aileler gelecekte ne olacağı ile ilişkili olarak stres, konfüzyon, korku ve kontrol kaybı yaşanmaktadır. Ciddi düzeyde etkilenimi olan inmeli bireylerin ailelerin de hastayı kaybetme korkusu olaya eşlik etmektedir. Bazı aileler hazır olunmayan bu durum karşısında hastayı, kendilerini, hastanın bakıcısını ya da acil servis çalışanlarını suçlamaktadır (66).

Bu süreçte bakım verenlerin en önemli ihtiyaçlarının başında sağlık profesyonellerinden sözel ya da yazılı bilgi alabilmeleri gelmektedir. Sağlık profesyonellerinin özellikle doktorların çok yoğun olmaları bu bilgi kazanımını

limitlemekte bu durum bakım verende endişe durumunun artışına neden olmaktadır. İlk defa inme geçiren kişilerin bakım verenleri teknik olmayan bir dille hastanenin her alanında hastaya özel fiziksel, emosyonel ya da bakım ihtiyaçları ile uzun dönem sonuçlarını sorgulayan bilgi talep etmektedir (65,66). Benzer şekilde ilk defa bakım verenler kendi eğitim ihtiyaçları ve ne sormaları gerektiği konusunda da belirsizlik yaşamaktadırlar (68). Hasta stabil olduğunda ise inme olayını ve aileyi neler beklediği ile ilgili sorular tanımlanmaktadır (18). Bilginin yeterli olarak sunulmaması bakım verenlerde girişimci olmaya ve kendi kendilerine kaynak aramalarına da neden olabilmektedir. Bu arayışın sonucu elde edilen bilgiler ise anlaşılması zor ve uygulamada sınırlı bir hazırlık sunan bilgilerle örülü olmaktadır (69).

Erken dönemde ortaya çıkan bir diğer ihtiyaç bakım sürecinin nasıl ilerlemesi ve nelerin yapılması ile ilgili bilgi gereksinimidir. Bakım verenler iyileşme sürecinin gecikmesi ve yeterli bakımı verememe ile ilişkili kaygı ve korku yaşamaktadırlar (69).

Uzun dönemde bakım verenlerde bakım yükü ile ilişkili olarak genel bir gerilim, izolasyon ve hayal kırıklığı yaşanmaktadır (67). Bakım verenlerin inmeli bireyin ruhsal durumunda yaşadığı zorlukları çözebilmek adına kendilerini mutlu gösterdikleri ve negatif ruhsal durumlarını ev dışında parkta yürüme, arkadaş ya da dini alanları ziyaret etme sırasında gösterdikleri belirtilmektedir (70). İnme öncesi hasta ile bakım verenin birlikte yaptıkları aktivitelerin sonrasında yapılamaması bakım verende yalnızlık duygusuna neden olmaktadır. Bakım verenin birlikte yapılan aktiviteye tek başına katılmasının yanlış olduğunu düşünmesi suçluluk duygusunun bir sonucu olarak görülmektedir (71). Bakım veren hasta odaklı olarak yaşamakta onun ihtiyaçları için yaşamında değişiklikler yapmaktadır. Değişiklik dışında bir alternatifi olmadıklarını düşünmektedirler. Bakım ile ilgili yapılanların eksik olması rehabilitasyon amaçlarının kendileri tarafından karşılanamaması kaygısını taşımaktadırlar. Sorumluluğun artması ile ilişki olarak ise fark edilir düzeyde iş yükünde de artış olması bakım verenler tarafından korkunç bir tecrübe olarak ifade edilmektedir. Artmış iş yükü oryantasyon bozukluğuna neden olabilmekte ilaç takibi gibi bir konuda yanlışlık yapılmış olması düşüncesi bakım veren için yeni bir kaygı nedeni olabilmektedir. Benzer şekilde hastanın gece uyumaması ve bakım için

yardım istemesi bakım verenin tükenmesine yol açmakta, bakım veren ise bu durumun bir sonucu olarak hastanın transferlerinde onu düşürme kaygısı yaşamaktadır. Bu süreçte yaşananlar tükenmişlik, garip bir hal içinde olma ve izolasyon olarak da ifade edilmektedir (66). Bakım verenin iyi olma hali ile inmeli bireyin yetersizlikleri, problemleri ve depresif semptomları arasında ikili bir ilişki söz konusudur. İnmeli bireyin yetersizlikleri ve problemleri bakım vereni negatif olarak etkilemekte bununla birlikte bakım verenin problemlere ve yetersizliklere karşı geliştirdiği reaksiyonlar inmeli bireyin iyi olma halini ve inme sonuçlarını negatif etkilemektedir (72).

Bakım verme sürecinde yaşanan artmış iş yükü fiziksel strese de neden olmaktadır (73). Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeyi yüksek bireylerin bakım verenlerinde bel ağrısı oldukça sık görülmektedir. Hijyen ve giyinme aktivitelerinde ciddi düzeyde etkilenimi olan bireylerin bakım yükünde de fark edilir düzeyde artış olmaktadır (74). Bağımlılığın getirdiği yük ile birleşen ev ve ev dışı artmış sorumluluklar bakım verende fark edilir düzeyde yorgunluğa neden olmaktadır (20). Bakım verenin tecrübe ettiği yüklenme ve depresyon düzeyi ile fiziksel yaralanma düzeyi arasında da pozitif bir ilişki vardır (75). Çoğu bakım veren inmeli bireyin kişilik değişiklikleri ve bu değişikliklerin devamlılığı, tekrar inme geçirme riski ve inmenin gerçek belirtileri ile ilgili kaygı yaşamaktadır. Bakım verenler tükenmişlik, sinirlilik, bunalma, bitkin ve bıkkın bir ruh hali içinde bakım yükünü karşılamaktadırlar. Bazıları bu süreçte ekstra enerji arayışına girmekte bazıları ise enerjilerinin yarısını kullanabildiklerini düşünmektedir. Bakım verenler, hasta olma, doğru karar alabilme ve hatta sevdiği kişiden önce ölme konusunda konuşmaktadırlar. Bu durum enerji kaybına, yorgunluk hissine veya uyuyamama ve dinlenememeye neden olmaktadır. Sürekli olarak bakım içinde olma yapılacak tüm aktiviteleri bakım verenin yüklenmesi fiziksel zorlanmaları artırmaktadır. Bakım verenin hasta ile samimiyeti ve ona olan ilgisi gece onunla aynı ortamı paylaşması uyku düzensizliklerine neden olmaktadır. Bakım verenler fiziksel fonksiyon ve emosyonel rollerde yaşadıkları limitasyonların bir uzantısı olarak fiziksel rollerinde de limitasyonlar yaşamaktadırlar (76).

İnmeli bireylere bakım verenlerde vücut fonksiyonları ve yapılarının değerlendirilmesinde fiziksel ve psikolojik yapıda meydana gelen değişiklikleri tanımlayan motor, duyu ve emosyonel durum ile ilişkili değerlendirmeler kullanılabilir. Değerlendirmeler standardize ölçüm yöntemleri, yüz yüze yapılan görüşmelerde sunulan yapılandırılmış sorular ve telefon aracılığı ile yapılan yapılandırılmamış sorular ile elde edilebilir (14,27,75). Literatürde bakım yükü ölçeklerinin ve depresyon skalalarının sonuç ölçümünde kullanıldığı gösterilmiştir (76,77). Bakas Bakım Verme Etki Ölçeği (BBVEÖ) inmeli bireylerin bakım verenlerinde kullanılmak üzere geliştirilmiş bir ölçek olup Türkçe güvenirlik ve geçerlilik çalışması Can (78) tarafından yapılmıştır. Sonuç ölçümlerinde bakım verenle yapılan görüşme kayıtları da sıklıkla kullanılmaktadır (14). Grant ve diğerleri (27) bakım verme sürecinin hem erken hem de uzun dönem sonuçlarını tanımlamak için yarı yapılandırılmış sorulara dayalı görüşme kayıtlarını kullanmışlardır.

b) İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Aktivite

İnme süreci ile birlikte bakım verenin rollerinde ve sorumluluklarında değişim olmaktadır. Bakım verme durumunun günlük yaşam aktivitelerini düzenleme, ev içi ve dışındaki aktiviteleri yerine getirme gibi çok boyutlu bir rol olması kişilerin kendi sağlıkları için bir şeyler yapmalarını engellemektedir. Bakım verenler sağlıkları için önemli olduğunu bildikleri aktiviteleri zaman kısıtlılığı ve enerji yokluğundan dolayı yapamadıklarını belirtmektedirler. Boş zamana ihtiyaçları olduğunu ve bazen bu sorumluklardan kaçmak istediklerini ifade etmektedirler. Bakım verme durumu ile birlikte aktivite değişimi de yaşanmaktadır. Evli çiftlerde bakım sürecinin etkileri ile ilgili yapılan bir çalışmada aktif bir yaşantıya sahip bayan bireylerin bakım sürecinde rekreasyonel aktivitelerinde azalma olduğu, inaktif bireylerin ise bakım yardımları ile fiziksel aktivite düzeylerinde artış olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte tüm bakım verenler önceki yaşamlarını daha aktif, meşgul ve bağımsız olarak tanımlamışlardır. Önceki yaşamın eşleri ile birlikte yaptıkları serbest zaman aktiviteleri ile dolu olduğunu ifade etmişlerdir (71).

Nöropsikiyatrik semptomların eşlik ettiği inmeli bireylerin bakım verenlerinde bakım yükünde artış görülmektedir (79). Kognitif ve/veya psikolojik kökenli problemlerin dışında fiziksel fonksiyonların düşük olması da bakım yükünü

artırmaktadır (80). Orta ve ciddi düzeyde nörolojik defisiti olan, günlük yaşam aktivitelerinde yavaş gelişim gösteren hastalara ait bakımın negatif sonuçları görülmektedir (81). İnmeli bireyin bağımlılık düzeyi bakım verenin özellikle transfer aktivitelerinde zorlanmasına yol açmaktadır. Artmış yüklenmeler bakım verenin sağlık durumunun bozulmasına neden olmaktadır. Bu durum bakım aktivitelerinin yapılmasını da zorlaştırmaktadır (71). Benzer olarak tekerlekli sandalye kullanan inmeli bireylerin bakım verenlerinde bakım ile ilgili öncelikler ve tekerlekli sandalye kullanımında verilen yardımın fiziksel güç gerektirmesinin bir sonucu olarak serbest zaman aktivitelerine yeterince zaman ayıramadıkları belirtilmiştir (82).

İnmeli bireyin fonksiyonel düzeyinin bakım verenin aktivitelerine olan yansımaları değerlendirme amacı ile yüz yüze yapılan görüşmeler kullanılmaktadır (83). Ergoterapist, fizyoterapist, sosyal çalışmacı, doktor ve hemşireden oluşan sağlık profesyonellerinin bakım rolü ile ilgili sağlık, aile ilişkileri, sosyal roller, sorumluluklar, ekonomik durum ve emosyonel iyi olma durumunu yarı yapılandırılmış görüşmeler ile sorguladıkları değerlendirmelerde kullanılmaktadır. Bu değerlendirmeler telefon ile yapılmakta ve sonuçlar kayıt edilmektedir. Elde edilen veriler bakım verenin zorunlu olarak yaptığı aktiviteler ile birlikte onun için anlamlı aktivitelere katılımı hakkında bilgi vermektedir (84). Benzer olarak yarı yapılandırılmış görüşmeler ile taburculuk sonrası yaşanan tecrübeler ve değişiklikler tanımlanmaktadır. Bu görüşmeler bakım aktivitelerinin, hem günlük rutin aktiviteler hem de bakım verene ait aktiviteler üzerindeki etkisini ortaya çıkarmaktadır (85).

c) İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Katılım

İnmeli bireyin özür durumu ve depresyon düzeyi eşini ve aile yaşamını negatif etkilemektedir. Evli çiftlerde aile fonksiyonlarında, problem çözmede, aile iletişimde, evlilik ve cinsel yaşam memnuniyetinde uzun periyotta devam eden negatif değişiklikler yaşanmaktadır (86). İnmeli birey sosyal ilişkilerde ciddi bir stres yaşamakta, bu stres çocukları ya da eşi ile ilişkisini bozmaktadır. İlişkide yaşanan bu değişim hem hasta hem de bakım vereni derinden etkilemektedir. Hastalığa eşlik eden konuşma problemi hasta açısından oldukça önemli olarak tanımlanmakta sıklıkla ve spontan olarak iletişim ile ilgili problemler yaşanmaktadır. Konuşma problemi hasta için kendine güven problemi olarak da tanımlanmaktadır. Hastalar

için konuşma oldukça önemli bir problem olmakla birlikte bakım verenler çoğunlukla bu durumun ciddi bir problem olmadığını düşünmektedirler. Bununla birlikte hasta sinirli ya da yorgun olduğunda konuşmanın oldukça güç olduğu bildirilmiştir. Hastalık ile birlikte ortaya çıkan bağımlılık ve sosyal destek ihtiyacı ile bağlantılı olarak aile içinde rol değişimi yaşanmaktadır. Bayan bakım veren bireylerin en fazla endişelendikleri konu eşlerinin çalışmaması ve bunun sonucu olarak yaşanan depresyon durumu olarak belirtilmektedir (87).

Uzun dönem bakım çoğu zaman her iki taraf için de sosyal izolasyona neden olmaktadır. Hastanın bağımlılık düzeyi yalnızlığı tercih etmesine yol açmakta buda ona bakan kişi içinde bir kısıtlılık getirmektedir (88). Bununla birlikte artmış bağımlılık artmış bakım yükü ve yorgunluğa neden olarak sosyal hayatı bu boyutu ile de sınırlayabilmektedir (89). Hastanın kognitif değişiklikleri de sosyal aktivitelere ve aile toplantılarına katılımın azalmasına neden olmaktadır (70).

İnme sonrası yaşanan mali problemler ise hem hasta hem de ailesini etkilemektedir. İnme gibi kronik hastalıklarda ekonomik desteğin olmayışı hasta ve bakım vereni için farklı problemlere neden olmaktadır. İnmeli bireyin yaşı, özür durumu, işe uzun süre ara vermesi gibi faktörler sınırlı işe dönüşe neden olmakta aynı zamanda tıbbi tedavisi ve fizyoterapi harcamaları da devam etmektedir. Özellikle kırsal kesimde yaşayan ve eğitim düzeyi düşük bakım verenler için bu durum ciddi bir problem olarak tanımlanmaktadır (73). Bu bölgelerde yaşayan kişiler tedavinin devamlılığını sağlama ve tedaviye ulaşma konusunda mali engellerle karşılaşmaktadırlar. Bakım verenler ekonomik açıdan yaşadıkları problemlerin tedavi ve aile gelirini sağlama boyutundaki sonuçlarının tam olarak ailesel bir probleme dönüştüğünü, yaşanan bu baskının aile içi ayrılma hissine neden olduğunu ifade etmektedirler (70).

Mali problemlerin yanında ev içi ve dışı sorumluluklar ile bakım işi sosyal hayat değişimine neden olmaktadır. Bakım ihtiyacının devamlılığı evde bir hastanın olması yakın çevre ile olan ilişkilerin de azalmasına yol açabilmektedir. Hastalık öncesi var olan sosyal çevrede bir azalma yaşanmaktadır (66). Hastanın yaşadığı evin özellikleri de (asansörsüz bir evde üst katta oturma gibi) sosyal hayat için bir

sınırlamaya neden olmakta ailesi bu sınırlama ile ilişkili bir izolasyon yaşayabilmektedir (70).

Bakım verenlerin karşılaştıkları bu problemleri çözme amacı ile farklı destek programları sunulmaktadır. Psikolojik destek, danışmanlık hizmetleri ve stres yönetimi gibi yaklaşımların pozitif sonuçları gösterilmiştir (90). Bakımda yardım alma ve değerli aktivitelere katılmanın psikolojik iyi olma durumu ile doğru orantılı olduğu bildirilmiştir (91). Ev destekli tedaviler ile de benzer sonuçlar elde edilmektedir (92). Bunların bir sonucu olarak bakım işinde pozitif tecrübeler kazanma pozitif baş etme ile ilişkilendirilmiştir (93).

Bakım verenlerde anlamlı aktivitelere katılımı değerlendirmek amacı ile bakım verme etki anketleri kullanılabilir. BBVEÖ’de yer alan sosyal fonksiyon ile ilgili sorular aile ve arkadaş ilişkilerini sorgulamakla birlikte sosyal aktiviteler için ayrılan zaman ve genel olarak yaşamın nasıl değiştiği ile ilgili sonuçları da ortaya çıkarmaktadır (78). Benzer şekilde anlamlı aktivitelere katılımı değerlendirmek amacıyla farklı bakım verme etki anketleri de kullanılmaktadır (94). Değerlendirmede yaşam kalitesi anketleri de yaygın olarak tercih edilmektedir (89).

Katılım, kişi merkezli değerlendirme bakış açısıyla KAPÖ ile de değerlendirilebilir. Literatürde KAPÖ’nün bakım verenlerin bakım işi ile ilgili olarak yaşadıkları zorlukları tanımlamak amacı ile kullanıldığı gösterilmiştir (82). Bazı çalışmalarda KAPÖ inmeli bireyin yaşadığı zorlukları tanımlamak amacı ile hasta ve/veya bakım vereninin verdiği yanıtlar ile şekillendirilmiştir (95). Bakım veren ile hasta arasındaki ilişki çok yönlü ve birbiri ile iç içe geçmiş bir yaşantı gibi tanımlanabilir. Bu yönü ile KAPÖ hasta adına yapılan bir değerlendirme olduğunda bile bir yönü ile bakım verenin yaşadığı zorlukları da ortaya çıkarmaktadır.

d) İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Çevresel Faktörler

Bakım verme, hastane ortamında başlayan ev ve toplumsal katılımı devam eden bir süreç olarak yaşanmaktadır. Bakım verenler erken dönemde karşılaştıkları bu yeni durumla ilişkili olarak sağlık profesyonellerinden bilgi ve destek almaya çalışmaktadır. Bu destek onlar için oldukça değerli olmakla birlikte çoğu zaman

yeterli zaman ayrılmaması ve çok anlaşılır olmayan bilgi paylaşımları bakım verenler için hayal kırıklığı yaratmaktadır. Sağlık profesyonelleri ile birlikte aile üyelerinin desteği de oldukça önemli görülmektedir. Bakım verenler çoğunlukla çocuklardan alınan bu destek ile o süreci daha iyi geçirebildiklerini ifade etmektedirler. Öte yandan tanımlanan destek ağları uzun dönemde azalmakta, özellikle kırsal kesimde yaşayan bakım verenlerin tek başlarına bütün sorumlulukları almak zoruna kaldıkları belirtilmektedir (96).

Kültürel açıdan bakım rolü ile ilgili beklentilerde değişim yaşanmaktadır (97). Bununla birlikte ülkemizde ve birçok ülkede bakım ile ilgili roller aile üyelerinin temel bir görevi olarak tanımlanmaktadır. Bu durum bakım verenler tarafından kabul edilip yapılması gereken yeni bir sorumluluk olarak görülebilmektedir. Ancak bu sorumluluğun getirdiği negatif sonuçlar da söz konusudur. Sorumlulukların artışı bakım verenin kendi hayatının dışında bir başka hayat içinde yaşaması gibi bir duruma da neden olabilmektedir (78).

Bakımın ekonomik boyutu bakım yükünü artıran bir faktör olarak tanımlanmaktadır (73). Bu yükün azaltılması anlamında kurumsal destekler sağlanabilmektedir. Ülkemizde de bakım verenlere yönelik ekonomik destekler sağlanabilmektedir (98).

Bakım verenlerin yaşadıkları çevrenin ve evin fiziksel özellikleri de bakım sürecini farklı şekillerde etkileyebilmektedir (70). Kırsal bölgelerde yaşayan bakım verenler sağlık merkezlerine ulaşmada ciddi problemler yaşadıklarını belirtilmiştir (73).

Bakım verenlerde çevresel faktörlerin değerlendirilmesi ile ilgili açık uçlu soruların yer aldığı yüz yüze yapılan görüşmeler ya da kişi çevre uygunluğu skalası gibi standart başlıkların yer aldığı ölçekler kullanılabilmektedir (14,15). Bu değerlendirmelerin yanında, çevre ile ilgili yaşanan problemlerin KAPM gibi özel bir model çerçevesinde değerlendirilebileceği gösterilmiştir (95).

e) İnnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Kişisel Faktörler

Kişisel faktörler, yaş, cinsiyet, medeni durum, eşlik eden hastalıklar, bakım verilen kişiye yakınlık ve onunla ilişki şekli, önceki ve şimdiki iş durumu, eğitim

seviyesi, sağlık ve yaşlanma ile ilgili durumlar, problemlere bakış açısı, kendine güven, hastalık algısı ile kamu kaynaklarının kullanımında isteksizlik alt başlıklarında değerlendirilebilir (99).

2.5. Yaşam Kalitesi

DSÖ yaşam kalitesini, bireyin yaşadığı alan ve yaşam alanı ile ilgili amaçları, beklentileri, standartları ve endişeleri kapsayan kültür ve değer sistemleri içinde yaşamdaki pozisyonunu algılayışı olarak tanılamaktadır. Yaşam kalitesi kişinin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu, bağımsızlık düzeyi, sosyal ilişkileri, bireysel inanışları ve yaşadığı çevrenin belirli özelliklerinden etkilenen geniş bir kavramdır (100).

Yaşam kalitesi, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi kavramını da kapsamaktadır. DSÖ sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin, sağlığın fiziksel, psikososyal ve sosyal fonksiyon yönü ile iyi olma halini kapsayan çok boyutlu bir bakış açısına dayandığını bildirmiştir (101).

2.5.1. İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesi

İnmeli bireyin özellikleri (fonksiyonel durum ve gelir düzeyi) ile bakım verenin özellikleri (ırk ya da etnik grup, inmeli bireye yakınlık) baş etme durumu ile ilişkilendirmektedir. Baş etme durumu ile bağlantılı bakım yükü, bakım alan kişinin memnuniyetsizliği, bakım verme performans memnuniyetsizliği, bireysel yaşam içindeki negatif sonuçlar ve bakım veren depresyonu ise yaşam kalitesi sonuçlarını ortaya koymaktadır (102).

İnmeli birey ve bakım verenin yaşı ile inmeli bireyin yaşam kalitesi ve negatif bakım rolünün bakım verenin yaşam kalitesinin mental sağlık alanı için önemli bir belirleyici olduğu bildirilmiştir. Bakımla ilgili intrinsik ödüllerin ve karşılıklı memnuniyetin bakım rolünün pozitif yönlerini belirlemede önemli olduğu ifade edilmektedir (103).

Bakım verenin eğitim düzeyi, planlama ve baş etme stratejileri ile sağlıkla ilgili yaşam kalitesi arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir. Yüksek eğitim

düzeyine sahip bakım verenlerin bilgiye daha rahat erişebilmesi ve inme bakımı konusundaki bilgi düzeylerinin daha etkili problem çözme ve bakım rolüne daha iyi adapte olma ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (104).

Yaşam kalitesi yönünde pozitif sonuçlar tanımlanmakla birlikte inmeli bireye bakım verenlerin tecrübe ettiği aşırı zorlu yaşam şekli yaşam kalitesini azaltmaktadır (105). Bakım verenin sağlık durumu, sosyal yaşamı ve iyi olma hali bozulmaktadır (106). Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığı fazla olan bireylere bakım verenlerde psikososyal sağlığın bozulduğu gösterilmiştir. Artan bakım yükünün ve buna eşlik eden bakım verenin azalmış mental sağlık algısının bu durumla ilişkili olabileceği bildirilmiştir. Benzer şekilde günlük bakım saatinin mental sağlık alanını negatif etkilediği, ayrıca bakıma harcanan zamanda artışın, arkadaş ve aile üyeleri ile sosyalleşme, bireysel hobileri yerine getirme veya diğer aktivitelere katılım için azalmış zaman anlamına geldiği saptanmıştır. Tüm bu faktörler ise yaşam kalitesinin azalmasına neden olmaktadır (107).

Özellikle yaşam kalitesinin mental sağlık ve sosyal fonksiyon alanlarındaki azalma ile artmış bakım yükü arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (108). Türkiye’de yapılan bir çalışmada inmeli bireylerin eşlerinin sağlıklı eşleri olan bireylere göre fark edilir düzeyde yaşam kalitesinin sosyal fonksiyon ve mental sağlık alanlarında azalmışlık olduğu gösterilmiştir (109). Benzer olarak, inmeli bireylerin eşlerinde ciddi düzeyde bakım yükü, depresyon, azalmış yaşam memnuniyeti ve ilişki ahenginde azalma olduğu bildirilmiştir (110). Eşler arasındaki uyumun azalması, sosyal ilişkilerde yaşanan kısıtlılıklar ile artmış depresyon düzeyinin yaşam kalitesini negatif etkilediği gösterilmiştir (111).

Bakım yükü içinde hastanın fonksiyonel düzeyinin önemli bir belirleyici olduğu, bunun ise doğrudan yaşam kalitesini düşürdüğü bildirilmiştir (112). Genel sağlık durumu ve emosyonel durum ile ilgili yaşanan problemlerin rol kısıtlamasına yol açtığı, rol kısıtlamasının ise yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmektedir (89).

2.6. İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Ergoterapi

2.6.1. İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Ergoterapi Değerlendirmesi

KAPM ve KÇAM'leri çevrenin fiziksel ve sosyal yönlerini, inmeli bireylerin ve bakım verenlerinin bireysel kapasitelerini ve aktivitelerin gerektirdiklerini tanımlamaktadır. Bu modeller sosyal etkilenimin önemini ortaya koymaktadır. İnmeli bireylerin ve primer bakım verenlerinin aktiviteleri iç içe geçmiştir. Bakım verenler inmeli bireylerin aktiviteleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Örneğin bakım veren inmeli bireyin kullanacağı alanları tanımlanma, yapabileceklerinin sınırlarını oluşturulma ile katılım için modifikasyonların kurulması üzerinde anlamlı bir etkiye sahiptir. Bununla birlikte bakım verenler inmeli bireyin tecrübe ettiği değişikliklerin bir sonucu olarak aktivite katılımında kısıtlanmalar ve azalmalar yaşamaktadır. Bu bağlamda değerlendirmeler bakım verenin aktivitelerindeki değişiklikleri, rol değişimlerini ve bunların etkilerini ortaya koymalıdır (49).

Ergoterapistler yarı yapılandırılmış görüşmeler ile bakım verenler için en önemli konuları, inme öncesi yaşam şeklini, inmenin neden olduğu temel problemleri, inmenin aktiviteleri, rolleri ve ilişkileri nasıl etkilediğini tanımlayabilirler. Bu değerlendirmeler ile ailenin yapısı, özürlü aile rollerini nasıl etkilediği, sosyal, fiziksel, kültürel çevrenin rol değişimi ve rolleri yerine getirme üzerindeki etkisi ortaya çıkarılabilir (113,114).

Değerlendirmelerin bakım verenin sosyo-demografik özelliklerini, sosyal ve aile desteklerini, bakım veren hasta ilişkisini ve o anki durumu, ekonomik durumu, baş etme stratejilerini, yeteneklerin farkında olma durumunu, genel sağlık ve iyi olma hali ile bakım verme nedenini de göstermesi gerektiği belirtilmektedir. Bakım veren için motivasyon, endişe ve ihtiyaç konularının iyi bilinmesi gerektiği bununla birlikte ihtiyaçların zaman içinde değişeceğinin akılda tutulması gereken bir durum olduğu bildirilmiştir (29).

Literatürde inmeli bireylerin bakım verenlerinde, bakım etki düzeyi, yaşam memnuniyeti, bakım tecrübeleri, yaşam kalitesi, sosyal problem çözme yeteneği, depresyon, bakım verenin hazır olma durumu, baş etme stratejileri, bakım verme

düzeyi (yardım), bireysel kazanım durumu ile aile fonksiyonlarının değerlendirilmesine yönelik ölçeklerin kullanıldığı gösterilmiştir (24, 26,27,78, 91)

2.7. Kişi Merkezli Yaklaşım

Kişi merkezli uygulamalar ergoterapi uygulamalarının birçok alanında önemli bir yaklaşımdır. Bu önemliliğin nedeni kişinin herhangi bir uygulamada en önemli komponent olmasıdır. Ergoterapistlerin değerleri ve inanışları kişinin aktif katılımını benimseyen kişi merkezli yaklaşımı desteklemektedir. Kişi merkezli ergoterapi değişik çevrelerde kişinin fonksiyonel performansı ile meşgul olması ve aktivite rollerini yerine getirmesinde yetkin kılan kişi ve terapist arasındaki bir ortaklık olarak tanımlanmaktadır. Kişi aktif olarak görüşmelerde yer alır. Değerlendirme ve müdahalenin merkezindedir. Bu süreçte terapist kişinin ihtiyaçlarını dinler ve onlara saygı duyar, kişinin kararlarını şekillendirmesinde kolaylaştırıcı bir rol oynar. Kişinin müdahalenin merkezinde olması özel bazı eğitimlere ihtiyacı da beraberinde getirmektedir. Geleneksel bakış açısı ile karşılaştırıldığında uygulanması oldukça zordur. Kişi ve terapist kişi tarafından belirlenen amaçları başarmak için birlikte çalışır. Kişi ile ortak çalışan terapist bir kolaylaştırıcıdır. İlgili tüm çevrelerde amaçların nasıl başarılabacağına birlikte karar verilir. Kişi anlayacağı şekilde ona sunulan bilgilere dayalı olarak kararlar verir. Bu yaklaşımın kullanılmasında engeller söz konusudur. Ancak terapist ve kişi arasındaki ortaklığın gücü birçok engelli kaldırabilir. Terapsitin katılım düzeyi kişi tarafından belirlenir, tüm bireyler bazı seçimler yapabilir ve tüm seçimlerini uygulama şansına sahiptirler (115).

Kişi merkezli yaklaşım 5 aşamadan oluşmaktadır. Bunlar referans, değerlendirme ve bilgi toplama, kişinin amaçlarını tanımlaması, amaçlara ulaşma konusunda ortak çalışma ve değerlendirmedir. İlk aşamada kişinin bakış açısı ve referans nedeninin anlaşılmasına çalışılır. İkinci aşamada KAPÖ gibi kişi merkezli yaklaşıma yardımcı bir değerlendirme aracı kullanılır. Kişinin hikayesinin anlaşılması, aktivite performansı ile ilgili bilginin elde edilmesi, kişinin probleme bakış açısı, amaçları ve değişmesini istedikleri tanımlanan değerlendirmeler ile elde edilir. Bir sonraki aşamada, müdahalenin amaçlarına karar vermeden önce kişinin kuvvetli yönleri, problemleri, elde edilebilir mali desteği, servis kaynaklarını, çevrenin durumunu, diğer bireylerin tedavideki yeri ve terapistin uzmanlığını

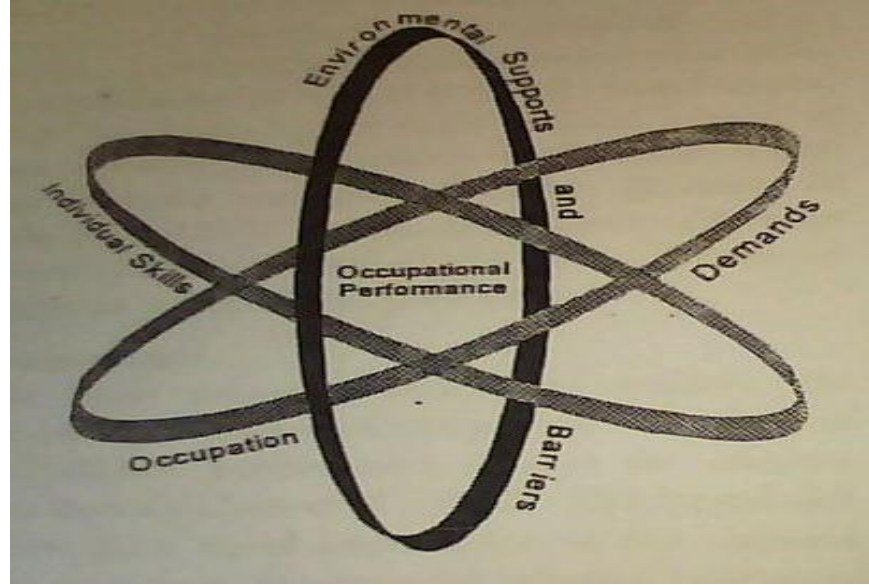
anlamış olması gerekmektedir. Bu süreç kişinin amaçları oluşturmaları ile devam eder. Dördüncü aşamada bu amaçların elde edilmesi için terapist ve kişi ortak çalışmaya başlar. En son aşamada hedefler için tekrar değerlendirme yapılır. Bu değerlendirmede de ilk değerlendirmede olduğu gibi kişi merkezli bir değerlendirme aracı kullanılmalıdır (115).

Ergoterapinin merkezinde yer alan modeller kişi merkezli yaklaşımları desteklemektedir.

2.8. Kişi Çevre Aktivite Modeli

Modelin gelişimi Lawton, Nahemow, Csikszentmihalyi, Csikszentmihalyi adlı araştırmacıların araştırmaları ile KAPÖ gibi kişi merkezli değerlendirmelere dayanmaktadır. Araştırmacıların çalışmaları ergoterapi müdahaleleri için hem kişi hem çevre düzeyinde uygun teorik fikirleri ortaya çıkarmıştır. Aynı zamanda geniş bir bakış açısı ile aktivite performans kavramına bakılmasını sağlamıştır (116).

Model kişi ve çevresi arasındaki ilişkiyi etkileşimli olmaktan ziyade geçişli olarak kavramsallaştırır. Law (117) böyle bir bakışın kişi ve çevrenin birbirine bağlı olduğunu ortaya çıkardığını ve kişinin davranışının onun olduğu alandan ayrılamayacağını bildirmiştir. Kişi ve çevre arasındaki ilişkinin karşılıklı olarak birbirini etkileyebileceğinin anlaşılması gerektiğini vurgulanmaktadır. Law ve diğerleri (117) kişinin şartlarının sürekli olarak değişebildiği ve şartların değişimi ile bir amaca ulaşmak için gerekli olan davranışların da değişebileceğini vurgulamışlardır. Bu bağlamda olayın katılım için anlamı kadar meydana geldiği çevrenin gözlenebilir özellikleri de araştırılmalıdır. Bu süreç kişi ve çevre ilişkisinin çok iyi anlaşılmasını sağlamakla birlikte kişinin davranışının nasıl değiştiğini ve çevrenin nasıl şekillendirdiğini de ortaya koyacaktır. Model insan ve çevre arasındaki ilişki ve bu çevrede meydana gelen aktiviteyi üçlü bir diyagramda tanımlamaktadır. Bu diyagram şekil 2.1’de sunulmuştur.



Şekil 2. 1. Kişi Çevre Aktivite Modeli

Bu diyagramda çevresel destekler ve bariyerler, bireysel yetenekler ve aktivite beklentileri ile bunların kesişiminde bulunan aktivite performansı yer almaktadır. Aktivite performansı kişi, çevre ve aktivite hareketinin bir sonucu olarak düşünülebilir. Aynı zamanda kişinin anlamlı aktiviteler ve görevleri yerine getirdiği çevredeki dinamik bir tecrübe olarak tanımlanmaktadır. Diyagramda bu üç komponentin kesişiminde aktivite performansı yer almaktadır. Komponentler silindirik bir şekil içinde gösterilmektedir. Bu şekil bu faktörlerin yaşam boyu devam ettiğini göstermektedir. Modelin dinamik yönünün bir yansıması olarak kesintili noktalar üzerindeki çapraz bölümler zaman içinde üç alanının her birinde farklı ilişkiler ve kuvvetlerin ortaya çıkabileceğini göstermektedir (116).

Modelde kişi kavramı subjektif tecrübe ve bakış açısındaki doğal değişikliklerle ele alınır. Kişi dinamik, motive ve her an gelişebilen, sürekli olarak çevre ile ilişkisi olan bir eleman olarak tanımlanmaktadır. Kişi zaman içinde bulunduğu çevrenin değişimi ile birlikte değişebilmektedir. Kişi holistik bakış açısı ile aklı, bedeni ve manevi özelliklerinin bir birleşimi olarak görülür. Her kişi aktivite performansını yerine getirmek için hem öğrenme hem de doğuştan var olan yeteneklerini kullanır (116).

Model kişinin davranışlarını ve aktivitelerini etkileyen çevreyi de kişi kavramı kadar önemser. Çevreyi kişiyi saran kültürel, sosyoekonomik, kurumsal, fiziksel ve sosyal yönleri ile tanımlar. Ayrıca model, bu alanların her birinin kişiye, aile çevresine, komşularına ya da yaşadığı topluma özel olduğunu düşünür. Çevre değişir aynı zamanda kişi tarafından değiştirilir. Bu değişim kişinin fiziksel değişimi, rol değişimi, alışkanlıklar ile sosyal ve kültürel değişimi ile açıklanmaktadır (116).

Modelde insanın yaptığı şeyler aktivite, görev ve rol kavramları ile birlikte düşünülmektedir. Aktivite kişinin günlük aktivite tecrübesi içinde tek bir uğraşı olarak tanımlanmaktadır. Görev bir dizi amaçlı aktivite olarak düşünülmektedir. Rol ise kişinin hayatı boyunca yer aldığı kendi kendine yönetilen gruplar, fonksiyonel görevler ve aktiviteler olarak tanımlanmaktadır (116).

Aktivite performansı aktivitelerin amacına karar verme, bu kavram içinde algılayışlar, amaçlar, sorumluluklar, istekler ve taleplerle şekillenen kompleks bir süreç olarak görülmektedir (116).

Modelin merkezinde kişi çevre ve aktivite arasındaki uyum yer almaktadır. Bu üç elementin uygunluğu aktivite performansını etkilemektedir. Law (117) büyük bir uygunluğun optimal aktivite performansını ortaya çıkardığını, bu uygunluk azaldığında ise aktivite performansının engellendiğini belirtmiştir.

Burada ergoterapistin amacı aktivite performansını geliştirmek için kişi, çevre ve aktivite arasındaki uygunluğu kolaylaştırmak ya da artırmaktır. Sonuç olarak müdahalenin amacı bir ya da birden fazla elementin değişimidir. Bir elementin değişiminin diğerlerinde de değişimi sağlayabileceği ifade edilmiştir (117).

Model Ergoterapi uygulamalarında bir dizi avantaj sağlamaktadır. Bunlar;

1. Ergoterapi müdahallerinin farklı yollarla kişi, aktivite ve çevre odaklı olarak düşünülmesi,
2. Değişimi sağlamada birçok alanının kullanım fırsatının olması,

3. Değişik düzeyde çevrelerde ve şartlarda müdahaleleri önerebilme ve yerine getirebilme,
4. Diğer disiplinler tarafından geliştirilmiş geçerliliği olan birçok ölçüm aracını kullanabilmektir (117).

KÇAM, ergoterapistler arasında bilinen bir terminoloji ile kullanım olanağı sunar. Model diğer profesyoneller ve bireylere (halka) açıklamada yol göstericidir. Ev ve/veya hastane gibi farklı uygulama alanlarında kullanılmaktadır. Akut tedavi sürecinde örneğin taburculuk planı aşamasında kısa sürede detaylı bir değerlendirme seçeneği olarak görülmektedir (118). Bununla birlikte toplum temelli yapılan çalışmalarda da etkin bir kullanımı vardır (82).

2.9. İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Ergoterapi Müdahaleleri

KÇAM'yi destekleyen farklı tedavi yaklaşımları vardır. Bunlar; sosyal problem çözme yaklaşımı, eğitim odaklı yaklaşımlar, destek odaklı yaklaşımlar, kognitif- davranışsal tedavi ve psikoeğitimsel tedavidir (28, 119-132).

2.9.1. Sosyal Problem Çözme Yaklaşımı

Sosyal problem çözme gerçek dünyada problem çözme olarak ifade edilmektedir. Bu kavram D'Zurilla ve Nezu (119) adlı araştırmacılar tarafından bir kişinin günlük yaşamında problemleri bir durumla karşılaştığında bunlarla baş etmek için tanımladığı ya da keşfettiği etkili veya adaptif yollar ile kendi kendine yönettiği kognitif davranışsal bir süreç olarak tanımlanmıştır. Bu bakış açısına göre sosyal problem çözme birinci olarak bir kişinin birçok stresli durumla etkili bir şekilde baş edebilmesi için bilinçli, rasyonel, gayretli ve amaçlı baş etme sürecidir. Sosyal problem çözme bu yönü ile bir kişinin adaptif fonksiyonunun gelişimi sonuç olarak da psikolojik ve davranışsal hastalıkları azaltma ve önlemede önemli bir faktördür (28).

Telefon kullanımı ile birlikte sosyal problem çözme yaklaşımı (TKSPÇY) Elliot, Shewchuk, Houts, D'Zurilla ve Nezu adlı araştırmacıların çalışmalarına dayanmaktadır. Bu yaklaşım hastane ortamında başlayıp ev ortamında devam eden

bir süreç olarak tanımlanmaktadır. TKSPÇY eğitimli bir sağlık profesyoneli ile hastaneden taburcu olmadan önce hasta yakını diğer bir ifade ile bakım veren ile 2-3 saatlik yüz yüze görüşmede problem çözme yeteneğinin eğitimi ile başlar. İlk seansı taburculuk sonrası 2.,3.,4.,6.,8.,10. ve 12. haftalarda yapılan telefon görüşmeleri izler. Tipik olarak ilk görüşme ortalama 40-45 dakikada, yaklaşık olarak 20-30 dakikada tamamlanır. İlk seansta bakım verme problemlerinde etkili bakım verme ve sistematik adımları kullanma amacı ile pozitif problem oryantasyonunu kullanma üzerinde eğitim yapılır. Hazırlanmış aile bakım verme modelinde 4 aşamalı problem çözme yöntemi kullanılır. Bunlar; problemin tanımlanması ve amacın şekillendirilmesi, alternatiflerin genelleştirilmesi, en etkili çözümü seçmeye karar verme ve çözümü uygulama ile kontrol etmedir. Farklı sosyoekonomik yapıya sahip bakım verenlerde bu aşamalar basitleştirilerek şekillendirilmektedir. Bunlar ise problemi tanımlama ve açıklama, ihtiyaçlara karar verme ve problem için olası çözümleri listeleme, en iyi çözüm/çözümleri seçme ve test etme ile problem çözme sonuçlarını değerlendirmedir. Problem çözme modeli ile uyumlu olarak, güvenli problem çözme adına ailedeki bakım verenler pozitif problem oryantasyonu ve problem çözme adımları açısından pratik yaparlar. Pratik olarak yapılan bu çalışmalar aile üyelerinin karşılaştığı diğer problemler için de kullanılabilir. Bu modelde aile bakım verenlerinin anlayabileceği düzeyde yazılı aile eğitim materyalleri ile problem çözme yaklaşımını kullanma ve ailenin problem çözmesinin desteklenmesinin devamlılığı da vurgulamaktadır. Problem çözme yeteneği zamanla gelişir. Her telefon görüşmesinde eğitimli sağlık profesyoneli ailedeki bakım verenden bir önceki görüşmeden bu yana karşılaşılan 3 tane en sık ve/veya stresli bakım verme problemini tanımlamasını ister ve bakım verenin öncelik sıralaması ile her bir problem için problem çözme adımlarını uygulamaya yardım eder. Problem çözme yeteneğinin eğitimi eğitimli sağlık profesyoneli ile aile bakım vereni arasında interaktif olarak gerçekleşen dinamik bir süreçtir. Telefon ile yapılan bu eğitimin arzu edilen sonuçları, bakım veren problemlerinin tanımlanması, hedefler ve planlanmış aktivitelerin yapılmasıdır. Eğitimli sağlık bakım profesyoneli bakım verme problemlerinde, bakım verenin problem çözme adımları ile yaratıcılık, iyi düşünme gücü, plan yapma ve uzman bilgisini kullanma durumunu değerlendirmek için her bir problemi tanımladıktan sonra problemi nasıl yönettiğini de tanımlamasını

ister. Cevaba göre bakım verenlere problemi tanımlaması ve açıklamasında, hangi ihtiyaçların başılabileceğine karar vermede, probleme yönelik çözümleri genellemede, yaratıcılık, iyi düşünme, plan yapma ve uzman bilgisini kullanma sürecinde ya da adımlarını gözden geçirmede ve bakım verenlerin stratejilerinin etkinliğini değerlendirmede yardım edilir. İki yönlü bu yaklaşımın kullanımı, eğitimli sağlık bakım profesyonelinin bakım verenlere bakım verme problemini yönetme için sosyal problem çözme yeteneğini kullanma konusunda yardım edebilmesini aynı zamanda bakım verenlerin kullandığı tekniklerin uygunluğu konusunda geri bildirimde bulunmasını sağlamaktadır. Sonuç olarak, bakım verenler ilerde ortaya çıkacak bakım verme problem/problemlerini yönetmede kendi sosyal problem çözme yeteneklerini geliştirebilirler. Her bir görüşmede eğitimli sağlık bakım profesyoneli problem çözme sürecini özetler ve kayıt tutar. Ayrıca bu görüşmede bir sonraki telefon görüşmesini planlar. Her bir telefon görüşmesinde kayıt kullanılır. Bu yaklaşımın başarısının sağlanmasında kültür odaklı tavırların, davranışların ve inanışların değerlendirilmesi gerekmektedir. Bireylerin tecrübeleri ve geçmişten edindikleri kültürel farklılıklar ilgili müdahalelerin düzenlenmesinde kullanılmalıdır. Kültürel olarak bakıldığında toplumsal değerler değişmektedir. Bununla birlikte kültürel olarak farklı yapılarıdaki bireylerin iletişim şekilleri de farklılık göstermektedir. Bu tip farklılıklar sosyal problem çözme yaklaşımının etkinliği için de oldukça önemlidir. İdeal olarak bu yaklaşımda sağlık profesyonelinin hasta taburcu olmadan aile bakım vereni ile en az 2 kez görüşmesidir. Taburculuk sonrası ise görüşmelerin düzenlenmesinde ailenin mevcut durumu göz önünde bulundurulur. Sağlıklı kesintisiz bir telefon görüşmesi yapmak adına bu süreç taburculuk sonrası 1-2 hafta sonrasını kapsayan sürede yapılabilir. Telefon görüşmesinin basit ve anlaşılır olması önemlidir. Konuşma içinde kullanılacak terimler ya da cümlelerde oldukça basit olmalıdır (diabetes mellitus yerine yüksek şeker gibi). Ayrıca görüşmeler sırasında bakım veren bireysel inanış sistemleri maneviyat ya da sosyal destek ağları konusunda da bilgilendirilmeli ve cesaretlendirilmelidir (26,27).

Bu yaklaşım inmeli bireylerin bakım verenlerinde hastane ortamından başlanılarak ev ve toplum temelli olarak sürdürülmektedir. Tüm aşamalarda kişi, çevresi ve devam eden aktivitelerdeki problemler sorgulanmakta ve çözüm odaklı olarak çalışılmaktadır (26-28,120,121).

2.9.2. Eğitim Odaklı Yaklaşımlar

İnmeli birey ve ailesinin yer aldığı kapsamlı inme eğitim programları kullanılmaktadır. İngiltere'nin Newcastle şehrinde Kuzey Newcastle Devlet Hastanesi'nde inme ünitesi personeli, toplum sağlığı hemşireleri, inme birliği temsilcileri ile bölgesel gönüllü sektörlerden oluşan interdisipliner bir ekip tarafından inme eğitim programı geliştirilmiştir. Program inmeli birey ve ailesinin yer aldığı bir saatlik bir eğitim ile başlar. Eğitim taburculuk sonrası her biri 1 saatten oluşan 6 farklı seans ile devam eder. Amaç inmenin doğası, tedavi ve terapötik müdahalelerin gerekçesi, hastane içinde veya taburculuk sonrasında servislere ulaşabilirlik konusunda farkındalığı artırma, inmeyi önleme konusunda bilgi ve tavsiye verme, hastalara ve bakım verenlere resmi olmayan grup oturumlarında soru sorma ve destek kazanma konusunda fırsat tanımadır. Her bir seans interdisipliner takımın bir üyesi ile gerçekleşir. Takımda, fizyoterapist, ergoterapist, konuşma ve dil terapisti, klinik psikolog, sosyal çalışmacı, bölge hemşiresi, bölge bakım verenler merkezi ve inme kulübü yer almaktadır (122). Ergoterapist iletişim yetenekleri, stratejileri, enerji koruma teknikleri ve bakım verenin günlük yaşam aktivitelerine yardım etmede doğru vücut mekaniklerini kullanma konusunda eğitici olabilir (123). Ergoterapi içinde yer alan bu tip eğitimsel programlar hastane ortamında başlanılarak toplumsal yaşam alanlarına kadar devam eder. Eğitim, hastane ortamında hastalık ve tedavi hakkında bilgi sağlama ile başlar. Günlük yaşam aktiviteleri eğitimi ve toplumsal kaynaklardan yararlanma konusunda bilgilendirme ile devam eder. Taburculuk ile başlayan süreçte ev ortamı ile ilgili yaşanan zorluklara yönelik eğitimsel müdahaleler ve sosyal servislerden yararlanma konusunda çalışılır. Bu süreç toplumsal adaptasyon ile ilgili çalışmalar ile devam eder (18). Eğitim programları bilgisayar ortamında internet temelli olarak da yapılabilmektedir. Bu programlar taburculuk sonrası ev ortamında gerçekleşir. Amaç bakım verenin iyi olma halini geliştirmektir. Program içinde inme ve bakımla ilgili doğru internet sitelerine ulaşma, eğitimsel bilgi ve bakım ihtiyaçları için tavsiyeler sunma, rehabilitasyon ekibine ulaşabilme ve soru sorabilme ile diğer bakım verenler ile iletişim kurma yer almaktadır (124,125).

2.9.3. Destek Odaklı Yaklaşımlar

Bakım verenler için eğitimli sağlık profesyonellerinin kullandığı farklı destek programları vardır. Bu programların ortak amacı pratik kullanılabilecek tavsiye ve emosyonel destek sağlamaktır. Bakım verenlerin sorunlarını, endişelerini dinleme ve karşılaştıkları zorlukları anlama üzerine yürütülen programlardır (126). Erken destekli taburcu olma servisleri hastaneden taburculuğu hızlandırma ve ev ortamında akut bakım ünitesinde yürütülen programı multidisipliner bir ekip ile yoğun bir şekilde sağlamayı amaçlar (127). Destek programları bakım verenin kendi kendine etkin olma, baş etme stratejilerini kullanma, sosyal desteklerden yararlanma konularını kapsamaktadır (127,128). Ergoterapistlerin ev ortamında yapmış olduğu değerlendirmeyi takiben tecrübeli akran grupları ile yapılan ziyaretlerde bakım veren için emosyon, bilgi ve güçlendirme odaklı destek sunulabilmektedir (129). Bir diğer destek programı danışmanlık hizmetidir. Bu programda bakım verenlerin bakım süreci ile bağlantılı olarak yaşadığı sinirlilik hali, suçluluk duygusu ve stres gibi emosyonel zorluklarla nasıl baş edilebileceği konusunda bilgi sağlanmaktadır. Bu uygulamalarla birlikte, destek programları içinde bakım veren desteklerinin önemli bir yeri vardır. Benzer durumda olan bakım verenlerle paylaşımda bulunma bakım verenler için ciddi bir bilgi sağlamaktadır. Bu birliktelik bakım veren için zor durumlarla baş etme konusunda yeni fikirler ortaya koymaktadır. Uzun dönem bakım veren bireyler aile ve arkadaş desteğini yeterli alamadıkları için onları anlayan bir kişiden desteğin alınması ayrı bir değer olarak kabul görmektedir. Burada tecrübelerin paylaşılmasının yanında terminoloji konusunda bilgi aktarımı olmaktadır. Bakım veren için onu dinleyen birinin olması, empati kurulması ve başarılı olunan stratejilerin paylaşılması oldukça değerlidir (126, 130).

Destek programlarının yürütüldüğü aralıklı bakım merkezleri de yer almaktadır. Bakım verenin evinde, günlük bakım merkezleri ya da bakım evlerinde eğitimli bir kişi veya takımla birkaç saatten birkaç güne kadar değişen bakım hizmetleri verilmektedir. Bu yönü ile bakım veren yükünde azalma olması amaçlanmaktadır (126).

2.9.4. Kognitif-Davranışsal Tedavi

Tedavi inme süreci ile başlayan zorluklar ve onlara bağlı ortaya çıkan davranışsal değişikliklerle ilgilenmektedir. Bakım verenin duygularını ifade edebilmesi ile sosyal paylaşımların sağlanması, sosyal izolasyonun azaltılması, emosyonel stabiliteyi geliştirme, inme sonrası değişen yaşam durumunu anlama ve kabul edebilme, günlük yaşamda karşılaşılan özür durumlarında nasıl baş edilebileceğini öğrenme, aktif problem çözme ile yetkin olmayı sağlama, gevşeme tekniklerini öğrenme, profesyonel destek ile rahatlama ve sağlık davranışını geliştirme odaklı çalışmalar yapılmaktadır (131).

2.9.5. Psikoeğitimsel Tedavi

Bakım verenler için grup aktivitelerinin tercih edildiği yaklaşımlardandır. Grup liderlerinin yönettiği haftalık görüşmeler yapılmaktadır. İlk seansta bakım verme zorlukları ve kendine bakım, ikinci seansta etkili stres yönetimi, kendi kendine negatif konuşmayı pozitifte döndürme, günlük olarak gevşeme aktivitelerini kullanma, üçüncü seansta etkili iletişim yeteneklerini öğrenme ve uygulanma, dördüncü seansta diğer aile üyeleri ile karşılaşılan güç durumlarda etkili iletişimi vurgulama, beşinci seansta, suçluluk gibi duygularla baş edebilmek için dinlemeyi ve tanımlamayı öğrenme yer alır. Son seansta yaşamdaki değişikliklerde ortaya çıkan duygular ve nasıl karar alınacağı üzerinde çalışılır. Bu programın kendine özel komponenti her bir seansta uygulama odaklı olarak haftalık yönetici eylem planının oluşturulmasıdır. Katılımcılar kendi eylem planlarını grup ile paylaşır ve gelişimleri devam eden seanslarda rapor ederler. Grubun eylem planı uygulaması ile geri bildirim kazanılır (132).

3. BİREYLER VE YÖNTEM

3.1. Bireyler

İnmeli bireylere bakım verenlerde kişi merkezli sosyal problem çözme yaklaşımının bakım verme rolü, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisini belirlemek amacı ile yapılan bu çalışma Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Isparta Devlet Hastanesi ile Özel Isparta Hastanesi işbirliği ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın yapılabilmesi için Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 13.03.2013 tarih ve 71 sayılı izin alınmıştır.

Çalışmaya Etik Kurul'ca ön görülen aydınlatılmış onam formunu kabul eden ve ilgili hastanelerin Nöroloji Anabilim Dalı'nda yer alan nörolog tarafından inme tanısı konulmuş bireylerin primer bakım verenleri dahil edilmiştir. Çalışmada 50 yaş ve üzerinde 61 inmeli birey bakım vereni yer almıştır. Bakım verenler basit rastgele örnekleme yöntemi ile tedavi ve kontrol grubu olmak üzere 2 gruba ayrılmıştır. Her iki gruba bakım ile ilgili temel ergoterapi stratejileri hastane ortamında anlatılmıştır (hastalık hakkında genel olarak bilgilendirmeyi takiben, hasta bakımında yararlanabilecekleri temel transfer yöntemleri ile günlük yaşam aktiviteleri sırasında kullanabilecekleri temel stratejiler). Tedavi grubu bakım verenlerine bu uygulamalar ile birlikte hastane ortamında sosyal problem çözme yöntemi öğretilmiştir. Bu yöntem ile hasta ve bakım veren ile ilgili mevcut problem ya da problemlerin tanımlanması, çözüm üretilmesi ve çözümün uygulanması sağlanmıştır. Hastaneden taburcu olmadan önce bakım veren kişi için yapılması zorunlu aktiviteler ile yapmak istediği aktiviteleri içeren bir liste oluşturulmuştur. Taburculuk sonrası en uygun zamanda ev ziyareti yapılarak ev içi düzenlemeler bakım verene anlatılmıştır. Bu görüşme ailenin uygunluğuna göre toplamda 3 saatlik bir sürede tamamlanmıştır. Bu görüşmede daha önce hastanede başlanılan problem çözme yöntemi evde de tekrarlanarak bakım verenin tam olarak uygulamayı anlaması sağlanmıştır. Ev ziyareti sonrasında bakım verenin izni ile devam eden 2., 3., 4., 6., 8., 10. ve 12. haftada bir kere telefon görüşmesi ile programa devam edilmiştir. Tedavi sonrası 13. haftada 2. değerlendirmeler, 24. haftada ise son değerlendirmeler yapılmıştır. Kontrol

grubunda hastane ortamında yapılan değerlendirmelerden sonra taburculuk sonrası 24. haftada ailenin izni ile 2. değerlendirmeler ev ortamında tekrar edilmiştir (27).

Bu çalışma bakım veren bireyler üzerinde yapılmıştır. Bununla birlikte bakım veren kişilerin etkilenme düzeyi birincil olarak hasta ile ilişkili olduğu için bakım verilen hastalar için de belirli özelliklerin ortak olması gerekliliği söz konusudur. Ayrıca çalışma sonuçlarının daha net olarak ortaya çıkarılabilmesi için hem tedavi hem de kontrol grubu için hasta ve bakım verene ait özellikleri aynı olanlar çalışmaya dahil edildi.

Bakım verilecek hastaların dahil edilme kriterleri;

- Araştırmanın yapıldığı hastanelere yatışında akut inme tanısı ile takip edilen,
- İnmeden önce günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız,
- Geçmişte psikiyatrik ve nörolojik problemlere sahip olmayan,
- Temel görüşme ile skalalara cevap verecek yeterli iletişime sahip olan hastalar.

Bakım veren kişilerin dahil edilme kriterleri;

- Hasta grubunda tanımlanan kişilere birinci derecede bakım veren (eş, kız çocuk, erkek çocuk ya da gelin),
- Bakımı gönüllü olarak yerine getiren,
- Yaşları 50 ve üzerinde olan,
- Temel görüşme ve skalalar ile temel problem çözme stratejilerini anlayacak ve cevap verecek yeterli iletişime sahip olan,
- İletişim sürecini etkileyecek herhangi bir hastalığı bulunmayan (kognitif vb.),
- Çalışma sürecinde tanımlanan değerlendirme ve tedavi programına düzenli katılan bireyler.

Bakım veren kişilerin çıkarılma kriterleri;

- Bakımı gönüllük dışında ücretli bir iş olarak yapan,
- Çalışmalara düzenli olarak katılmayan bireyler,
- Çalışma sırasında inme geçirmiş hastaya ait tekrar eden bir atak öyküsü olanlar,
- Çalışma sürecinde hasta ve/veya kendi ile ilgili bir hastalık durumu ile karşılaşan bireyler.

3.2. Yöntem

Bireylerin dahil edilme kriterlerine uygun olup olmadığı belirlendikten sonra değerlendirmelerin ilki hastane ortamında diğerleri ev ortamında olacak şekilde aynı fizyoterapist tarafından birebir görüşme ile tamamlanmıştır.

3.3. Değerlendirme

Bakım verenlerin bakım süreci ile ilişkili bakım verme rolleri, depresyon düzeyleri, yaşam kaliteleri ile fiziksel, sosyo-ekonomik ve politik çevrelerine ait değerlendirmeler yapılmıştır.

3.3.1. Bakım Vereninin Demografik Bilgilerinin Değerlendirilmesi

Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu , medeni durum ile boy, kilo, dominant el ile inmeli bireye olan yakınlığı bakım verenden alınan bilgiler ile kayıt edilmiştir.

3.3.2. Bakım Vereninin Bakım Sürecinden Etkilenme Düzeyinin

Değerlendirilmesi

Çalışmamızda bakım vereninin bakım sürecinden etkilenme düzeyi BBVEÖ ile değerlendirilmiştir. İnmeli hastaların ailelerinin yaşantılarındaki değişikliği ölçmek amacıyla 1994 yılında Bakas (133) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek hem pozitif hem de negatif etkileri göstermektedir. Ölçek +3 (en iyi yönde) ile -3 (en kötü yönde)

arasında puanlanan toplam 15 sorudan oluşmaktadır. 1’den 7’ye kadar değişen Likert tipi bir ölçektir. Puanlamada (-3=1, -2=2, -1=3, 0=4, +1=5, +2=6, +3=7) olarak hesaplanmaktadır. Ölçekten en az 15, en fazla 105 puan alınabilmektedir. Skor arttıkça “iyi yönde değişim”, skor azaldıkça “kötü yönde değişim” olarak yorumlanmaktadır. Ankette 15 madde ile birlikte genel olarak bakımdan nasıl etkilendiğine dair bir maddede yer almakta olup puanlaması aynı şekilde ayrı bir kategoride yer almaktadır (78).

Ölçek, bakım yükünü emosyonel iyi olma hali, stresle baş edebilme yeteneği, kendine güven, arkadaş ve aile ilişkisi, fiziksel sağlık, sosyal aktivite katılımı, geleceğe bakış ve hasta ile olan ilişki yönleriyle ayrıntılı olarak değerlendirmektedir (78).

Can (78) ölçeğin Türkçe versiyonunun kronik nörolojik hastalığı olan bireylere bakım verenlerde bakım güçlüğü düzeyini belirlemek amacıyla kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğunu belirtmiştir.

3.3.3. Bakım Vereninin Depresyon Düzeyinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda bakım vereninin depresyon düzeyi Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile değerlendirilmiştir. Katılımcıların kendi algıladıkları depresif bulguları nicel olarak değerlendirmek için Beck (134) tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir. Ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Hisli ve diğerleri (135) tarafından yapılmıştır. BDÖ, karamsarlık, başarısızlık duygusu, doyum almama, suçluluk duyguları, huzursuzluk, yorgunluk, iştah azalması, kararsızlık, uyku bozukluğu, sosyal çekilme gibi depresif belirtilere ilişkin 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde depresyona özgü bir davranışı belirleyen dört dereceli kendini değerlendirme ifadesini içermektedir. Ölçekte alınabilecek en yüksek puan 63’tür. Toplamda alınan puana göre: 1-10 arası normal, 11-16 arası orta derecede duygu durum bozukluğu, 17-20 arasında klinik depresyon, 21-30 arası orta düzeyde depresyon, 31-40 arası ciddi düzeyde depresyon, 41-63 arası ağır depresyon biçiminde değerlendirilir (136).

3.3.4. Bakım Verenin Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda yaşam kalitesi Nottingham Sağlık Profili (NSP) ile değerlendirilmiştir. Ülkemizde osteoartritli bireyler üzerinde geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Küçükdeveci ve diğerleri (137) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek kişinin kendisinin algıladığı sağlık durumunu fiziksel, emosyonel ve sosyal açılardan ölçmeyi amaçlayan genel bir yaşam kalitesi ölçeğidir. İki kısımdan oluşmaktadır. Esas sık kullanılan ölçek birinci kısım olup, 6 alanda (uyku durumu, enerji düzeyi, emosyonel durum, sosyal izolasyon durumu, fiziksel mobilite ve ağrı) yaşam kalitesini değerlendiren 38 maddeyi içermektedir. Her madde için evet/hayır şeklinde cevap verilir. Katılımcının o andaki yakınmalarının sorgulandığı ölçek ile belirli alanlara verilen pozitif cevaplar yaşam kalitesindeki düşüklüğü göstermektedir. 6 alt alan için skor ile birlikte total skorda değerlendirme amacı ile kullanılmaktadır (138).

3.3.5. Bakım Verenlerin Çevresel Faktörlerinin Değerlendirilmesi

a) Fiziksel Çevrenin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda fiziksel çevre Kişi Çevre Uygunluğu Skalası (KÇUS) ve Ev Değerlendirme Profili ile değerlendirilmiştir.

İnmeli bireyler ve bakım verenlerin yaşadıkları çevre ile olan uyumları KÇUS ile değerlendirilmiştir. L deLaski ve Ames (15) KÇUS'nin hem inmeli bireyin hem de bakım verenin fonksiyonel problemlerini tanımlamada yararlı bir değerlendirme aracı olduğunu belirtmiştir. İnme geçiren kişinin inme öncesi sağlık durumu, inmeden sonraki sağlık durumu, günlük yaşam aktiviteleri, yardımcı araç kullanımı, ev durumu ile bakım verenin fiziksel sağlığının değerlendirildiği bir skaladır. Tanımlanan bu altı kategorinin her biri için 1 ile -1 arasında bir puanlama söz konusudur. Toplamda alınan puan +6 ile -6 arasında değişmektedir. Yüksek skor bireylerin yaşadığı çevre ile uygun olduğunu göstermektedir.

Ev Değerlendirme Profili ile kişinin ev içi ve ev dışındaki alanlarını ne sıklıkla kullandığı ve bu alanlardaki tehlike kategorileri analiz edilir. Tehlike Puanı 0-2 arasında (0=tehlike yok, 1=hafif tehlikeli, 2=orta şiddette tehlikeli) puanlanmaktadır. Frekans puanı ile kişinin ne sıklıkla ortamı kullandığı

belirlenmektedir. Frekans puanı 0-5 arasında (0=asla, 1=ayda bir defa veya daha az, 2=haftada bir defadan az, 3=haftada iki –üç defa, 4=günde bir-iki defa, 5=günde ikiden daha fazla) puanlanmaktadır. Evdeki tüm yaşam alanlarının tehlike skoru ve frekansı saptanır, toplam puan=tehlike puanı x frekans puanı formülüne göre hesaplanmaktadır. Skor büyüdükçe kötü sonucu göstermektedir (139).

b) Sosyo-Ekonomik Çevrenin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda sosyo ekonomik çevrenin problem çözme zorluklarına olan etkisinin değerlendirilmesi amacı ile bir form geliştirilmiştir. İnmeli bireylerin bakım verenlerinin karşılaştıkları problemleri çözmede yaşadıkları zorluklarla ilgili yapılmış çalışma sonuçları gözden geçirilerek açık uçlu sorular sorulmuştur (66,70,88). Değerlendirmede öncelikle bakım verenden, inme ile başlayan süreci hatırlaması istenmiştir. Ardından bu süreç içinde yaşanan problemlerin sıralaması yapılmıştır. Tedavi sürecinde yapılan kayıtlardan yararlanılarak problem sıralamasında bakım verene yardım edilmiştir. Değerlendirmede;

Araştırmacı; inmeden sonraki günleriniz önceki günlerinize göre nasıldı? Daha zordu cevabı alındığında; sizin için eşinizin/ annenizin/ babanızın inme geçirdiği ilk günler mi yoksa sonrası mı daha zordu? Bunun nedenini açıklar mısınız?

Bu süreçte yalnızlık yaşadınız mı? (cevap evet ise yaşanan yalnızlık, sosyal destek ağlarının yetersizliği sorgulanmıştır)

Hastanızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz? Evet cevabı alınırsa; bu bağımlılığın sizi etkilediğini düşünüyor musunuz? Evet cevabı alınırsa; bu ne tür bir etkilenme açıklar mısınız?

Hastanız ile iletişim problemi yaşadınız mı?

Hastanız size göre gereğinden fazla ilgi istedi mi?

Bu süreçte serbest zamanınız kaldı mı?

Bakım işi dışında önceden yapmadığınız işleri yapmak zorunda kaldınız mı? (örneğin bayan bakım verenlerde ev dışında yapılan işler, erkek bakım verenler için yemek yapma gibi)

Ekonomik durumunuzda bir değişiklik oldu mu?

Bu süreç sizin için rol değişimine neden oldu mu? (eş rolünün bakım rolü ile yer değiştirmesi gibi)

Hastanızın kaygısı sosyal yaşamınızı ne kadar etkiledi?

Sosyal destek/ bakım parası aldınız mı?

Tüm faktörleri düşüğünüz de neden problem/problemleri çözemediniz?

Soruları ile bakım verenin süreci kendi ifadeleri ile tanımlaması istenmiştir.

c) Ekonomik ve Politik Çevrenin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda, uzun dönemde (24. haftada) bakım verenlerin inme süreci ile ilişkili yaşadıkları ekonomik süreci anlatmaları istenmiştir. Elde edilen sonuçlar yeterli ya da yetersiz olarak tanımlanmıştır.

Çalışmamızda ekonomik durum ile ilişkili olarak devletten herhangi bir yardım alınıp alınmadığı sorgulanmıştır. Ülkemizde bakım parası alımı ile ilgili süreç ayrıntılı bir araştırma sonucunda elde edilmektedir. Değerlendirme 24. haftadan sonra bakım parası alma ya da hiç almama olmak üzere iki sonuç üzerinden yapılmıştır.

3.4. Ergoterapi Müdahaleleri

Çalışmamızda tedavi grubunda yer alan primer bakım verenler için KÇAM doğrultusunda telefon destekli kişi merkezli sosyal problem çözme yaklaşımı kullanılmıştır. Program hastane ortamında başlayıp taburculuk sonrası 2., 3. , 4., 6., 8., 10. ve 12. haftada bir kere telefon görüşmesi ile tamamlanmıştır.

Hastane ortamında yapılan müdahaleler;

KÇAM ile öncelikle bakım verenlerin akut dönem ile ilgili problemleri tanımlamaları istenmiştir. Hastanın bağımlılığı, motivasyon düşüklüğü ile birleşen bakım verenin fiziksel ve emosyonel anlamda yaşadığı problemler, hastane odasının fiziksel olarak yetersizliği, aile çevresinin yetersiz desteği, ekonomik yetersizlik gibi sosyo-ekonomik ve fiziksel çevre ile ilgili problemler, ilk defa karşılaşılan durum ile ilişkili bakım rolü ile ilgili aktivitelerin yapılmasında yaşanılan problemlerin olduğu görülmüştür. Problemlerin tanımlanması ile birlikte bakım verenlere çözüm oluşturma konusunda bilgi paylaşımında bulunulmuştur. Bununla birlikte bakım verenlerin kendi çözümlerini sunmaları istenmiştir. Son aşamada bakım veren araştırmacı birlikte en uygun çözüm konusunda fikir birliği yapılarak çözümün uygulanması sağlanmıştır.

Hastane içinde kişi-aktivite uygunluğu için inme süreci hakkında bilgilendirme, hastanın gereksinimleri için fiziksel yardımların nasıl verileceğini öğretme (doğru transfer gibi), hastanın iyileşme süreci için kendilerine fırsat tanımları gerekliliğini açıklama aktiviteler sırasında kognitif yardımları sunma (daha basit emirlerin hasta için kullanılması gibi), kişi-çevre uyumu için oda içi düzenlemelerin öğretilmesi (hastanın yatağının ve bakım verenin kaldığı alanın rahat hareket olanağı sunacak şekilde düzenlenmesi gibi), aktivite-çevre uyumu için hastane içinde yapılacak aktivitelerin kolaylaştırılması şeklinde kişinin ihtiyaçları doğrultusunda program uygulanmıştır. Hastaneden taburcu olmadan önce bakım veren kişi için yapılması zorunlu aktiviteler ve yapmak istediği aktiviteler ile ilgili bir liste oluşturulmuş ve taburculukla birlikte en uygun zamanda ev ziyareti yapılarak ev içi düzenlemeler bakım verene anlatılmıştır. Bu görüşme ailenin uygunluğuna göre toplamda 3 saatlik bir sürede tamamlanmıştır. Bu görüşmede daha önce hastanede başlanılan problem çözme yöntemi evde de tekrarlanarak bakım verenin tam olarak uygulamayı anlaması sağlanmıştır. Ev ziyareti sonrasında bakım verenin izni ile devam eden 2., 3. , 4., 6., 8., 10. ve 12. haftada bir kere telefon görüşmesi ile taburculuk sonrası 12. haftaya kadar programa devam edilmiştir. Her telefon görüşmesinde bir önceki görüşmeden o zamana kadar geçen sürede bakım verenin karşılaştığı problemleri tanımlaması, bu problemlere yönelik olarak bulduğu çözüm yollarını ve uygulayıp uygulayamadığını anlatması istenmiştir. Görüşmede uygulamaya geçirilemeyen çözümlerin nedenleri tartışılmıştır. Bununla birlikte

özüm bulunamayan ya da yetersiz olduğu düşünölen durumlarda araştırmacı ile birlikte ortak bir çözüm bulunmaya çalışılmıştır. Devam eden görüşmede geçmiş dönem ile ilgili sonuçların tartışılması ile birlikte yeni tanımlanan problemler, bunların özömleri ve uygulanma durumu konuşulmuştur. Tüm görüşmeler kayıt edilmiştir (27).

Aşağıda tedavi grubumuza dahil ettiğimiz bireylerin her birinde seçilmiş bir problemin tanımlanması, çözüm üretilmesi ve çözümün uygulanması ile ilgili sonuç bilgileri yer almaktadır.

D.E.

Problem tanımı	Sosyal hayata katılımın hemen hemen hiç olmaması.
Problemin içeriği	Hastalık öncesi çok aktif olan bakım verenin hastanın bağımlılık durumu ve tekrar bir problem yaşaması kaygısı ile sosyal hayattan izole yaşama tercihi.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Aktivite kısıtlaması, - Zaman zaman kızından destek alma, - Çevresel faktörlerin düzenlenmesi ve emniyetin sağlanması ile kısıtlı sosyal hayata dönme. - Araştırmacının çözümü; - Sosyal hayatın devamlılığı için, yaşam alanlarına en kaliteli zaman geçirebileceği arkadaşların gelmesinin sağlanması.
Potansiyel çözüm	Emniyet faktörlerinin sağlanması ve sosyal yaşantıya dereceli geçişin sağlanması.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Sınırlı düzeyde sosyal hayata katılımın devamlılığının sağlanması.
Süreci genelleştirme	Uzun dönem takiplerinde sosyal hayata katılımın artışının sağlanması.

S.K.

Problem tanımı	Hastanın temel ihtiyaçların dışında sürekli ilgi isteği.
Problemin içeriği	Bakım verenin hem bakım hem de artmış ilgiyi karşılamakta güçlük çekmesi ile ilişkili stres düzeyinde artma ve emosyonel iyilik halinde azalma.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Hastalık hakkında hastaya kısıtlı bilgi verme, mümkün olduğunca zamanı hasta merkezli olarak ayarlama. - Araştırmacının çözümü; - Hasta için anlamlı ve amaçlı bir aktivite seçilmesi, biraz olsun küçük zaman dilimlerinde ilgiyi azaltma ile davranışlarda değişiklik olabileceği ve yapılanların yeterli olduğu konusunda bakım vereni bilgilendirme, - Bakım yükünün azalması amacıyla doğru transfer yöntemlerini tekrar anlatma.
Potansiyel çözüm	Dereceli olarak ilginin aktivite katılımı ile yer değiştirmesi.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	İlginin makul düzeyde azaltılması, sosyal destek ağlarını kullanma (çocuklardan alınan destek).
Süreci genelleştirme	Uzun dönem takiplerinde hem hasta hem de bakım veren için aktivite katılımının artırılması.

M.A.

Problem tanımı	• Tek el kullanımı ile hastanın araba kullanma isteği.
Problemin içeriği	• Hastanın hastalık öncesi aktif bir araba kullanıcısı olması ile ilişkili bakım verenin bu isteğin önüne geçememesi ve çözüm bulamama ile ilişkili kaygı durumu.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	• Bakım veren çözümü; • Kısa mesafelerde hasta ile birlikte tek el kullanımı ile araba kullanımına izin verme. • Araştırmacının çözümü; • Böyle bir aktivitenin hasta için oldukça riskli olduğunun anlatılması ile birlikte sürücü rehabilitasyonuna yönelik değerlendirme ve tedavi konusunda bir ergoterapistle yönlendirilme.
Potansiyel çözüm	• Üst ekstremité kullanımı için yapılacak çalışmalara ilginin artması ve araştırmacının önerisine uyum sağlama.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	• Araba kullanımını geçici olarak durdurma, diğer ulaşım araçlarını hasta ve bakım verenin birlikte kullanması.
Süreci genelleştirme	• Sürücü rehabilitasyonuna yönelik değerlendirme ve tedaviler ile birlikte araba kullanımına geçişin sağlanması.

Ö.K

Problem tanımı	Hastanın özellikle kayarak düşme riski en fazla olan banyoda transferde yaşanan zorluklar.
Problemin içeriği	Hastanın yetersiz gövde kontrolü ve eşlik eden denge problemine bağlı olarak düşme riski ile ilişkili bakım verenin ev içinde problem yaşama kaygısı.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Fiziksel yardım ve görsel takibin maksimum olması, - Mali açıdan en uygun zamanda banyo içinde duvar barı yapma. - Araştırmacının çözümü; - Banyo için sürekli kuru tutulması, - Hasta için gösterilen egzersizler ile bağımlılığın azaltılması fiziksel yardımın azaltılarak görsel takibin kullanılması. - Fiziksel sağlığın korunması için doğru transfer yöntemlerini tekrar anlatma.
Potansiyel çözüm	Çevresel düzenleme ile bağımlılık düzeyinin azaltılması.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Emniyet faktörlerinin devamlılığı ile ev içinde düşme riskini minimuma indirme.
Süreci genelleştirme	Uzun dönem takiplerinde hastanın katılım düzeyinin artması ile ev içi tam bağımsızlığın sağlanması.

I.B.

Problem tanımı	Hastanın gece uyku düzeninde yaşadığı zorluk, gece uykusunun azalması.
Problemin içeriği	Bakım verenin hastanın gece yaşadığı uykusuzluktan dolayı yanında kalması ve yerinde uyuyamaması, buna bağlı olarak yaşanan artmış yorgunluk düzeyi.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Hastanın emniyeti açısından yanında kalma bununla birlikte gündüz saatlerinde uykunun azaltılması. - Araştırmacının çözümü; - Hastanın anlayacağı şekilde durumu hakkında konuşma endişelerin yersiz olduğu konusunda bilgilendirme. Emniyeti sağlayacak oda düzenlemesi (sobanın hastanın yürüme alanı içinde olmaması, eşyaların yürüme alanı içinde olmaması) ile hastanın ve bakım verenin kendi yerlerinde uyuması, - Sosyal destek ağı ile (eş, çocuk ya da torun ile) bakım rolünün paylaşılması.
Potansiyel çözüm	Dereceli olarak uyku düzeninin sağlanması.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Tanımlanan emniyet faktörlerinin ve sosyal desteğin sağlanması ile dereceli olarak bakım yükünün azaltılması.
Süreci genelleştirme	Uzun dönem takiplerinde hastanın ve bakım verenin eski düzenlerinin sağlanması.

Z.Ç.

Problem tanımı	Hastalık sürecinin tekrarlaması ve iyileşme sürecinde yaşanabilecek olumsuzluklar.
Problemin içeriği	Bakım verenin hasta ile çok iyi bir ilişkiye sahip olması ve bununla ilişkili onu kaybetme kaygısı yaşaması. Buna bağlı eğlenmeyi unutma, moral bozukluğu ve ağlama durumu.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Sağlık profesyonellerinin tavsiyelerini yerine getirme ve maneviyatı kullanma. - Araştırmacının çözümü; - İnme ile ilgili risk faktörleri ve prognoz hakkında periyodik olarak yapılan bilgilendirmeler, - Yapılan bakımın yeterli olduğu konusunda destekleyici yaklaşımında bulunma, - Sosyal destek ağları ile yaşanan kaygı ve endişe halinin paylaşılması, onlarla konuşulması ve gerekli yardımların kabul edilmesi.
Potansiyel çözüm	Hastanın iyi olma halinin devamı ile bakım verenin sürece adapte olması.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Bilgilendirmeler ve sosyal destek ağlarının (torun ve kızı ile) desteği ile hastalık psikolojisinin etkilerinin azalması.
Süreci genelleştirme	Uzun dönem takiplerinde hastanın ve bakım verenin eski yaşantılarına geçişin sağlanması.

M.T.

Problem tanımı	Hastanın isteksizliği ile uyumlu olarak günlük yaşam aktivitelerinde tam anlamı ile bir bağımlılık yaşaması.
Problemin içeriği	Bakım verenin hastanın ihtiyaçlarını karşılama kaygısı ile kendini tamamen bakıma adanması ve buna bağlı fiziksel ve emosyonel zorluklar yaşama ile birlikte sosyal yaşantının da ciddi düzeyde azalması.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Hastanın hastane merkezli tedavi görmesi, - Bu durumun önüne geçilemeyeceği şeklinde tanımlanan manevi düşünce gücü. - Araştırmacının çözümü; - Hastanın anlayacağı şekilde durumu hakkında konuşma, yapabileceği aktivitelerde yardımın azaltılması, - Doğru transferler ve günlük yaşam aktiviteleri eğitimi ile bakım işinin azaltılması, - Sosyal destek ağı ile (oğlu ve gelini) arkadaş görüşmelerinin, sosyal hayata geçişin sağlanması.
Potansiyel çözüm	Dereceli olarak bağımlılığın azaltılması.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Eğitimsel stratejiler ile birlikte sosyal destek ağları ile (özellikle torunlar) gün içinde dinlenme periyotlarının sağlanması.
Süreci genelleştirme	Uzun dönem takiplerinde hastanın bağımsızlık düzeyinin artışı, sosyal ağların katılımı ile birlikte bakım verenin iyi olma halinin sağlanması.

R.H.

Problem tanımı	Hastanın hem inme hem de kalp hastalığı ile ilişkili artmış yorgunluk düzeyi.
Problemin içeriği	Hastaya ait yorgunluk artışının beraberinde günlük yaşam aktivitelerinde yardıma olan ihtiyacı artırması.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Beslenme ve ilaç düzenlemesine daha fazla özen gösterilmesi. - Araştırmacının çözümü; - Tıbbi bakımın devamlılığı konusunda ilgili sağlık profesyonellerine yönlendirme, - Günlük yaşam aktivitelerinde sık dinlenme aralıklarının verilmesi.
Potansiyel Çözüm	Doktor takiplerinin düzenli yapılması ve aktivite düzenlemesi ile yorgunluğun azaltılması.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Sözel yönlendirmeler ile aktivite düzenlemesinin devamlılığını sağlama.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde hastanın yorgunluğu ile birleşen bağımlılığının azalması ve bakım verenin bakım yükünün azalması.

M.E.

Problem tanımı	Hastanın taburculuk sonrası kısmen iyileşme sürecine girmesi ile birlikte sigara kullanmaya başlaması.
Problemin içeriği	İnme süreci için bir risk faktörü olarak açıklanan sigaranın içilmesi ile ilişki olarak bakım verenin hastanın tekrar inme geçirme kaygısını yaşaması.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Sözel uyarı, - Sessiz kalma bu süreçte hastanın kendisinin olayın ciddiyetini kavraması için zaman tanıma. - Araştırmacının çözümü; - Risk faktörü konusunda telefon görüşmesi içinde hasta ile de konuşma. - Hastanın sigara bırakma merkezine yönlendirilmesi, - Bakım verenin elinden geleni yaptıktan sonra stres düzeyini azaltması için yapabildiği kadar başka aktiviteler ile ilgilenmesi (öncelikle hobiler).
Potansiyel Çözüm	Hastanın sözel uyarıları önemsemesi ile dereceli olarak sigarayı bırakması.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Sözel yönlendirmeler ve ev ziyareti ile sigaranın bırakılması, bakım veren kaygı düzeyinin azaltılması.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde hastanın tekrar sigaraya başlamaması ile birlikte bakım veren kaygı ve stres halinin bitmesi.

H.Ö.

Problem tanımı	Hastanın ilaçlarını almama konusunda direnmesi.
Problemin içeriği	Hastanın kullanması gerekli ilaçları almaması durumunun bakım verende ciddi bir endişe oluşturması.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - İlacın gerekli olduğu konusunda sözel hatırlatmalar, - Doktora başvurma ve onun hasta ile tekrar konuşması. - Araştırmacının çözümü; - Hastayı takip eden doktoru ile birlikte rahat kullanabileceği bir ilaç alternatifi düşünülmesi. - Endişe halinin azalması için yapılanların yeterli olduğu konusunda tekrarlı bilgilendirmeler yapma, bakım verenin hastalık öncesi hayatında zevk aldığı aktivitelere bir derece dönmesi konusunda da hatırlatmalarda bulunma.
Potansiyel çözüm	Sözel hatırlatmalar ile ilaç kullanımının sağlanması.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Doktor kontrolleri ile sürece uygun medikal desteğin sağlanması. Endişe hali için tanımlanan stratejilerin hayata geçirilmesi.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde hastanın daha uyumlu bir şekilde tedaviye katılımı, bakım verenin kendi yaşamına dereceli olarak dönmesi.

K.S.

Problem tanımı	Hastanın yavaş yavaş konuşabilmesi ve bakım verenle iletişimin azalması.
Problemin içeriği	Hastanın hastalık öncesi oldukça sosyal bir yaşantıyla uyumlu kuvvetli bir iletişimi mevcut iken süreçte bunun fark edilir düzeyde azalması ile bakım verenin çok fazla üzülmesi.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - İlk günden itibaren iletişim için hasta ile uyumu sağlayacak şekilde konuşmaya çalışma. - Araştırmacının çözümü; - Görsel uyarılarla destekli dinlenme aralıklı konuşma sürecinin devam etmesi, - Sabırlı olma yorgunluğu artırmadan çalışmaların yapılması.
Potansiyel Çözüm	Hastanın aktif katılımı ile konuşmanın daha hızlı ve rahat yapılır olması.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Özellikle sosyal destek ağlarının da çalışmaların içinde yer alması ile bakım veren ile hasta arasındaki iletişimin artması.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde hastanın yakın çevresi ile iletişiminin sağlanması.

M.D.

Problem tanımı	Hastanın yemek yemek istememesi.
Problemin içeriği	Hastanın yemek yememesinin mevcut iyileşme sürecini negatif etkileme kaygısı ve bununla uyumlu stres düzeyinde artış.
Beyin Fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Zararlı olmayacak şekilde hastanın sevdiği yemekleri yapma. - Araştırmacının çözümü; - Bir dahiliye uzmanına danışılması, - Tanımlanan kaygı ve stres düzeyinin azalması için gün içinde bakım işinin dışında serbest zaman oluşturma, dinleme ve iyi bir iletişime sahip olduğu eşi ile birlikte küçük zaman paylaşımları oluşturma.
Potansiyel çözüm	Tıbbi bir desteğin verilmesi ile yemek yeme isteğinin, sosyal paylaşımlar ile de emosyonel iyi olma halinin sağlanması.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Yemek yeme rutininin devam etmesi, bakım verenin emosyonel iyi olma halinin devamlılığın sağlanması.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde hastanın uygun beslenme alışkanlığının sağlanması, bakım verenin hastalık öncesi sürece benzer yaşantıya dönebilmesi.

Z.G.

Problem tanımı	Hastanın yatak içindeki hareketliliğinde azalma.
Problemin içeriği	Hastanın hem inme hem de kalp rahatsızlığı ile ilişkili olarak azalmış hareket yeteneğinin tüm günlük yaşam hareketlerinde ciddi bir yardımı zorunlu hale getirmesi.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Doktor takibi ile kalp problemini kontrol altına alma, eşi ve kızından yardım alarak pasif olarak yatak içi hareketleri yapmaya çalışma. - Araştırmacının çözümü; - Sözel yönlendirmelerle hasta katılımını sağlama, - Hastane ortamında öğretilen yatak içi aktiviteler ve transfer eğitiminin tekrar hatırlatılması, - Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde yetersiz kaldığı durumlarda bakım verenin kullanacağı yardımların ve bu aktivitler sırasında kullanılması gerekli uygun vücut mekaniklerinin tekrar hatırlatılması.
Potansiyel çözüm	Günlük yaşam aktivitelerinde uygun yaklaşımların kullanımı ile ikincil problemlerin önüne geçilmesi.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Hastanın katılımının artması ile bağımlılığın azalması, uygun eğitimler ile olası yaralanmaların önlenmesi.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde hastanın daha bağımsız olması, bakım verenin özellikle fiziksel yüklenmelerinin azalması.

A.A.

Problem tanımı	Hastanın hastalık sürecinde bakım verenin kendi sağlığını ve yaşantısını tamamen yok sayması.
Problemin içeriği	Bakım verenin kan şekeri düzeyinin ani değişikliği ile göz problemi yaşaması.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Doktor takibi ile kan şekeri düzeyini kontrol altına alma. - Araştırmacının çözümü; - Sağlık kontrollerini düzenli olarak yapma, - Bakım verene gün içinde hastaya ayrılan zamanın dışında kendi hayatı içinde zaman ayırması gerektiği, aktiviteler arasında bir denge kurmadığı takdirde farklı sağlık problemleri yaşayabileceğini anlatma, - Evde birlikte yaşadıkları oğlundan yardım alarak bakım verenin kendine de biraz zaman ayrılması konusunda yönlendirme.
Potansiyel çözüm	Sosyal destek ağları ile bakım yükünü azaltma.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Bakım ve ilgi dağılımını hasta merkezinden bakım veren merkezine doğru kaydırma ve tıbbi kontrollerin bakım veren içinde yapılması.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde hem hasta hem de bakım veren için risk faktörlerini takip ederek daha sağlıklı yaşama konusunda farkındalığın artmış olması.

N.B.

Problem tanımı	Hastanın hastalık sürecinde bakım verenin üretkenlik aktivitelerine yeterli zaman ayıramaması.
Problemin içeriği	Bakım verenin azalmış çalışma süreci ile uyumlu azalmış maddi durum.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Sosyal destek ağlarından yardım alarak üretkenliğe kısmen devam etme. - Araştırmacının çözümü; - Sosyal destek ağlarından alınan yardımın mümkün olduğu kadar artırılması, - Hastanın yemek yeme, giyinme, banyo yapma gibi temel günlük yaşam aktiviteleri ile ilaç alımının sağlanması sonrasında kısa süreli olarak çalışma fırsatının sağlanması.
Potansiyel çözüm	Sosyal destek ağları ve kısmi çalışma süreci ile maddi durumun daha iyi hale getirilmesi.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Sosyal destek ağları ile dereceli olarak eski yaşantıya dönme.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde hastanın bakım ihtiyacının azalması ile bakım verenin daha fazla üretkenliğe zaman ayırabilmesi.

İ.Y.

Problem tanımı	Hastanın ev içinde özellikle banyoda düşme tehlikesi.
Problemin içeriği	Hastanın yaşadığı denge problemi ile ilişkili olarak özellikle banyo ve tuvalette düşme riskinin fazla olması ve buna bağlı yaşanan kaygı durumu.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Banyoya bir kaydırmaz serilerek daha emniyetli bir alan sağlama. - Aktivite sırasında hastayı takip etme. - Araştırmacının çözümü; - Klozet yanına duvar barı yapılması, - Yerlerin hep kuru olması.
Potansiyel çözüm	Çevresel düzenlemeler ile düşme riskini minimale indirme.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Çevresel düzenlemeler ve gözlem ile daha emniyetli transferlerin sağlanması.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde çevresel düzenlemelere uyum ile paralel bakım veren takiplerinin azalması.

Ö.D.

Problem tanımı	Hastanın ev dışına çıkma isteği.
Problemin içeriği	Hastanın hem inme hem de yüksek tansiyon kaynaklı yaşadığı denge probleminin özellikle ev dışında düşme riskini artırması. Buna bağlı bakım verenin artmış stres durumu.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Hasta ile birlikte dışarı çıkma, - İlaç ve beslenme konusunda çok sıkı bir takibin yapılması ile yaşanabilecek tansiyon problemi riskini azaltma. - Araştırmacının çözümü; - Sağlık kontrollerini düzenli olarak yapma, - Dışarıya çıkılacak alanların emniyetli (çok gürültülü ve çok sıcak olmayan) olması, - Kısa mesafede bir yürüyüşün dinlenme aralıkları ile yapılması.
Potansiyel çözüm	Hastanın emniyeti sağlanmış ortamlarda kısa süreli olarak bulunması.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Ev dışında geçirilen sürenin dereceli olarak artması.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde hastanın özlediği çevrelerde emniyet faktörleri göz önünde bulundurularak katılımın sağlanması.

H.B.

Problem tanımı	Hastanın temel günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duyması.
Problemin içeriği	Hastanın özellikle banyo aktivitesinde yardıma ihtiyaç duyması ve bununla uyumlu bakım verenin hem fiziksel hem mental bir zorluk yaşaması.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Sosyal destek ağından (eşi) yardım alma. - Araştırmacının çözümü; - Sosyal desteğin devamlılığını sağlama, - Bakım verene banyo içinde hastayı kaymayan bir sandalyeye eşi ile oturtması, yapabildiği kadar hastanın aktiviteye katılması, banyodan eşi ile birlikte hastanın transferinin sağlanması konusunda bilgi paylaşımı.
Potansiyel çözüm	Sosyal destek ağları ve çevresel düzenlemeler ile bakım yükünü azaltma.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Hastanın dereceli katılımı ile bağımlılığın azaltılması.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde hastanın daha bağımsız olması ve çevresel düzenlemeler ile bakım verenin iyi olma halinin gelişmesi.

G.Ö.

Problem tanımı	Hastanın hem ev içinde hem de dışında yürümek istememesi.
Problemin içeriği	Hastanın hastane süreci ve hastalık kaygısından kurtulamamasına bağlı yürümek istememesi bakım verenin tekrar bir problem yaşama endişesi taşıması.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Hastanın tercihlerine saygı duyma dereceli olarak yürümesine izin verme, - Sosyal destek ağlarından (torun) yararlanma. - Araştırmacının çözümü; - Hastanın yürümesi için zarar verici olmayan bir ödül sistemi oluşturma, - Yürüme alanında eşyaların azaltılması ve kesintisiz zemin sağlanması ile çevresel düzenlemeler yapılması, - Görsel izleme ile fiziksel bağımlılığı dereceli olarak azaltma.
Potansiyel çözüm	Sosyal destek ağları, uygun ödüller, çevresel ayarlama ve görsekl takip ile yürüme mesafesini artırma.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Hastanın dereceli olarak katılımının artması.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde hastanın hem ev içi hem de dışında maksimum katılım ile yürüme mesafesinin artırılması.

H.S.

Problem tanımı	Hastanın kognitif etkilenme ile uyumlu olarak akıcı konuşamaması.
Problemin içeriği	Hastanın hastalık öncesi düzgün ve doğru konuşma şeklinin azalmasına bağlı olarak hem kendisi hem de bakım veren için ciddi bir üzüntü oluşması.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Ev ortamında ikili iletişim ağlarını sağlama, - Hastanın bulamadığı kelime ya da kelimeler için ip uçlarını kullanma. - Araştırmacının çözümü; - Sabırlı ve anlayışlı olarak iletişim sağlanması, - Sosyal destek ağlarının yapılan çalışmalara katılması.
Potansiyel çözüm	Sosyal destek ağları ve ipuçları ile kelime repertuarını artırma.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Günlük yaşantıda bir çalışma gibi değil rutin bir aktivite gibi iletişimin sağlanması.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde hastanın sadece ev halkı ile değil yakın arkadaşları ile daha fazla görüşmesi ve konuşmanın devamlılığını sağlama.

Y.Y.

Problem tanımı	Hastanın inme sürecini takiben solunum sıkıntısı yaşaması.
Problemin içeriği	Bakım verenin hastanın süregelen problemleri karşısında ciddi düzeyde emosyonel stress yaşaması.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Doktor takibi ile gerekli ilaç düzenlemesi. - Araştırmacının çözümü; - Hastanın sağlık kontrollerini düzenli olarak yapma, - Bakım verenin mevcut stres düzeyini kontrol edebilmesi adına hastalık ve iyileşme süreci ile ilgili tekrar bilgi verme, bununla birlikte bakım verenin gün içinde kendine kısa süreli de olsa serbest zaman ayırması ve bu süreçte kendi için anlamlı ve amacı olan aktivite yapması.
Potansiyel çözüm	Bakım verenin hastanın tıbbi bakımı ile birlikte dereceli olarak sürece uyum sağlama ve hasta merkezli yaşantısına kendi yaşantısını da ekleme.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Hastanın tıbbi kontrollerine devam etme, bakım verenin dereceli olarak hayatın içinde olabilmesi.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde hastanın sağlık kontrollerinin devamlılığı ve bakım verenin normal aktivitelerinde yer alması ile hayatın içinde olma durumunun artması.

R.K.

Problem tanımı	Hastanın sosyal hayata katılamaması.
Problemin içeriği	Hastanın hastalık öncesi yarışma içerikli sosyal katılımlarda bulunması bunun hastalık sonrası yapılmamasına bağlı ciddi bir emosyonel sorun yaşaması ve bununla ilişkili bakım verenin yaşadığı endişe.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Hastaya hastalığın iyileşme süreci hakkında bilgi verme, basit kognitif çalışma örnekleri yapma. - Araştırmacının çözümü; - Kognitif stretejiler ve çalışma şekillerinin günlük yaşam aktiviteleri ile birleşmesi, - Sosyal destek ağlarından yardım alma, - Bakım verenin stres düzeyinin azalması için, gün içinde kendi için önemli olduğunu belirttiği arkadaş görüşmelerine kısa süreli de olsa katılması konusunda yönlendirme.
Potansiyel çözüm	Hasta için, yarışma içerikli aktivitenin basit ama anlamlı bir aktivite ile yer değiştirmesi, kognitif eğitimin devam etmesi, bakım verenin sosyal hayata dereceli olarak katılması.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Hasta için kognitif eğitimin devam etmesi, bakım veren için sosyal hayata dereceli olarak girme.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde hem hasta hem de bakım verenin anlamlı aktivite katılımları ile sosyal hayatın içinde olması.

Ş.H.

Problem tanımı	Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığının bakım verenin sosyal yaşantısını ciddi düzeyde azaltması.
Problemin içeriği	Bakım verenin bakım süreci dışında bir yaşantısının olmaması ciddi düzeyde emosyonel sıkıntı yaşaması (sinirli olma ve yalnızlık hissi).
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Doktor takibi ve ilaç desteği ile rahatlatma. - Araştırmacının çözümü; - Hastanın sözel yönlendirmelerle günlük yaşam aktivitelerine katılımının sağlanması, - Bakım verenin emosyonel iyilik hali için bakım konusunda eşinden yardım alma, hastanın ev ortamında emniyeti sağlandıktan sonra bakım veren için anlamlı ve amacı olduğu belirtilen pazara hem gezme hem de alışveriş için gitmesi konusunda yönlendirme.
Potansiyel çözüm	Bakım verenin dereceli olarak kendi yaşantısı ile buluşması.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Bakımın dışında sosyal yaşantıya aşama aşama geçişin sağlanması.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde hastanın bağımlılığın azalması ve bakım verenin sosyal yaşantısının normal sınırlara gelmesi.

H.Ç.

Problem tanımı	Hastanın temel günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılığın devam etmesi.
Problemin içeriği	Hastanın ayakta duramadığı halde ısrarla tuvalete gitme isteği normal şartlarda bez ile yapılması gerekli aktiviteye katılmaması ve bununla ilişkili bakım verenin fiziksel zorlanmaları.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Sözel olarak aktivitenin nasıl yapılması gerektiğini anlatma, - Sosyal destek ağlarından sınırlı şekilde yararlanma. - Araştırmacının çözümü; - Sosyal destek ağlarını mümkün olduğu kadar artırma, - Aktivite sırasında hastanede araştırmacı tarafından gösterildiği gibi fiziksel yardımın sunulması.
Potansiyel çözüm	Sosyal destek ağları ve uygun fiziksel yardımlarla bakım yükünü azaltma.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Sözel yönlendirmeler ile hasta ısrarının, yapılan fiziksel yardımlarla bakım işinin azaltılması.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde hastanın katılımının artması ve uygun yardımların araştırmacı ile yeniden şekillendirilmesi ile bakım yükünün azalması.

T.B.

Problem tanımı	Hastanın hastalık sürecinde yaşadığı zorluklarla uyumlu aşırı sinirli olma durumu.
Problemin içeriği	Hastanın hastalığı kabul edememesi her şeyin kendi için yapılması gibi bir tercihle bakım verenin hayatını tamamen kısıtlaması. Bakım verenin destek ağlarının yetersizliği ile birlikte yalnızlık hissini de yaşaması.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; hastalık süreci ile ilgili kazanımları anlatma, sabırlı olma. - Araştırmacının çözümü; - Destek ağları hemen hemen olmayan hasta için telefon görüşmesi ile anlamlı bir sosyal destek oluşturma. Bu görüşmelerde hastanın bağımsız yapabileceği aktiviteler konusunda ve hastanın temel ihtiyaçlarının dışında bakım verenin kendi içinde kısa süreli de olsa serbest zaman oluşturmada paylaşımda bulunma.
Potansiyel çözüm	Hastanın dereceli olarak sürece uyum sağlaması, bakım verenin ise kısa süreli olarak kendine zaman ayırması.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Bakım verenin bir derece eski yaşantısına dönmeyi sağlaması.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde hastanın bağımlılığın azalması ile emosyonel düzeyinin düzelmesi ve bunlarla uyumlu olacak şekilde bakım verenin hayatın içinde tekrar yer alabilmesi.

G.C.

Problem tanımı	Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde yaşadığı bağımlılıktan dolayı bakım verenin ev dışına çıkamaması.
Problemin içeriği	Bakım verenin hastayı emniyetsiz bulduğu için yalnız bırakamamasına bağlı olarak sosyal yaşantısının çok ciddi azalması.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Hastanın gerekli ilaç, beslenme ve temel ihtiyaçlarını sağlayarak kısıtlı sürelerde dışarı çıkma, - Sözel uyarılarla hastanın ev içinde kısa süreli yalnız kalmasını sağlama. - Araştırmacının çözümü; - Emniyet sağlandıktan sonra (evin dış kapısını kilitleme, ocak gazını kapatma gibi) dışarıya çıkma, - Sosyal destek ağlarından yararlanma.
Potansiyel çözüm	Sosyal destek ağları ve emniyet faktörlerinin devamlılığı ile sosyal hayata dereceli bir geçişin sağlanması.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Emniyetle yapılan aktivite seçimleri ile sosyal hayatın ve sosyal katılımın artması.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde hastanın bağımlılık düzeyinin azalması bakım verenin hayatın içinde daha fazla yer alması.

G.Ö.

Problem tanımı	Hastanın günlük yaşamda yaşadığı zorluklar ve eski yaşantıya dönme isteği ile uyumlu emosyonel problemler (ağlama).
Problemin içeriği	Hastanın hastalık öncesi oldukça aktif bir kişi olması ve bağımlılığın uzamasıyla uyumlu sık sık ağlama nöbetleri geçirmesi bununla ilişkili bakım verenin kaygı yaşaması.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Hastaya hastalığın iyileşme sürecini anlaşılır şekilde anlatma, - Hastanın kazanımları fark etmesini sağlama. - Araştırmacının çözümü; - Katılımda zorlandığı aktivitelerde ısrarcı olunmaması. - Ağlama sırasında başka bir aktiviteye yönlendirme ile ağlamanın unutturulmaya çalışılması.
Potansiyel çözüm	Sözel yönlendirmeler ile emosyonel zorlanmaların iki taraf içinde azalması.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	İyileşme sürecinde emosyonel problem yaşanabileceği ve aktivite tercihlerinin doğru yapılması ile problemim azaltılabileceğini fark etme.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde hastanın bağımlılık düzeyinin azalması ile uyumlu karşılıklı emosyonel iyi olma halinin sağlanması.

A.R.Y.

Problem tanımı	Hastanın taburculuk sonrası aşırı ziyaretçisinin olması.
Problemin içeriği	Geçmiş olsun amacı ile geline ev ziyaretlerinin çok ve uzun süreli olması ile ilişkili hastanın hem egzersiz yapma düzeyinin azalması, hem de gelen ziyaretçilerin getirdiği yemeklerle beslenme düzeninin bozulması.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Süreci normal karşılama, - Sözel yönlendirmelerle egzersiz yapılmasını sağlama, - Beslenme için küçük kaçamaklara izin verme. - Araştırmacının çözümü; - Gelen ziyaretçiler için küçük hatırlatmalarda bulunulması, - Bakım verenin kendine de zaman ayırması gerektiğinin hatırlatılması, - Beslenmenin öneminin hatırlatılması.
Potansiyel çözüm	Süreçle uyumlu olarak evdeki yoğunluğun azalması.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Bakım verenin hasta ve yakın çevrenin dışında kendi yaşantısına kısmen zaman ayırması.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde eve adaptasyonun tamamlanması ile sosyal yaşantının normal sınırlarına dönmesi.

Ş.Y.

Problem tanımı	Hastanın sağlık sorunlarının devamlılığı (kalp problemi)
Problemin içeriği	Hastanın kalp problemi nedeni ile inme geçirmesine bağlı olarak bakım verenin bu durum karşısında kaygı yaşaması
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Sağlık kontrollerine daha fazla dikkat etme. - Araştırmacının çözümü; - Sağlık kontrolleri ile birlikte beslenmeye de özen gösterme, - Hareketsiz kalmamanın hatırlatılması, - Tıbbi kontroller yapıldıktan sonra bakım verenin stres halinin azalması adına kendi için serbest zaman oluşturmasının önemi konusunda bilgilendirme.
Potansiyel çözüm	Tıbbi tedavinin devamlılığı ile mevcut risk düzeyinin azaltılması.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Risk faktörlerinin iyi takip edilmesi ile sağlık durumunun stabil hale gelmesi, bakım verenin dereceli olarak yaşam içinde var olması.
Süreci genelleştirme	Hastanın iyi hali ile uyumlu bakım verenin yaşadığı kaygı düzeyinin azalması, hayatın içinde yer alabilmesi.

M.T.

Problem tanımı	Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olması.
Problemin içeriği	Hastanın özellikle temel bakımda yaşadığı bağımlılıkla ilişkili bakım verenin fiziksel ve emosyonel stres yaşaması.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Sosyal destek ağlarından yardım alma, - Süreci manevi değerlerle olumlu karşılama. - Araştırmacının çözümü; - Bakım sırasında hastanede öğretildiği gibi yardımın sunulması, - Bakım işinin dışında dinleme zamanı oluşturma, bu sürede bakım veren için önemli olduğu belirtilen dini aktivitelere zaman ayırma.
Potansiyel çözüm	Sosyal destek alınması ve özellikle bel sağlığına dikkat edilmesi ile bakım yükünün kısmen azalması. Dini aktivitelerin yapılması ile emosyonel iyi olma halinin sağlanması.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Bakım işinin normal bir aktivite haline gelmesi.
Süreci genelleştirme	Uzun dönemde hastanın bağımlılığında azalma ve bakım verenin daha fazla kendi yaşamı içinde yer alması ile uyumlu fiziksel ve emosyonel zorlanmaların azalması.

N.H.

Problem tanımı	Hastanın katılması mümkün olan aktivitelere katılmaması (yatak içi aktiviteler).
Problemin içeriği	Hastanın hastalık sürecinde tamamen kendini bırakması yapabileceği aktivitelere katılmaması tüm bakımın bakım veren tarafından karşılanması ile ilgili yaşanan fiziksel zorlanma.
Beyin fırtınası (bakım veren- araştırmacı)	- Bakım veren çözümü; - Sosyal destek ağlarından yardım alma, - Hastaya anlayacağı şekilde yapması gerekli aktiviteleri anlatma. - Araştırmacının çözümü; - Hastaya zarar vermeyecek motive edecek bir ödül bulunması, - Hastaya iyi niyetle ama kararlı bir yaklaşımla aktivitelerin yaptırılması, - Hastane ortamında gösterilen fiziksel yardım şekillerinin hatırlatılması.
Potansiyel çözüm	Sosyal destek ağları ve kısmen ödül sistemi (torunu ile görüşme) ile bakım yükünü azaltma.
Tanımlanan stratejileri ve ihtiyaç duyulan modifikasyonları yerine getirme	Hastanın kısmen katılımının sağlanması ve bakım verenin sürece bir derece uyum sağlaması.
Süreci genelleştirme	Hastanın bağımsızlığının artması ile bakım verenin zorlanma düzeyinin azalması.



Şekil 3. 1. Bakım verenlerin yaşadıkları çevre örnekleri



Şekil 3. 2. Tuvalet ortamında çevresel düzenleme



Şekil 3. 3. Ev içinde kesintili alanları düzenleme örneği



Şekil 3. 4. Balkon ortamında çevresel düzenleme
(hasta ve bakım vereninden izin alınmıştır)

3.5. İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizlerinde SPSS 18.0 paket programı kullanılmıştır. Her iki grup için tanımlayıcı istatistikler hesaplanmıştır.

Tedavi öncesi ve sonrası yapılan değerlendirme sonuçlarının karşılaştırılmasında dağılımın normal olup olmadığı Kolmogorov Smirnow testi ile bakılmıştır. Ölçüm sonuçlarının normal dağılım göstermediği tanımlanmış olup non-parametrik testler tercih edilmiştir. Nitel veriler nicel verilere çevrilerek analizde Ki-kare testi kullanılmıştır.

Tedavi grubunun 1. 2. ve 3. ölçüm sonuçları Friedman Varyans analizi ile test edilmiş olup, istatistiksel olarak farkın tanımlandığı ölçümler için bonferroni düzeltilmeli Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek testi kullanılmıştır.

Kontrol grubunun 1. ve 2. ölçüm sonuçları arasındaki farkın anlamlılığını test etmek için Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek testi kullanılmıştır.

Tedavi ve kontrol grubu arasındaki ilk ve son ölçümler arasındaki farkın anlamlılığını Mann Whitney U testi ile test edilmiştir (140,141).

4. BULGULAR

Çalışmaya; inme tanısı takip edilen 61 bireyin primer bakım vereni dahil edilmiştir. Bakım verenler basit rastgele örnekleme yöntemi ile tedavi ve kontrol grubu olarak iki gruba ayrılmıştır. Tedavi grubunda 31 inmeli bireyin bakım vereni, kontrol grubunda 30 inmeli bireyin bakım vereni yer almıştır. Tedavi grubundaki katılımcılar 1., 13. ve 24. haftalarda toplamda 3 kez, kontrol grubundaki katılımcılar 1. ve 24. haftada toplamda 2 kez değerlendirilmiş ve I., II. ve III. değerlendirme sonuçlarına ait bulgular karşılaştırılmıştır.

4.1. Bakım Verenlerin Değerlendirilmesine Ait Bulgular

4.1.1. Bakım Verenlerin Demografik Bilgilerinin Değerlendirilmesine Ait

Bulgular

Bakım verenler yaş, kilo, boy açısından karşılaştırıldığında fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sonuçlar Tablo 4.1.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Bakım Verenlerin Yaş, Boy, Kilo Açısından Karşılaştırılması (Mann Whitney U testi)

	Tedavi Grubu	Kontrol Grubu	Z	P
	X$\pm$SD	X$\pm$SD		
Yaş (yıl)	56,451 $\pm$ 6,692	58,566 $\pm$ 9,940	-0,459	0,647
Boy (m)	1,599 $\pm$ 0,065	1,622 $\pm$ 0,069	-1,385	0,166
Kilo (kg)	73,806 $\pm$ 13,214	73,833 $\pm$ 12,501	-0,173	0,862

Tedavi ve kontrol grubundaki bakım verenlerin, cinsiyet, dominant el, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence ile inmeli bireye yakınlığı %'lik dilimlerle tanımlanmıştır. Sonuçlar Tablo 4.2.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Bakım Verenlere Ait Demografik Bilgilerin Karşılaştırılması (Ki-kare Testi)

	Tedavi Grubu		Kontrol Grubu		p
Cinsiyet	n	%	n	%	0,704
Kadın	25	80,6	23	76,7	
Erkek	6	19,4	7	23,3	
İnmeli Bireye Yakınlık					0,570
Eş	19	61,3	20	66,7	
Kızı	6	19,4	6	20,0	
Oğlu	2	6,5	3	10,0	
Gelini	4	12,9	1	3,3	
Dominant El					0,305
Sağ	31	100	29	96,7	
Sol			1	3,3	
Medeni Durum					0,478
Evli	30	96,8	27	90,0	
Bekar	1	3,2	2	6,7	
Dul			1	3,3	
Eğitim Düzeyi					0,008*
Okur yazar değil	2	6,5	7	23,3	
İlkokul	22	71,0	21	70,0	
Ortaokul	-	-	2	6,7	
Lise	7	22,6	-	-	
Çalışma Durumu					0,360
Çalışıyor	1	3,2	3	10,0	
Çalışmıyor	18	58,1	21	70,0	
Emekli	10	32,3	5	16,7	
İnmeye bağlı iş bırakmış	2	6,5	1	3,3	
Sosyal Güvence					0,144
Var	31	100	28	93,3	
Yok			2	6,7	

*p<0,01

4.1.2. Bakım Verenlerin Bakımdan Etkilenme Düzeylerinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular

Tedavi grubunda yer alan bakım verenlerin BBVEÖ'ye ait tekrarlı ölçümleri arasında toplam puan ($p<0,01$) ve yaşam değişikliği ($p<0,05$) açısından anlamlı fark bulunmuştur. Farkın 1. ve 2. ölçümler ile 1. ve 3. ölçümler arasında olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). BBVEÖ puanlarında taburculuk sonrası 13. haftada anlamlı bir artış olduğu bu artışın 24. haftada aynı şekilde kaldığı tespit edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.3.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Tedavi Grubundaki Bakım Verenlere Ait BBVEÖ Sonuçlarının Karşılaştırılması (Friedman Varyans Analizi)

BBVEÖ	1. değ X±SD	2. değ X±SD	3. değ X±SD	P
Toplam	52,741±5,784	58,838±3,786	58,225±4,645	0,000**
Yaşam Değişikliği	2,774±1,383	3,419±1,258	3,225±0,990	0,011*

** $p<0,01$

* $p<0,05$

Kontrol grubundaki bakım verenlerin BBVEÖ'ye ait tekrarlı ölçümleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sonuçlar Tablo 4.4.'de gösterilmiştir

Tablo 4.4. Kontrol Grubundaki Bakım Verenlere Ait BBVEÖ Sonuçlarının Karşılaştırılması (Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi)

BBVEÖ	1.değ. X±SD	2. değ. X±SD	z	P
Toplam	49,50±7,704	50,50±9,846	-0,493	0,622
Yaşam Değişikliği	2,733±1,311	2,900±1,583	-0,599	0,549

Tedavi ve kontrol grubundaki bakım verenlerin ilk ve son değerlendirmeye ait BBVEÖ puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında son ölçümdeki toplam puan açısından tedavi grubu lehine anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,01$). Sonuçlar Tablo 4.5.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Tedavi ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlere Ait BBVEÖ Sonuçlarının Karşılaştırılması (Mann Whitney U Testi)

BBVEÖ	Tedavi Grubu X±SD	Kontrol Grubu X±SD	z	P
Toplam(ilk)	52,741±5,784	49,50±7,704	-1,525	0,127
Toplam(son)	58,225±4,645	50,50±9,846	-3,434	0,001*
Yaşam Değişikliği (ilk)	2,774±1,383	2,733±1,311	-0,015	0,988
Yaşam Değişikliği(son)	3,225±0,990	2,900±1,583	-0,910	0,363

* $p<0,01$

4.1.3. Bakım Verenlerin Depresyon Düzeylerinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular

Tedavi grubunda yer alan bakım verenlerin BDÖ'ye ait tekrarlı ölçümleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,01$). Farkın 1. ve 2. ölçümler ile 1. ve 3. ölçümler arasında olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Depresyon düzeyindeki belirgin azalmanın 13. haftada olduğu bunun uzun döneme de yansıdığı tespit edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.6.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Tedavi Grubundaki Bakım Verenlere Ait BDÖ Sonuçlarının Karşılaştırılması (Friedman Varyans Analizi)

	1. değ	2. değ	3. değ	P
	X±SD	X±SD	X±SD	
BDÖ	6,838±4,605	2,508±1,857	3,935±3,539	0,000*

*p<0,01

Kontrol grubundaki bakım verenlerin BDÖ'ye ait tekrarlı ölçümleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Sonuçlar Tablo 4.7.'de gösterilmiştir

Tablo 4.7. Kontrol Grubundaki Bakım Verenlere Ait BDÖ Sonuçlarının Karşılaştırılması (Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi)

	1.değ.	2. değ.		
	X±SD	X±SD	z	P
BDÖ	9,166±7,515	9,433±7,811	-0,594	0,553

Tedavi ve kontrol grubundaki bakım verenlerin ilk ve son değerlendirmeye ait BDÖ puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında son ölçüm puanları açısından tedavi grubu lehine anlamlı fark bulunmuştur (p<0,01). Sonuçlar Tablo 4.8.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Tedavi ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlere Ait BDÖ Sonuçlarının Karşılaştırılması (Mann Whitney U Testi)

BDÖ	Tedavi Grubu X±SD	Kontrol Grubu X±SD	Z	P
Toplam (ilk)	6,838±4,605	9,166±7,515	-0,847	0,397
Toplam (son)	3,935±3,539	9,433±7,811	-3,171	0,002*

*p<0,01

4.1.4. Bakım Verenlerin Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular

Tedavi grubunda yer alan bakım verenlerin NSP'ye ait tekrarlı ölçümlerinde enerji düzeyi ($p<0,05$), emosyonel reaksiyon, uyku alanları ile toplam puan ($p<0,01$) ölçümleri arasında anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Emosyonel reaksiyon, toplam puan alanlarının 1. ve 2. ölçümleri ile 1. ve 3. ölçümleri arasında, enerji düzeyinin 1. ve 3. ölçümleri arasında, uyku alanının 1.ve 2. ölçümleri arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Sonuçlar Tablo 4.9.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Tedavi Grubundaki Bakım Verenlere Ait NSP Sonuçlarının Karşılaştırılması (Friedman Varyans Analizi)

NSP	1. değ X±SD	2. değ X±SD	3. değ X±SD	p
Ağrı	26,209±22,209	25,806±25,806	19,758±22,997	0,220
Enerji Düzeyi	35,448±22,643	29,003±29,462	19,335±26,880	0,016*
Emosyonel Reaksiyon	26,390±25,391	10,741±13,284	13,248±16,568	0,000**
Sosyal İzolasyon	12,903±22,240	7,096±13,214	7,096±12,163	0,386
Fiziksel Aktivite	21,371±16,830	18,951±14,387	17,741±16,385	0,577
Uyku	29,032±28,208	12,903±20,362	18,709±29,635	0,006**
Toplam	154,354±92,978	104,503±76,857	95,890±75,066	0,001**

**p<0,01

*p<0,05

Kontrol grubundaki bakım verenlerin NSP'ye ait tekrarlı ölçümleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Sonuçlar Tablo 4.10'da gösterilmiştir

Tablo 4.10. Kontrol Grubundaki Bakım Verenlere Ait NSP Sonuçlarının Karşılaştırılması (Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi)

NSP	1.değ. X±SD	2. değ. X±SD	Z	p
Ağrı	32,500±29,834	33,333±34,008	0,000	1,000
Enerji Düzeyi	47,753±36,808	47,750±36,803	-0,203	0,839
Emosyonel Reaksiyon	36,633±28,141	37,740±26,332	-0,065	0,949
Sosyal İzolasyon	20,000±24,635	23,333±24,681	-0,717	0,473
Fiziksel Aktivite	29,166±20,587	29,166±21,358	-0,031	0,975
Uyku	41,333±36,740	35,333±31,811	-1,320	0,187
Toplam	207,386±134,236	206,656±132,060	-0,307	0,759

Tedavi ve kontrol grubundaki bakım verenlerin ilk ve son değerlendirmeye ait NSP puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında enerji düzeyi, emosyonel reaksiyon, sosyal izolasyon alanları ile toplam alan puanlarının ($p<0,01$) ve fiziksel aktivite alanının ($p<0,05$) son ölçümleri açısından tedavi grubu lehine anlamlı fark bulunmuştur. Sonuçlar Tablo 4.11’de gösterilmiştir.

Tablo 4.11. Tedavi ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlere Ait NSP Sonuçlarının Karşılaştırılması (Mann Whitney U Testi)

NSP	Tedavi Grubu X±SD	Kontrol Grubu X±SD	z	P
Ağrı (ilk)	26,209±22,209	32,500±29,834	-0,565	0,572
Ağrı (son)	19,758±22,997	33,333±34,008	-1,454	0,146
Enerji Düzeyi (ilk)	35,448±22,643	47,753±36,808	-1,223	0,221
Enerji Düzeyi (son)	19,335±26,880	47,750±36,803	-3,108	0,002**
Emosyonel Reaksiyon (ilk)	26,390±25,391	36,633±28,141	-0,914	0,360
Emosyonel Reaksiyon (son)	13,248±16,568	37,740±26,332	-3,641	0,000**
Sosyal İzolasyon (ilk)	12,903±22,240	20,000±24,635	-1,349	0,177
Sosyal İzolasyon (son)	7,096±12,163	23,333±24,681	-2,750	0,006**
Fiziksel Aktivite (ilk)	21,371±16,830	29,166±20,587	-1,400	0,162
Fiziksel Aktivite (son)	17,741±16,385	29,166±21,358	-2,094	0,036*
Uyku (ilk)	41,333±36,740	41,333±36,740	-1,249	0,212
Uyku (son)	18,709±29,635	35,333±31,811	-2,209	0,027
Toplama (ilk)	154,354±92,978	207,386±134,236	-1,407	0,160
Toplam (son)	95,890±75,066	206,656±132,060	-3,321	0,001**

**p<0,01

*p<0,05

4.1.5. Bakım Verenlerin Çevresel Faktörlerinin Değerlendirilmesine Ait Bulgular

a) Fiziksel Çevreye Ait Bulgular

Tedavi grubunda yer alan bakım verenlerin ev değerlendirme profiline ait tekrarlı ölçümleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sonuçlar Tablo 4.12.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Tedavi Grubundaki Bakım Verenlere Ait Ev Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması (Friedman Varyans Analizi)

	1. değ X±SD	2. değ X±SD	3. değ X±SD	P
Ev Değerlendirmesi	0,387±1,202	0,387±1,202	0,387±1,202	1,000

Kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin ev değerlendirme profiline ait tekrarlı ölçümleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sonuçlar Tablo 4.13.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.13. Kontrol Grubundaki Bakım Verenlere Ait Ev Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması (Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Testi)

	1.değ. X±SD	2. değ. X±SD	Z	P
Ev Değerlendirmesi	0,666±2,122	0,666±2,122	0,000	1,000

Tedavi ve kontrol grubundaki bakım verenlerin ilk ve son değerlendirmeye ait ev değerlendirme puanları karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sonuçlar Tablo 4.14'de gösterilmiştir.

Tablo 4.14. Tedavi ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlere Ait Ev Değerlendirme Sonuçlarının Karşılaştırılması (Mann Whitney U Testi)

	Tedavi Grubu X±SD	Kontrol Grubu X±SD	z	P
Ev değerlendirmesi (ilk)	0,387±1,202	0,666±2,122	-0,126	0,900
Ev değerlendimesi (son)	0,387±1,202	0,666±2,122	-0,126	0,900

Tedavi grubunda yer alan bakım verenlerin KÇUS'ye ait tekrarlı ölçümleri arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,01$). Farkın 1. ve 2. ölçümler, 1. ve 3. ölçümler ile 2. ve 3. ölçümler arasında olduğu saptanmıştır ($p<0,01$). Sonuçlar Tablo 4.15'de gösterilmiştir.

Tablo 4.15. Tedavi Grubundaki Bakım Verenlere Ait Kişi Çevre Uygunluğu Değerlendirme Sonuçları (dağılım ve yüzde tablosu)

	1. değ		2. değ		3.değ	P
KÇUS	n	%	n	%	n	%
Ciddi düzeyde problem	8	25,8	-	-	-	-
Zayıf çevre uygunluğu	18	58,1	17	54,8	13	41,9
Baş edilebilir çevre	5	16,1	13	41,9	13	41,9
İyi çevre uygunluğu	-	-	1	3,2	5	16,1

*p<0,01

Kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin KÇUS'ye ait tekrarlı ölçümleri arasında anlamlı fark bulunmuştur (p<0,01). Sonuçlar Tablo 4.16'da gösterilmiştir.

Tablo 4.16. Kontrol Grubundaki Bakım Verenlere Ait Kişi Çevre Uygunluğu Değerlendirme Sonuçları (dağılım ve yüzde tablosu)

	1. değ		2.değ		P
KÇUS	n	%	n	%	0,001*
Ciddi düzeyde problem	14	46,7	6	20	
Zayıf çevre uygunluğu	13	43,3	10	33,3	
Baş edilebilir çevre	3	10	13	43,3	
İyi çevre uygunluğu	-	-	1	3,3	

*p<0,01

Tedavi ve kontrol grubundaki bakım verenlerin ilk ve son değerlendirmeye ait KÇUS puanları Mann Whitney U testi kullanılarak karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

b) Sosyo-ekonomik ve Politik Çevreye Ait Bulgular

Bakım verenlerin problem çözmede yaşadıkları zorluklar sosyo-ekonomik çevre faktörleri ile ilişkilendirilerek değerlendirilmiştir. Sonuçlar betimsel analiz ile açıklanmıştır. Problem çözümü ile ilişkili zorlukların 1 veya 2 faktörle ilişkili olduğu saptanmıştır. Tedavi grubunda yer alan 3, kontrol grubunda yer alan 9 bakım veren zaman içinde sürece uyum sağladıklarını belirtmişlerdir. Tedavi grubunda yer alan bir bakım verenden alınan örnek sonuç bilgisi;

‘Hastalık sürecini düşündüğümde en fazla hastanede zorlandım, neden olduğunu bilmediğim hızlı gelişen bir süreç idi. Sizinle olayın 2. günü karşılaştığımızda sizin anlattıklarınızla olayı kısmen anladım ama kaygılarım azalmadı. Sizin bana sorduklarınızı doğru bir şekilde cevaplamaya çalıştım, eşim için iyi olan her şeyi yapmaya çalışıyordum. Hastaneden taburcu olunca kısmen rahatlardım ama hastalığın sonuçları benim için kaygı verici idi. Başka bir hastaneye gitmeliyim, başka neler yapmalıyım? Sürekli aklımdan atamadığım sorular idi. Sizin önerilerinizle, eşim için problem olmaması adına birkaç hafta sonra başka bir hastaneye gitmeye karar verdim. Bu süreçte etrafımda birileri vardı ama ara da kendimi yalnız da hissettim. Eşimin iletişimde yaşadığı problemleri sizinle paylaşmıştım, bu benim için en önemli konu idi. Önerilerinizle iletişimi gün içindeki aktivitelerde eşime hasta olduğu fikrini vermeden sağlamaya çalıştım. Bu yaptıklarım, evin sorumlulukları ve çocukları düşündüğümde günüm gerçekten çok dolu geçiyordu, boş zaman kavramı benim için artık geçerli değildi. Bunlarla birlikte beni en çok zorlayan konu eşimin süreci kabul edememesi, önceki yaşantıya dönme konusundaki aşırı ısrarı idi. Bu konuda sizin önerinizle aşama aşama onu hayata bağlayacak daha basit ama anlamı ve amacı olan aktiviteler bulmaya çalıştım. Hemen her zaman başarılı olamadım, ancak başarısız olduğumda da buna çok üzülmemem gerektiğini elimden geleni yaptığım fikrini de sizinle olan görüşmelerle kazandım’. Bu bilgi ışığında bakım veren için en önemli sorun hastanın inat etmesi ile ilişkilendirilmiştir.

Bu örnekte olduğu gibi, tedavi grubundaki bakım verenlerde betimsel analiz ile sonuç bilgileri elde edilmiştir.

Kontrol grubunda ise son değerlendirmede inme sürecinin öncesi ve sonrasını düşünmeleri yaşantıdaki değişiklikleri ve nedenleri tanımlamaları istenmiştir. Kontrol grubunda yer alan bir bakım verenden alınan örnek sonuç bilgisi;

‘Hastalığın başına dönecek olursak eşimim hastalığı beni çok etkiledi, hastanede daha çok yoruldu, ama evde bakım da kolay değildi. Sizden hastalık ile ilgili bilgileri aldım, yapabildiğim kadar bakma konusunda dikkatli davrandım. Evde bir oğlum var, birde kendi evinde yaşayan evli bir kızım. Onlar bir derece bana yardımcı oldular, ama esas bakım işini, ev işini ve her işi ben yapmak zorunda idim. Eşim için hastanede iken egzersiz göstermişlerdi ve bunları yapması gerektiği söylenmişti. Ancak ben ne kadar istesem de eşim o kadar isteksiz idi. Hareketleri yaptırmaya çalışma, evde daha önce yapmadığım işleri yapmak zorunda kalmam beni çok yordu. Eskiden saat yapıp satıyordum, şimdi onu da bırakmak zorunda kaldım. Eşimle konuştum, zor da olsa bana cevap verdi. Beni anladı diye düşünmek istedim, ancak onu kendi başına yapabilecekleri konusunda ikna edemedim.’ Bu bilgi işığında bakım veren için en önemli sorun hastanın isteksizliği ile ilişkilendirilmiştir.

Bu örnekte olduğu gibi, kontrol grubundaki bakım verenlerde betimsel analiz ile sonuç bilgileri elde edilmiştir.

Bakım verenlerin problem çözümünde yaşadıkları zorluklar Tablo 4.17’de gösterilmiştir.

Tablo 4.17. Sosyo-ekonomik evre ile İlişkili Problem zme Zorlukları

Tanımlanan Zorluklar	Tedavi Grubu		Kontrol Grubu	
	n	%	n	%
Hastanın inat etmesi	3	9,67	2	6,66
Hasta ile yaşanan iletişim problemi	3	9,67	2	6,66
Hastanın aşırı ilgi isteği	4	12,9	-	-
Hastanın isteksiz olması	6	19,35	1	3,3
Hastanın artmış bağımlılık düzeyi	7	22,58	9	30
Hastanın risk faktörlerine dikkat etmemesi	2	6,45	-	-
Sosyal destek ağlarının yetersiz olması	4	12,9	3	10
Bakım verenin aşırı kaygılı olması	4	12,9	1	3,3
Sosyal çevrenin negatif etkisi	1	3,22	-	-
Ev ziyaretlerinin çok fazla olması	1	3,22	-	-
Ekonomik zorluk yaşanması	1	3,22	9	30
Zamanın yetersiz olması	-	-	1	3,33

Tedavi ve kontrol grubundaki bakım verenlerin, inmeye bağlı ekonomik durumları ile devletten bakım parası alma durumları %'lik dilimlerle tanımlanmıştır. Sonuçlar Tablo 4.18'de gösterilmiştir.

Tablo 4.18. İnme Sonrası Ekonomik Durum ve Devlet Yardımı Alma Durumu (Ki-kare testi)

	Tedavi Grubu		Kontrol Grubu		P
İnmeye bağlı ekonomik durum	n	%	n	%	0,029*
Yeterli	22	71,0	13	43,3	
Yetersiz	9	29,0	17	56,7	
Bakım parası					0,419
6 aydan sonra alan	3	9,7	5	16,7	
Hiç almayan	28	90,3	25	83,3	

*p<0,05

5. TARTIŞMA

İnme kronik bir durum olup, kişinin fiziksel, kognitif ve sosyal fonksiyonlarını ciddi düzeyde etkileyebilmektedir. Bununla birlikte inme bir aile hastalığı olarak tanımlanmaktadır (2). İnme ile ilgili yapılan araştırmalarda bakım verenlerde özellikle eş ya da çocuklarda negatif yönde fiziksel (yorgunluk, enerji kaybı, bel ağrısı gibi) ve emosyonel (şok, korku, suçluluk gibi) etkilenimlerin giderek büyüyen bir problem olduğu belirtilmiştir (3,4, 20, 66, 69, 71, 73, 76).

Çalışmamızın amacı inmeli bireylere bakım verenlerin karşılaştığı problemlerin kişi merkezli sosyal problem çözme yaklaşımı ile araştırılması ve bu yaklaşımla yol gösterici çözümlerin oluşturulmasıdır. Bu amaç doğrultusunda akut inmeli bireylere bakım verenlerde kişi merkezli sosyal problem çözme yaklaşımı ile bakım verme yükü ile depresyon düzeyinin azaltılması ve yaşam kalitesinin artırılması planlanmıştır.

Puymbroeck ve diğerleri (102) inmeli bireylerin bakım verenleri ile ilgili uzun dönem takibini içeren çalışmalarında bakım verenlerin %68,5'inin hastanın eşi olduğunu bildirmiştir. Connel ve diğerleri (65) ile Kapucu ve diğerleri (34) benzer şekilde akut dönemden başlayarak topluma katılım aşamasına kadar takip ettikleri bakım verenlerin çoğunun inmeli bireyin eşi olduğunu saptamışlardır.

Çalışmamızda hem tedavi hem de kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin çoğunluğunu inmeli bireylerin eşlerinin oluşturduğu görülmüştür. Bu sonuç literatürdeki çalışma sonuçları ile benzer bulunmuştur.

Kapucu ve diğerleri (34) yatağa bağımlı inmeli hastaların bakımı ile ilgili uzun dönem araştırmalarında kadın bakım verenlerin erkeklerden daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Lui ve diğerleri (142) inmeli bireylerin primer bakım verenlerinin problem çözme yeteneklerini değerlendirebilme düzeylerini araştırdıkları çalışmada bakım verenlerin %81.6'sının kadın olduğunu bulmuşlardır. Benzer olarak King ve diğerleri (120) inme sonrası erken dönemde problem çözme yaklaşımının bakım verenlerin fiziksel ve psikososyal adaptasyonları ile mevcut durumlarla baş etme durumu üzerine etkilerini araştırdıkları çalışmada bakım verenlerin %78'inin kadın olduğunu bildirmiştir. Can (78) nörolojik hastalığa sahip kişilerin bakım verenleri üzerinde yaptığı çalışmada, bakım sunmanın geleneksel olarak bir kadın sorumluluğu olarak görüldüğünü özellikle günlük yaşamda aktif

olarak destek sağlamakta, aile odaklı ve besleyici rol oynadıkları ve kadın bakım verenlerin bu durumu eski sorumluluklarının devamı olarak gördüklerini bildirmiştir. Bektaş (143) fiziksel özürlü çocuğa bakım verenlerde ergoterapi programının etkilerini araştırdığı çalışmasında bakım verenlerin tamamına yakını annelerin oluşturduğunu belirtmiştir.

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olması literatürdeki çalışma sonuçlarını desteklemektedir. Toplumumuzda bakım verme rolünün inmeli bireyler içinde kadın bireyler tarafından sağlandığı saptanmıştır.

Lutz ve diğerleri (66) inmeli bireylerin hızlı ve tam olarak iyileşmeden hastaneden taburcu olduklarını, bu durumun tipik olarak temel günlük yaşam aktiviteleri ve yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde nasıl yardım verileceği konusunda bilgiye ihtiyacı olan ve sürece uyum sağlamayan bakım verenlerde stres düzeyinde artışa neden olduğunu bildirmiştir. Ostwald ve diğerleri (23) inmeli bireylerin ekonomik gerçeklerden dolayı hastaneden hızlı taburcu olduklarını, taburculuk sonrası fark edilir düzeyde yetersizlik yaşadıklarını ailelerin ise bakımla ilgili tüm sorumlulukları alma konusunda hazır olamayabileceklerini belirtmiştir.

Çalışmamıza katılan hastaların tamamı hastane içinde aldıkları tedaviler sırasında ve taburculuk sürecinde temel ve/veya yardımcı günlük yaşam aktivitelerinde bir başka kişiden yardım almak zorunda idi. Bu bağlamda tüm bakım verenlerin hastane içinde ve taburculuk sırasında bakım ile ilgili farklı sorunları ve bilgi ihtiyaçları olduğu saptanmıştır. Bu sonuçların Lutz ve diğerleri (66) ile Ostwald ve diğerlerinin (23) çalışmaları ile paralel olduğu tespit edilmiştir.

İnmeli bireye bakım verenlerde, erken dönemde inme ile ilgili iyileşme süreci ve tedavi hakkında bilgi edinme isteği ile emosyonel olarak biri ile konuşma ihtiyacı tanımlanmakta, hastanın durumunun stabilleşmesi ile birlikte hastanın günlük yaşam aktivitelerine yardım etme konusunda eğitim ihtiyacı ortaya çıkmakta, taburculuk öncesi günlük yaşam aktiviteleri konusunda pratik uygulama yapma, toplumsal kaynaklara ulaşma, emosyonel olarak yaşanan zorlukları konuşma ihtiyacı tanımlanmakta, taburculuk ile birlikte evde yapılması gerekli tedavi yaklaşımlarını uygulama ve eve adaptasyon ile ilgili ihtiyaçlar olduğu belirtilmektedir (96).

Bakım verenlerin ihtiyaçlarının tanımlandığı bir diğer araştırma sonuçları psikolojik olduğu kadar fiziksel yardım, ayrıntılı bilgi ve özellikle maddi olmak

üzere sosyal desteği içeren üç temel ihtiyacın olduğunu ortaya koymuştur. Araştırmada fiziksel olarak çok zorlanılabildiği, bilginin tüm boyutlarıyla bir ihtiyaç olduğu maddi problemlerin ise çok ciddi bir bakım problemi olduğu saptanmıştır (144).

Hayashi ve diğerleri (145) inmeli bireylere bakım verenlerin akut dönemde %83.7'sinin yeniden inme olmasının nasıl engelleneceği, %72.1'inin hangi ilaçlarının bu konuda daha etkili olduğu, %70.9'unun iyileşmenin ne kadar zaman alacağı ve %69.8'inin hastaneye ulaşabilirlik konusunda bilgiye ihtiyaçları olduğunu belirtmişlerdir. Plank ve diğerleri (146) nörolojik veya ortopedik hastalığı bulunan kişilere bakım verenlerinde taburculuk öncesinde 3 temel kavramın ortaya çıktığını, bunların, yeni tecrübe edilen roller, hastanın mevcut durumu ve bakım verenin destek ihtiyaçları olduğunu ifade etmişlerdir. Araştırmacılar bu üç kavram içinde de her şeyin sorumluluğuna sahip olma ana kavramının yer aldığını belirtmişlerdir.

Greenwood ve diğerleri (99) inmeli bireylerin bakım verenlerinin bakım tecrübesi ile ilgili roller ve ilişkilerde değişimler yaşadıklarını bildirmişlerdir. Araştırmacılar geçmiş ilişkilerde, otonomide, geleceğin garantiye alınması konusunda değişimler yaşanması ile bağlantılı olarak bakım verenlerin kimlik algılarında zorluklar tanımladıklarını ifade etmişlerdir. Bu duruma karşı bakım verenlerin kognitif ve pratik cevaplar geliştirebildiklerini, kabullenmeyi ve uyumu sağlayabilecek şekilde yaşamlarını yeniden yapılandırdıklarını belirtmişlerdir. Araştırmacılar inmeli birey ve bakım vereni desteklendiğinde, rol, ilişki değişimleri ile azalmış otonomi konusunda bilgilendirildiğinde pozitif değişimler sağlanabileceğini vurgulamışlardır. Bununla birlikte klinisyenlerin sıklıkla kısa süreli olarak aileleri gördüklerini, özellikle uzun dönemde ortaya çıkan büyük problemlerin çok azını anladıklarını, uzun dönem çalışıldığında ise bakım veren ihtiyaçlarının daha iyi anlaşılabilceği ve çözüm yolu bulunabileceğini bildirmişlerdir.

Cameron ve diğerleri (96) inmeli bireylerin bakım verenleri için farklı destek sistemlerinin olduğunu, sağlık profesyonellerinin hastane içinde, aile ve arkadaşların hastane içinde ve sonrasında, aynı durumu yaşamış bakım verenlerin taburculuk sonrası destek verebildiklerini belirtmiştir. Araştırmacılar bakım verenlerin sağlık profesyonellerinin tam olarak onları anlayamayacağını düşündüğünü, aile ve yakın

çevrenin desteğinin erken dönemde olduğunu, aynı durumu yaşamış bakım verenlerden alınan desteğin ise onlar için oldukça değerli olduğunu bildirmiştir.

Çalışmamızda inmeli birey bakım verenlerinin inme süreci ile birlikte ortaya çıkan temel ihtiyaçlarına yönelik olarak temel ergoterapi stratejileri dahilinde hastalık hakkında bilgilendirme, hasta transfer yöntemleri ile günlük yaşam aktivitelerinde kullanılabilecek temel yaklaşımlar hastane ortamında anlatılmıştır. Tedavi grubu bakım verenleri için bu yaklaşımla birlikte hastane ortamında ve taburculuk sonrası 12 hafta süresince sosyal problem çözme yaklaşımı kullanılmıştır. Her bir bakım veren için kendi, hasta ve yaşanan çevre ile ilişkili problemleri tanımlamayabilme, bunlara yönelik çözüm üretme ve uygulama konusunda çalışma yapılmıştır. Hasta ile yaşanan iletişim problemleri için uygun çevresel koşulların sağlanması (daha sessiz ortamda çalışma gibi), sosyal destek ağında yaşanan problemlerde yakın çevreden yardım isteme, hastanın katılımının yetersiz olduğu durumlarda fiziksel çevreyi düzenleme (tuvalet ve banyoda bar kullanımı, hastanın sık kullandığı alanlarda odadaki eşya sayısını azaltma gibi), risk faktörleri ile ilgili yaşanan problemlerde hasta ile konuşma, gerekli sağlık disiplinlerine yönlendirme (sigara kullanımı için sigara bırakma merkezine yönlendirme, obezite ve hatalı beslenme için diyetisyene yönlendirme), sosyal çevrede yaşanan yanlış sağlık bilgileri ile ilgili yaşanan problemlerde çevreye araştırmacı tarafından verilen bilginin sunulması ile uyumlu çözüm odaklı stratejiler kullanılmıştır. 24. haftada tedavi sürecinde tanımlanan problemlerin zaman zaman ortaya çıkabildiği, bununla birlikte çözümün bakım veren tarafından daha kolay bulunup uygulanabildiği görülmüştür. Bu sonuç literatürde yapılan çalışmalarla benzer şekilde erken dönemden itibaren bakım verenlerin bir dizi problem yaşadığını, çözüm sürecinde doğru bir yaklaşıma ihtiyaçları olduğunu, bununla birlikte sosyal problem çözme yaklaşımının geniş bir bakış açısı ile bakım verenler için bir farkındalık yarattığını göstermiştir.

Hung ve diğerleri (106) inmeli bireylerin bakım verenlerinde uzun dönemde bakımın bir sonucu olarak çalışma şartlarında yaşadıkları değişikliklerin artmış ekonomik stres düzeyine neden olduğunu bildirmişlerdir.

65 yaş ve üzerindeki bireylerin bakım verenlerinin bakımdan etkilenme düzeylerinin araştırıldığı bir araştırmada bakımın bir sonucu olarak finansal zorluklar

yaşandığı ve bu zorlukların da finansal bir yük olarak ele alınıp uygun politika ve programlarla azaltılması gerektiği belirtilmiştir (147).

Hindistan'da kırsal bir bölgede yaşayan ortalama yaş aralığı 72.7 yıl olan bağımlı bireylerin bakım verenlerinin bakıma ilişkin olarak artmış zaman harcaması ve azalmış gelir düzeyi ile karşı karşıya kaldıkları belirtilmiştir (148).

Çalışmamızda literatürdeki çalışma sonuçları ile paralel olarak, inme ile ilişkili taburculuk sonrası ekonomik zorluklar yaşandığı görülmüştür. Tedavi grubunda yer alan bakım verenlerin kurumsal çevre ile ilgili olarak tanımladıkları zorluklar için çözüm yöntemleri tartışılmıştır. 1 bakım veren için yarım zamanlı olarak çalışma, 3 bakım veren için bakım parası alma konusunda bilgi sağlama, 2 bakım veren için hastanın dereceli olarak işe geri dönüşü konusunda fikir paylaşımı yapılmıştır. Bakım verenler devam eden telefon görüşmelerinde çalışma saatlerinin düzenlenmesinin pozitif sonuçlarını bildirmişlerdir. Bununla birlikte ekonomik zorlukların devam ettiği ve farklı politik düzenlemelere ihtiyaç olduğu saptanmıştır. Tek bir disiplinin özellikle kurumsal düzenlemlerde yeterli olmadığı interdisipliner çalışmalarla mevcut problemlerin çözülebileceği düşünülmüştür.

Greenwood ve diğerleri (99) inmeli bireylere bakım verenlerde inme ile ilişkili olarak kontrol ve bağımsızlık kaybı yaşanabildiğini bildirmişlerdir. Araştırmacılar bakım verenlerin evdeki güvenlik problemlerinden dolayı hastaları yalnız bırakamadıklarını, hatta bazen bulundukları odadan ayıramadıklarını, kendi evlerinde hapis olma hissi yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Çalışmamızda bakım verenler, inmeli birey ile birlikte kullandıkları ev ortamı ile ilgili olarak hem yatay hem de dikey alanlarla ilgili risklerin güvenlik problemi olduğunu belirtmişlerdir. Tedavi grubu bakım verenlerinin taburculuk sonrası devam eden fiziksel çevreye yönelik problemlerine yönelik olarak kesintisiz alanlar oluşturma, tuvalet ve banyoda duvar barı kullanma ve oda içi eşya düzenini mobilitayı destekleyecek şekilde yeniden düzenleme şeklinde bir dizi çözüm kullanılmıştır. Bu çözümlerle daha az güvenlik problemi yaşayan bakım verenlerin kişi çevre uyumlarında pozitif bir kazanç sağlamıştır.

Aniden ortaya çıkan inme sürecinin sonuçlarının bakım verenler tarafından tam olarak anlaşılmaması hazırlıksız olarak olayın içinde var olma durumunun bir sonucu olarak yeni durum ile ilişkili ihtiyaçların nasıl karşılanacağı konusunda bir

belirsizlik yaşanmaktadır (66). Bakım verenler hazırlıksız olarak yakalandıkları bu süreçte ortaya çıkan negatif düşüncelerle baş etmeye çalıştıklarını ancak çok stresli olduklarını ve endişelendiklerini ifade etmektedirler (68). İlk defa inme geçirmiş bireylere bakım verenlerin birden fazla inme öyküsü olan inmeli bireylerin bakım verenleri ile karşılaştırıldığında daha fazla bakım yükü tanımladıkları gösterilmiştir (106).

Akut dönemde bakım veren kişinin artmış iş yükünün kısıtlanmış bir aktivite katılımına yol açtığını gösteren bir diğer çalışmada, araştırmacılar bu durumun bir zorunluluk olarak algılanmasının yanında bazı kişilerde durumun manevi değerlerle de birleştirilebildiğini belirtmişlerdir. Bununla birlikte aşırı kaygı ya da korkunun hastanın aktivitelerini kısıtladığını sonuç olarak bakım yükünün arttığını ifade etmişlerdir (49).

İlk defa inme geçiren ve farklı düzeylerde bağımlılıkları olan kişilerin bakım verenlerinin yer aldığı çalışmamızda bakım sürecinden etkilenme düzeyi değerlendirilmiştir. Çalışmamızda tüm bakım verenlerin akut dönem bakım rolü ile ilişkili olarak emosyonel iyi olma hali, stresle baş edebilme yeteneği, kendine güven, arkadaş ve aile ilişkisi, fiziksel sağlık, sosyal aktivite katılımı, geleceğe bakış ve hasta ile olan ilişki yönlerini araştıran değerlendirme sonuçlarında benzer negatif etkilenimler yaşadığı görülmüştür. Bu sonuç literatürde yapılan çalışmalarla paralel olarak inmeli bireylerin bakım verenlerinin erken dönemden itibaren bakım yükü ile karşı karşıya kaldıklarını ortaya çıkarmıştır.

Araştırmamızın tedavi grubunda yer alan bakım verenin akut dönemde kullandığı ifade ‘şu an tek istediğim eşimin eski sağlığına kavuşması, zaman zaman ağlıyorum ama onun sağlığı için baş etmeye çalışıyorum’

Araştırmamızın kontrol grubunda yer alan bakım verenin akut dönemde kullandığı ifade ‘hiç hayal etmediğim bir durum içindeyim, benim için en önemli konu eşimin sağlığına kavuşması, onun için kendimi bırakmamaya çalışıyorum’.

Bu ve buna benzer ifadelerin yer aldığı değerlendirme sonuçları özellikle erken dönemde bakım sürecinin ortaya çıkardığı duygusal yüklenmeleri göstermiştir.

Oliveria ve diğerleri (149) hastaneden taburcu olan inmeli bireylerin bakım verenlerinde bakım rolünün ortaya çıkardığı yükün klinik işaretlerini araştırdıkları çalışmalarında bakım verenlerin kişisel ihtiyaçları için zamanları olmadığını,

emosyonel değişiklikte artış yaşandığını, sosyal hayata katılmadıklarını, serbest zaman aktivitelerinde değişiklik tanımladıklarını ve tüm bunların bakım yükünün işaretleri olduğunu belirtmişlerdir.

İnmeli birey ve eşinin yer aldığı iki yıllık bir süreçte bir çift üzerinden yapılan vaka çalışmasında inmenin bireysel bir olay olarak değil çiftler açısından düşünüldüğünde hem kadını hem de erkeği derinden etkileyen bir süreç olarak anlaşılması gerektiği belirtilmiştir. Vaka üzerinden yürütölen çalışma sonuçları 4 temel alanda etkilenimi ortaya koymuştur. Bunlar, bozuk fonksiyona sahip bir bireyin olması, bağımlılık durumu, rol değişimi ve emeklilik planlarının değişimi olarak tanımlanmıştır. Bir şeyde ne kadar ısrarcı olunursa o kadar başarılı olunacağına inanıldığı için hastanın gereğinden fazla egzersiz yapması fazla yürümesi ve tedavilerin abartılması ile mevcut sürecin çıkmaza girdiği gösterilmiştir (97).

Bir yıllık periyotta inmeli bireyler ve onlara bakım veren eşleri üzerinde yapılan bir diğer takip çalışmasında inme ile ilişkili yaşanan yorgunluk durumunun işe geri dönüşü, cinsel ilişkiyi ve eşler arasındaki sosyal hayatı olumsuz etkilediği ifade edilmiştir. Ayrıca inmeli bireyin bağımlılık düzeyi ile bakım veren tükenmişlik düzeyi arasında anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (120).

Pierce ve diğerleri (150) taburculuk sonrasında bir yıl süre ile takip ettikleri inmeli birey bakım verenlerinin hem hasta hem de kendileri için endişelendiklerini, belirgin bir yorgunluk yaşadıklarını ve yaşamlarının bakım içinde kaybolduğunu hissettiklerini bildirmiştir. Araştırmacılar aynı zamanda bakım yükü ile ilişkili olarak uygun destekleyici eğitimlere ihtiyaç olduğunu belirtmişlerdir.

Gregorio ve diğerleri (151) beyin yaralanmalı bireylerin bakım verenlerinin kronik dönemdeki baş etme stratejilerinin etkilerini incelemişlerdir. Araştırmacılar baş etme durumunu aktif problem odaklı baş etme (bir problem ile karşılaşıldığında sakinliği koruma gibi) ve pasif problem odaklı baş etme (diğer insanlardan izole yaşama gibi) olmak üzere iki alt kategoride değerlendirmişlerdir. Pasif baş etme stratejilerini kullanan primer bakım verenlerin aile fonksiyonları, bakım yükleri ve yaşam kalitelerinde azalma olduğu, aktif baş etme stratejileri ile psikososyal fonksiyonlar arasında bir ilişki bulunmadığını belirtmişlerdir. Aktif baş etmenin

etkisiz kalmasının sürecin kronikleşmesi ile birlikte ortaya çıkan artmış kontrol durumu ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir.

Stewart ve diğerleri (130) inme veya demans tanısına sahip bireylerin bakım verenlerinde baş etme yollarını geliştirme, yetkin olmayı sağlama, yalnızlık ve izolasyon duygusunu azaltma ile destek memnuniyetini geliştirme amacı doğrultusunda politikalar, programlar ve uygulamalar konusunda bilgilendirmeyi kapsayan sosyal destek eğitimini telefon destekli olarak uygulamışlardır. Yaklaşımın ulaşılabilir, maliyet etkinliği olan ve verimli bir iletişim olduğunu, aşırı bakım yükü olan bireylerin destek alması için coğrafi, fiziksel, ya da zamansal engeller konusunda endişelenmelerine gerek olmadığını belirtmişlerdir.

Preiffer ve diğerleri (152) inmeli bireylere bakım verenlerde telefon destekli olarak problem çözme yönteminin uzun dönem sonuçlarını araştırmak amacı ile yaptıkları çalışmalarında problem çözme yaklaşımının depresyon düzeyi, fiziksel şikayetler ve bakım yükünde azalma sağladığını, serbest zaman ile ilgili tatmin düzeyinde anlamlı bir artış olduğunu göstermişlerdir.

Kim ve diğerleri (153) inmeli bireylerin bakım verenlerine yönelik, üç ay süre ile telefon destekli olarak taburculuk sonrası değişen ihtiyaçlar konusunda bilgilendirme, sosyal ve emosyonel destek sağlama, aile ihtiyaçlarına göre bilgi verme ya da tekrar eğitimi içeren bir tedavi programı sunmuşlardır. Araştırmacılar programın periyodik ve sürekli olmasının bakım verenler için anlamlı kazanımlar sağladığını, bakım yükünde fark edilir bir azalma olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızda tedavi grubu bakım verenlerinde, inmeli bireyin taburculuğunu takiben 13. hafta (sosyal problem çözme yaklaşımı sonrası) ve takip dönemi sonrası 24. haftada bakım yükünün azaldığı, kontrol grubu bakım verenlerinde ise akut dönemde tanımlanan bakım yükünün aynı şekilde olduğu görülmüştür. Tedavi grubundaki bakım verenlerde bakım yükü ile ilişkili olarak stresle başa çıkabilme, arkadaşlarla ilişki, enerji düzeyi, duygusal iyilik hali, arkadaşlarla sosyal aktiviteler için zaman ve bakıma ihtiyacı olan hastayla ilişki konularında pozitif kazanımlar elde edilmiştir. Hastane ortamında başlatılan sosyal problem çözme yaklaşımı telefon destekli olarak devam etmiştir. Problemlerin sadece inmeli bireyin yetersizliği ile ilişki olmadığı bunun birçok faktörle ilişkili olduğu gerçeği bakım veren ile paylaşılmıştır. Sonuç olarak bakım verenler hem kendileri ile ilgili (aşırı kaygı ile

fazla yardım sunma isteği gibi) hem de hasta ile ilgili (bağımlılık düzeyindeki artış gibi) faktörlerin hem de farklı çevresel etkenlerin (aile desteği gibi sosyal çevrenin, yaşadıkları yerin fiziksel özelliklerinin, yaşadıkları semtin bakış açısının, mali destelerle ilişkili politik çevrenin) problem alanları ile ilişkili olabileceği konusunda bir farkındalık kazanmışlardır. Çözüm iki yönlü olarak ele alınmış olup bakım verenin tam olarak yeterliliği olmadığı süreçlerde uygun çözüm yolları sunulmuştur. Bakım yükü ile bağlantılı olarak stres oluşturan faktörlerin azaltılması (iyileşme süreci ve yapılması gerekli tedaviler hakkında bilgi verilmesi gibi), arkadaşlarla görüşme ve ilişkinin devam etmesi için farklı alternatiflerin paylaşılması (evdeki diğer bireylerden geçici süre destek alma gibi), enerji harcamasının azaltılması (doğru transfer yöntemlerinin anlatılması ve gerektiği kadar inmeli bireye yardım sunma) ile bakım yükünde azalma sağlanmıştır. Bununla birlikte telefon ile takibin yapıldığı çalışmamızda telefon edilmesi bakım verenler tarafından sosyal bir destek gibi tanımlanmıştır. Bu sonuçla ilgili olarak tedavi grubu bakım vereninden alınan bir görüşme örneği;

‘Eşimin rahatsızlandığı ilk günlerde yanımda oldunuz, verdiğiniz bilgiler kadar sizinle konuşmak da benim için çok değerliydi. Bunu bir terapi gibi tanımlayabilirim. Eşimin sadece hastalığı değil aşırı sinirli olması ile ilgili ciddi zorluklar yaşadığım süreçte beraberce çözüm bulmaya çalıştık. Bu aşırı sinirlilik hali sürekli onunla ilgilenmemi gerektiriyordu. Bu süreçte bana sizinde bir hayatınız var gerekli yardımları yaptıktan sonra sizi mutlu edebilecek bir şeyler yapmaya çalışmalısınız demiştiniz. Çok küçük zaman aralıklarında kendime zaman ayırdım, bu durumu sizinle paylaştım, yaptığımı çok önemli olduğunu söylediniz. Taburcu olduktan sonra hasta ziyaretlerinin çok fazla olması beni yormaya başlamıştı, bunun normal olduğunu her şeyi düzgün bir şekilde yapmam gerektiğini düşünüyordum. Sizinle bu konuyu konuştuğumda bu sürecin beni daha fazla yormaması adına kimseyi kırmadan ama biraz gerçekleri vurgulayarak ziyaretlerin süresinin kısaltılması gerektiğini söylemem gerektiğini önerdiniz. Bunu kısmen de olsa başarabildim. Sonuçta sizinle sorumlulukları ve zorlukları paylaşabildiğimi düşünüyorum.’

İnmeli bireylerde bakım sürecinin başlangıcından itibaren bakım verenlerin duygu-durum değişiklikleri yaşandıkları bildirilmiştir. Hastalık, tedavisi ve iyileşme

konusunda yaşanan endişelerin emosyonel durumda değişiklikler yarattığı belirtilmektedir (18,66) .

King ve diğerleri (154) akut dönemde inmeli bireylere bakım verenlerin tecrübe ettikleri negatif yaşam değişiklikleri, artmış tehdit edici faktörler, düşük düzey bakım verme hazırlığı ile artmış anksiyete düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmiştir.

Oui ve diğerleri (155) fonksiyonel yetersizlikleri olan inmeli bireylerin bakım verenlerinin fark edilir düzeyde depresyon durumu gösterdiklerini ifade etmişlerdir.

Çalışmamızda bakım verenlerin depresyon durumları değerlendirilmiştir. Her iki grubun bakım verenlerinde akut dönemde duygu durum değişikliklerinin yaşandığı, tanımlanan depresyon düzeyleri arasında ise fark olmadığı saptanmıştır. Tüm bakım verenlerin ilk defa karşılaştıkları karmaşık olaylarla ilişkili olarak böyle bir sonucun ortaya çıktığı düşünülmüştür.

Pierce ve diğerleri (150) inmeli bireylere bakım verenlerin emosyonel durumlarını değerlendirmek amacı ile telefon destekli açık uçlu sorulara dayalı bir araştırma yapmışlardır. Bir yıl süre ile takip edilen bakım verenlerde araştırma sonuçları endişeli olma, tükenmişlik ve kendi var oluşları ile ilgili kaybolma durumlarının yaşandığını ortaya çıkarmıştır. Endişe halinin hasta ile daha fazla ilgilenmeye yol açtığını, yardım düzeyindeki artışın tükenmişlik durumunu beraberinde getirdiğini, bakım verenlerin kendileri için zaman ayıramayan kendi varlıklarını öteledikleri bir yaşamları olduğunu belirtmişlerdir.

İnmeli bireylerin hastaneden taburcuğunu takiben 12-24. haftalarda bakım veren eşleri üzerinde yapılan bir diğer çalışmada eşlerde ciddi düzeyde bakım yükü, depresyon, azalmış yaşam memnuniyeti ve ilişki ahenginde azalma olduğu bildirilmiştir (86).

Gholamzadeh ve diğerleri (156) inmeli bireylere bakım verenlerde psiko-eğitimsel yaklaşımlarının etkisini araştırmışlardır. Araştırmacılar hastane ortamında başladıkları eğitim sürecini 4 haftalık ev ziyareti ile devam ettirmişlerdir. Programın başlangıcında bilgi sağlama, günlük yaşam aktiviteleri eğitimi, para yönetimi ve bakım sorumluluklarını düzenleme, sonrasında stres yönetimi üzerinde durulmuştur. Stres yönetimi için farklı yöntemler kullanılmakla birlikte problem çözme yönteminin değiştirebilir durumlarla karşılaşıldığında kullanılabilecek uygun bir

yöntem olduğu ifade edilmiştir. Çalışmacılar tedavinin etkinliğini kontrol grubu ile karşılaştırdıklarında tedavinin anlamlı düzeyde psikolojik iyi olma hali ile ilişkili olduğunu ifade etmişlerdir.

Heugten ve diğerleri (157) inmeli bireylerin bakım verenleri için kanıta dayalı uygulama rehberi sundukları çalışmalarında bakım verenin aktif problem çözme davranışı ile destek arama davranışını kapsayan danışmanlık odaklı tedavi yaklaşımlarının bakım verenin ruh hali, emosyonel iyi olma hali ile sosyal destek elde edebilme yönünde pozitif etkiye sahip olduğunu bildirmişlerdir.

Grant ve diğerleri (26) inmeli bireylerin bakım verenlerinde uzun dönemde tanımlanan problemlere yönelik olarak yaptıkları çalışmada fiziksel ve/veya emosyonel problemler olabildiğini göstermişlerdir. Araştırmacılar bir ev ziyaretini takiben telefon destekli olarak sosyal problem çözme yaklaşımı uyguladıkları bakım verenlerin benzer özelliklerdeki kontrol grubu ile karşılaştırıldığında daha iyi problem çözebildiklerini ve daha az depresyon yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Benzer olarak Bakas ve diğerleri (158) inmeli bireylere bakım verenlerin ihtiyaçlarına odaklanan telefon ile değerlendirme ve yetenek gelişimini içeren 8 haftalık bir programın 4.ve 8. haftalar ile 12.hafta sonunda iyi düşünme gücünde artış sağladığını göstermişlerdir.

Çalışmamızda tedavi grubu bakım verenlerinde, inmeli bireyin taburculuğunu takiben 13. hafta (tedavi sonrası) ve takip dönemi sonrası 24. haftada depresyon düzeyinin azaldığı, kontrol grubu bakım verenlerinde ise akut dönemde tanımlanan depresyon düzeyinin aynı şekilde kaldığı saptanmıştır. Bu durum kişi merkezli sosyal problem çözme yaklaşımının pozitif etkilerini ortaya çıkarmıştır. Bakım verenler hastalık ile ilgili artmış üzüntü hali, gelecek hakkında kaygılar, eskisinden daha fazla ağlama ile ilişkili duygusal değişiklikler tanımlamışlardır. İnme risk faktörleri, hastalık süreci ve yapılması gerekli tedaviler ile ilgili bilgilendirme ve bunun takibini yapma bakım verenler için devamlılığı olan sosyal bir çevre sağlamıştır. Üzüntü ve ağlama ile ilgili sürecin, araştırmacı tarafından bakım ile ilgili yapılan her türlü fiziksel ve emosyonel desteğin önemli olduğunun anlatılması, doğru bakım stratejilerinin (yemek yeme, giyinme, tuvalet vb. aktivitelerde doğru yardımın sunulması gibi) kullanılması ile pozitif yönde bir değişim gösterdiği düşünülmüştür. Bununla birlikte sosyal problem çözme yaklaşımı hayatın içine olma ile ilgili bir

farkındalık sağlamıştır. Bu yönü ile bakım verenlerin sosyal hayatı içeren zorluklara karşı daha güçlü olabildikleri ve daha az duygu-durum değişikliği yaşadıkları saptanmıştır.

Mausbach ve diğerleri (159) kanser, artrit, inme gibi farklı birçok hasta grubunun ve onların bakım verenlerinin yer aldığı sistematik gözden geçirme ve meta analizine dayalı araştırmalarında hastanın yaşadığı aktivite kısıtlılıklarının hem hastaların hem de bakım verenlerinin iyi olma hallerini ve yaşam kalitelerini negatif etkilediğini belirtmişlerdir.

Godwin ve diğerleri (160) inmeli bireyler ve onların bakımını sağlayan eşlerinin uzun dönemde yaşam kalitesinde değişiklikler olduğunu belirtmişlerdir. Bununla birlikte bakım verenlerin yaşadıkları depresyon düzeyindeki artışın yaşam kalitesinin mental sağlık alanında da azalmaya neden olduğunu göstermişlerdir.

Ogunlana ve diğerleri (112) inmeli bireylere bakım verenlerin yaşam kalitelerini standart yaşam tarzı, sağlık, yaşamda başarılı olma, ilişkiler, güvenlik, toplumsal ilişkiler ve geleceğe bakış açılarını sorgulayan bir anket ile değerlendirmişlerdir. Artmış bakım yükü ile ilişkili olarak yaşam kalitesinde de azalma olduğunu bildirmişlerdir.

Akosile ve diğerleri (89) inmeli bireylerin bakım verenlerinin, yaşam kalitesini, genel sağlık, fiziksel fonksiyon, fiziksel fonksiyonla ilgili rol kısıtlılıkları, ağrı, mental sağlık, emosyonel sağlıkla ilgili rol kısıtlılıkları, sosyal fonksiyon ve yaşama gücü alanlarının yer aldığı SF-12 ile değerlendirmişlerdir. Araştırmacılar yaşam kalitesi alanlarının tümünde negatif bir etkilenme olduğunu bununla birlikte emosyonel problemlerle ilgili rol kısıtlanmaları ve genel sağlık alanlarında daha ciddi etkilenmelerin olduğunu belirtmişlerdir.

İnmeli bireyler ve bakım verenleri için taburculuk sonrası eğitim, destek, yetenek kazanımı, danışmanlık ile sosyal ve toplumsal kaynaklara ulaşımın yer aldığı kanıta dayalı eğitim rehberlerinin, bakım verenlerinin hastalığı daha iyi anlama, oluşabilecek komplikasyonları önleme, tekrar inme geçirme riskini azaltma ile bakım verenlerin sağlığı ve yaşam kalitesinin gelişimi için gerekli olan kaynakların sağlanmasında etkili bir müdahale olduğu bildirilmiştir (124-127).

Cecil ve diğerleri (161) inme ile ilişkili olarak bakım verenlerin yaşantılarında olan değişiklikleri değerlendirmek amacı ile niteliksel bir araştırma

yapmışlardır. Araştırma sonuçları bakım verenlerin yaşamlarındaki değişimin dışında, farklı endişeler yaşadıklarını, hastaların mental açıdan yaşadıkları problemler konusunda kaygılandıklarını, bazı bakım verenlerin sağlık profesyonellerinden yeterli bilgiyi alabildikleri ve aileleri tarafından desteklendikleri halde bazılarının hem profesyonel hem de ailesel destekten yoksun olduklarını, bununla birlikte manevi gücü kullanan bakım verenlerin olabildiğini ortaya çıkarmıştır. Bununla birlikte yeni edinilen tecrübeler karşısında uyum sağlayabilen ya da sağlayamayan bakım verenler olduğu, kendi sağlıkları ve iyi olma hali ile ilişkili olarak uyku bozuklukları, panik ataklar ve aşırı yorgunluk ile tükenmişlik duygusunu yaşadıkları belirtilmiştir.

Çalışmamızda tedavi grubu ile kontrol grubunun akut dönemde yaşam kalitesi açısından benzer düzeyde oldukları saptanmıştır. Tedavi grubunun taburculuğu takiben müdahale sonrası 13. hafta ile izlemi takiben 24. haftada enerji düzeyi, emosyonel reaksiyon, uyku alanları ile toplam yaşam kalitesi düzeylerinde anlamlı bir düzelme saptanmıştır. Kontrol grubunun yaşam kalitesi düzeyinde akut dönem ile 24. hafta sonunda bir değişim görülmemiştir. Tedavi grubunda yer alan bakım verenlerinin 24. haftada kontrol grubu bakım verenlerine göre enerji düzeyi ve fiziksel aktivite düzeyinde artış, negatif emosyonel reaksiyonlar ile sosyal izolasyon durumunda ve uyku bozukluklarında anlamlı azalmalar olduğu saptanmıştır. Bakım verme işi ilgili tanımlanan artmış fiziksel yüklenmelerin doğru transfer, günlük yaşam aktivitelerinde gerektiği kadar yardım sunma ile azaltılması, kaygı, endişe ve ağlama gibi emosyonel değişikliklerin doğru bilgi paylaşımı ve sosyal destek ağlarının kullanımı ile azaltılması ile bakım yükünde sağlanan anlamlı azalmaların fiziksel ve mental sağlığı içeren yaşam kalitesi alanlarında fark edilir bir artış sağladığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda sosyal problem çözme yaklaşımının inmeli birey bakım verenlerinde hem bakım verme sürecinin başlangıcında hem de ilerleyen süreçte ortaya çıkabilecek problemleri tanımlama, çözüm oluşturma ve çözümleri uygulama boyutları ile uygun bir tedavi yaklaşımı olduğu saptanmıştır. Müdahalenin inmeli birey bakım verenlerinde depresyon düzeyini ve bakım yükünü azaltma ve yaşam kalitesi artırma yönünde pozitif kazançlar sağladığı görülmüştür. Bununla birlikte tedavinin telefon destekli olarak yapılması taburculuk sonrası herhangi bir maliyet

gerektirmeyen bakım verenlerin kolaylıkla ulaşabildiği bir müdahale olarak da düşünülmüştür.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İnmeli bireylere bakım verenlerde kişi merkezli sosyal problem çözme yaklaşımının bakım verme rolü, depresyon ve yaşam kalitesi üzerine etkisinin araştırıldığı çalışmamızda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

1. Çalışmamızda inmeli bireylerin bakım verenlerinin çoğunun kadın bireyler olduğu görülmüştür. Toplumumuzda sosyo-kültürel yapının bakım rolü üzerinde etkili olduğu farklı birçok rolü yerine getiren kadınların bakım rolünü de sıklıkla yerine getirdikleri saptanmıştır.
2. İnmeli bireylere bakım verenlerde bakım verme sırasında fizyolojik yapıdaki zorlanmalar ile ilgili fiziksel problemler, yaşanan ani ve zor süreçle uyumlu şok, korku, kaygı gibi emosyonel problemler, işten ayrılma zorunluluğu ile birlikte tedavi ve bakımın ortaya çıkardığı mali problemler, bakım yükünün artışı ile uyumlu bakım verenin sağlığında bozulmalar ve sosyal yaşantıya katılamama ile ilgili problemler olduğu saptanmıştır. Bu problemlerin sosyal problem çözme yaklaşımı ile akut dönemde tanımlanması, çözüm üretilmesi ve çözümün uygulanmasının bakım verenlerde bir farkındalık oluşturduğu, bununla birlikte devam eden taburculuk döneminde evde ve sosyal hayatın diğer alanlarında karşılaşılan problemlerde çözüm oluşturma ve uygulama sürecinin onlar tarafından da yapılabildiği saptanmıştır.
3. İnmeli bireylerin bakım verenlerinin akut dönemden başlanılarak bakım rolü ile karşı karşıya kaldıkları ve bu rolün taburculuk ile sonrasında farklı boyutlarda devam ettiği görülmüştür. Çalışmamızda sosyal problem çözme yaklaşımı içinde var olan pozitif düşünme ve doğru bilgiyi kullanabilme bakışı ile öncelikle bakım rolünün ortaya çıkardığı sonuçlar tanımlanmıştır (stres düzeyindeki artış, aile ilişkilerinde azalma ve ayrılma, sosyal hayatın içinde olamama, maddi yükün artması gibi). Sonrasında bakım rolünün de gün içinde diğer roller ile birlikte yerine getirebilecek bir rol olduğu konusunda bilgi paylaşımı yapılmıştır. Bakım rolüne yönelik bakım veren kişiye özel çözüm yolları ile (stres yönetimi, enerji harcamasının azaltılması, sosyal destek ağlarından yararlanma gibi) bakım yükünde anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır. Sosyal problem çözme yaklaşımına akut dönemde başlanması ve devam etmesi ile uyumlu tedavi yaklaşımlarının bakım yükünde fark edilir pozitif kazançlar sağladığı sonucuna varılmıştır.

4. Çalışmamızda bakım verenlerin akut dönemde inme durmu ile ilgili şok, korku ve endişe halini yaşadıkları, taburculuk ile birlikte gelecek hakkında umutsuzluk, yaşamdan çok zevk almama, ağlama ve sosyal hayata katılma isteğinin azalması ile birleşen duygusal zorluklar yaşadıkları görülmüştür. Bakım yükleri ile ilişkili olarak ortaya çıkan bu değişikliklere yönelik olarak hastalık hakkında doğru bir bilgilendirmenin yapılması, gerekli tedavi yaklaşımların sürece uygun olarak önerilmesi ve öğretilmesi (transfer yöntemleri, günlük yaşam aktivitelerinde gerekli yardımların sunulması gibi) ile kaygı, endişe halinde azalma, bakım verenin kendine serbest zaman oluşturmaya yönelik yönlendirme ve sosyal yaşantının desteklenmesine yönelik sosyal destek ağlarının (eş, kardeş ya da çocuklar gibi) bakımda yer alması ile sosyal hayata dereceli olarak katılım sağlanmıştır. Bu yönü ile sosyal problem çözme yaklaşımı duygusal yüklenmeler ve sonucunda ortaya çıkabilecek depresyon gibi ciddi negatif süreçleri önleyici bir yaklaşım olarak görülmüştür.

5. İnmeli bireylerin bakım verenlerin akut dönemden başlayarak fiziksel, emosyonel, psikososyal olarak yaşadıkları zorlukların yaşam kalitesinde de negatif değişikliklere yol açtığı görülmüştür. Bakım verenlerin fiziksel yüklenmeler ile uyumlu enerji seviyelerinde ve fiziksel aktivitelerde azalma olduğu, bakım işi ile ilgili uyku bozuklukları yaşadıkları, eğlenmeyi unuttukları, morallerinin bozuk olduğu ve sosyal yaşantıya katılımda anlamlı azalmalar yaşadıkları saptanmıştır. Sosyal problem çözme yaklaşımında bakım rolü ile ilgili yapılan tedavi yaklaşımlarının (doğru transfer yöntemi, günlük yaşam aktivitelerinde hastanın katılımı ve dereceli olarak yardımın sunulması, sosyal destek ağlarının kullanılması, dinlenme aralıklarının oluşturulması, stres yönetimi, arkadaş ve aile ilişkilerine yer verilmesi, sosyal hayata aşama aşama katılma gibi) yaşam kalitesinde de pozitif sonuçlar ortaya çıkardığı saptanmıştır. Tedavinin takip içeren boyutu ile bakım verenlerde iyi bir farkındalık sağlandığı fiziksel ve mental sağlıklarının düzeldiği ve buna bağlı yaşam kalitelerinde artış olduğu görülmüştür.

6. Çalışmamızda bakım verenlerin fiziksel çevre ile ilgili farklı problemler (inmeli bireyin banyo alanında ya da evin farklı alanlarında düşme riski) yaşadıkları saptanmıştır. Kişilerin yaşam alanlarına yönelik ev içinde zeminlerde kesintisiz alan

oluşturma, tuvalet ve banyo için duvar barı ve kaydırmaz yer örtüsü kullanma, eşyaların azaltılması gibi çözümler ile kişi çevre uygunluğunda artış olduğu görülmüştür.

7. Çalışmamızda bakım verenlerin sosyal (hasta ile olan ilişkilerde zolanma) ekonomik (maddi kaynakların azalması) ve politik (sağlık hizmetlerinden ve ekonomik desteklerden yararlanma) çevrelerinde farklı zorluklar yaşadıkları görülmüştür. Sosyal problem çözme bakım verenin çözüm bulabilmesi ve çözümü uygulamasını amaçlayan bir tedavi şekli olmakla birlikte çözüm gerektiğinde araştırmacı tarafından da sunulabilmektedir. Bu yönü ile çalışmamızda hasta-bakım veren arasında yaşanan iletişim problemlerinde hasta ile direk konuşma bir çözüm olarak kullanılmış ve o süreçte problem çözümü sağlanmıştır. Maddi kaynak sağlama yönünde bakım parasını alma yönünde bilgilendirme, kısmi zamanlı çalışma bir alternatif olarak düşünülmüştür. Bununla birlikte sosyo-ekonomik ve politik çevre açısından tek bir disiplin ile kısıtlı çözümlerin olabildiği, daha kapsamlı interdisipliner çalışmalara ihtiyaç olduğu saptanmıştır.

Bu çalışmanın sonuçları, inmeli bireylerin bakım verenlerinin hem akut dönemde hem de taburculuk sonrasında bir takım problemler yaşadıklarını göstermiştir. Bu problemlerin bakım verenlerde bakım verme rolü, depresyon ve yaşam kalitesini etkilediği saptanmıştır.

Tedavi grubunda sosyal problem çözme yaklaşımının pozitif sonuçları tanımlanmıştır. Sosyal problem çözme yaklaşımının bakım verenler için uygun bir yaklaşım olduğu tespit edilmiştir. Tedavinin telefon destekli olarak verilmesinin özellikle bakım verenler için ulaşılabilir bir yaklaşım olduğu da görülmüştür. Aynı zamanda hastane ya da rehabilitasyon merkezli tedavileri sınırlı olarak alabilen hasta ve yakınları için taburculuk sonrası doğru tedavi stratejilerine devam edebilme ve bakımla ilgili problemleri çözebilme yönü ile ev programı şeklinde devamlılığı destekleyen, maliyet etkinliği olan bir yaklaşım olarak düşünülmüştür.

Bununla birlikte sosyal problem çözme yaklaşımı ile belirli sınırlarda pozitif kazanımlar elde edildiği görülmüştür. Bakım verenlerin kendi yaşamları ve bakım verdikleri bireyin yaşamı ile ilgili kişi, aktivite ya da çevre odaklı problemlerin çok

boyutlu ele alınması gerektiği saptanmıştır. Bu bağlamda farklı sağlık hizmetlerinden yararlanma ve bakım parası alma konusunda ciddi kurumsal düzenlemelere ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Bununla birlikte çalışmamız taburculuk sonrası 24 hafta içinde tamamlandığı için bu süre içindeki problemler ve ihtiyaçlar tanımlanmış olup, ilerleyen sürelerde daha farklı problemlerin ortaya çıkabileceği düşünülmüştür.

Bu bağlamda toplumun içinde yer alma kavramını destekleyen bu yaklaşımın farklı düzeylerde bakım verme zorluğu yaşayan bakım verenlerde daha uzun periyotlarda devamlılığının sağlanması ile uzun dönemde de bakım yükü ve depresyon düzeyinde azalma ve yaşam kalitesi düzeyinde artış sağlayacağı sonucuna varılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Sudlow, C.L., Warlow, C.P. (1996). Comparing stroke incidence worldwide: what makes studies comparable? *Stroke*, 27(3), 550-558.
2. Visser-Meily, A., Post, M., Gorter, J.W., Berlekom, S.B.V., Bos, T.V.D, Lindeman, E. (2006). Rehabilitation of stroke patients needs a family-centred approach. *Disability and Rehabilitation*, 28(24), 1557–1561.
3. Clark, P.C., Shields, C.G., Aycock, D., Wolf, S.L. (2003). Preliminary reliability and validity of a family caregiver conflict scale for stroke. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 18(2), 77-82.
4. Van Exel, N.J., Koopmanschap, M.A., Van den Berg, B., Brouwer, W. B., Van den Bos, G. A. (2005). Burden of informal caregiving for stroke patients. Identification of caregivers at risk of adverse health effects. *Cerebrovascular Diseases*, 19(1), 11-17.
5. Kuroda, A., Tanaka, K., Kobayashi, R., Ito, T., Ushiki, A., Nakamura, K. (2007). Effect of care manager support on health-related quality of life of caregivers of impaired elderly: one-year longitudinal study. *Industrial Health*, 45(3), 402-408.
6. Teel, C.S., Duncan, P., Lai, S.M. (2001). Caregiver experiences and perceptions of stroke. *Nursing Research*., 50(1), 53-60.
7. Hoppes, S. (2005). Meanings and purposes of caring for a family member: An autoethnography. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(3), 262-272.
8. Pettersson, I., Berndtsson, I., Appelros, P., Ahlström, G. (2005). Lifeworld perspectives on assistive devices: Lived experiences of spouses of persons with stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 12(4), 159-169.
9. Forsberg-Wärleby, G., Möller, A., Blomstrand C. (2004). Life satisfaction in spouses of patients with stroke during the first year after. *Journal of Rehabilitation*, 36(1), 4-11.

10. Epstein-Lubow, G.P., Beevers, C.G., Bishop, D.S., Miller, I.W. (2009). Family functioning is associated with depressive symptoms in caregivers of acute stroke survivors. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 90(6), 947-955.
11. Teng, J., Mayo, N.E., Latimer, E., Hanley, J., Wood-Dauphinee, S., Cote, R., Scott, S. (2003). Costs and caregiver consequences of early supported discharge for stroke patients. *Stroke*, 34(2), 528-536.
12. Visser-Meily, A., van Heugten, C., Post, M., Schepers, V., Lindeman, E. (2005). Intervention studies for caregivers of stroke survivors: a critical review. *Patient Education and Counseling*, 56(3), 257-267.
13. Coutinho, F., Hersch, G., Davidson, H. (2006). The impact of informal caregiving on occupational therapy: Practice review and analysis. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 25(1), 47-61.
14. van Nes, F., Runge, U., Jonsson, H. (2009). One body, three hands and two minds: A case study of the intertwined occupations of an older couple after a stroke. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 194-202.
15. L deLaski-Smith, D., Ames, B. (1991). The relationship between person-environment fit and care-giver strain for elderly stroke survivors. *Housing and Society*, 18(2), 49-62.
16. Serena, N., Mary C., Anna W., Peg C. (2005). Effectiveness of home-based occupational therapy for early discharged patients with stroke. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 15(1), 27-36.
17. Rowland, T.J., Cooke, D.M., Gustafsson, L.A. (2008). Role of occupational therapy after stroke. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 11(5), 99-107.
18. Cameron, J.I., Gignac, M.A.M. (2008). Timing It Right': A conceptual framework for addressing the support needs of family caregivers to stroke survivors from the hospital to the home. *Patient Education and Counseling*, 70(3), 305-314.

19. Gustafsson, L., Hodge, A., Robinson, M., McKenna, K., Bower K. (2010). Information provision to clients with stroke and their carers: self-reported practices of occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(3), 190-196.
20. Grant, J.S., Glandon, G.L., Elliott, T.R., Giger, J.N., Weaver, M. (2004). Caregiving problems and feelings experienced by family caregivers of stroke survivors the first month after discharge. *International Journal of Rehabilitation Research*, 27(2), 105-111.
21. Kelley, C.P., Graham, N.C.S. C., Christy, J.B., Hersch, G., Shaw, S., Ostwald, S.K. (2010). Falling and mobility experiences of stroke survivors and spousal caregivers. *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 28(3), 235-248.
22. Cameron, J.I., Naglie, G., Silver, F.L., Monique, A. M. (2012). Stroke family caregivers' support needs change across the care continuum: a qualitative study using the timing it right framework. *Disability and Rehabilitation*, 35(4), 315-324.
23. Ostwald, S.K., Davis, S., Hersch, G., Kelley, C., Godwin, K.M. (2008). Evidence-based educational guidelines for stroke survivors after discharge. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 40(3), 173-179.
24. Schure, L.M., van den Heuvel, E.T., Stewart, R.E., Sanderman, R., de Witte, L.P., Meyboom-de Jong, B. (2006). Beyond stroke: Description and evaluation of an effective intervention to support family caregivers of stroke patients. *Patient Education and Counseling*, 62(1), 46-55.
25. Hoffmann, T., Worrall, L., Eames, S., Ryan, A. (2010). Measuring outcomes in people who have had a stroke and their carers: can the telephone be used? *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(2), 119-127.
26. Grant, J.S., Elliott, T.R., Weaver, M., Bartolucci, A.A., Giger, J.N. (2002). Telephone intervention with family caregivers of stroke survivors after rehabilitation. *Stroke*, 33(8), 2060-2065.

27. Grant, J.S., Elliott, T.R., Giger, J.N., Bartolucci, A.A. (2001). Social problem-solving telephone partnerships with family caregivers of persons with stroke. *International Journal of Rehabilitation Research*, 24(3), 181-189.
28. Grant, J.S., Elliott, T.R., Weaver, M., Glandon, G.L., Raper, J.L., Giger, J.N. (2006). Social problem-solving abilities, social support, and adjustment among family caregivers of individuals with a stroke. *Archives Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(3), 343-350.
29. Moghimi, C. (2007). Issues in caregiving the role of occupational therapy in caregiver training. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 23(3), 269-279.
30. Naguwa, K. (2010). ***Addressing the needs of caregivers: Self-reported practices of occupational therapists in the U.S.*** Ergoterapi Yüksek Lisans Tezi, Washington, Puget Sound Üniversitesi.
31. Patel, A., Knapp, M., Evans, A., Perez, I., Kalra, L. (2004). Training care givers of stroke patients: economic evaluation. *British Medical Journal*, 328, 1-6.
32. Mollaoğlu, M., Tuncay, F.Ö., Fertelli, T.K. (2011). İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yüğü ve Etkileyen Faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 4(3), 125-130.
33. Bilgili, N., Gözüml, S. (2014). İnmeli Hastaların Evde Bakımı: Bakım Verenler İçin Rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 7(2), 128-150.
34. Kapucu, S., Türkan, S.K., Fesci, H. (2009). Yatağı Bağımlı İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Yaşadıkları Güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 17-31.
35. Tosun, N., Erkoç, Y., Buzgan, T., Keskinılıç, B., Aras, D., Yardım, N. ve diğlerleri. (2010). *Türkiye Kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı birincil, ikincil ve üçüncül korumaya yönelik stratejik plan ve eylem planı*. Ankara: Anıl Yayınevi.

36. Amarenco, P., Bogousslavsky, J., Caplan, L.R., Donan, G.A., Hennerici, M.G. (2009). Classification of stroke subtypes. *Cerebrovascular diseases*, 27(5), 493-501.
37. Stroke. (ty) Erişim: 10.08.2014 <http://doc.med.yale.edu/heartbk/18.pdf>.
38. Karatepe, A.G., Kaya, T., şen, N., Günaydın, R., Gedizlioğlu, M. (2007). İnmeli Hastalarda Risk Faktörleri ve Fonksiyonel Bağımsızlık ile İlişkisi. *Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 53, 89-93.
39. Amerikan Ulusal İnme Birliği.(ty) Erişim: 15.09.2014. <http://www.stroke.org>
40. Jehkonen, M., Laihosalo, M., Kettunen, J.E. (2006). Impact of neglect on functional outcome after stroke – a review of methodological issues and recent research findings. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 24, 209–215.
41. Obiako, O.R., Oparah, S.K., Ogunniyi, A. (2011). Prognosis and outcome of acute stroke in the University College Hospital Ibadan, Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 14 (3), 359-362.
42. Paker, N., Buğdaycı, D., Tekdöş, D., Kaya, B., Dere, Ç. (2010). Impact of cognitive impairment on functional outcome in stroke (Kognitif Yetersizliğin İnmenin Fonksiyonel Sonuçlarına Etkisi). *Stroke Research and Treatment*, 2010, 1-5.
43. Samancı, N., Dora, B., Kızılay, F., Balcı, N., Özcan, E., Arman, M. (2004). Factors affecting one year mortality and functional outcome after first ever ischemic stroke in the region of Antalya, Turkey (A Hospital-based study) (Antalya’da İlk İskemik İnme Sonrası Bir Yıllık Mortalite ve Fonksiyonel Sonuçları Etkileyen Faktörler) (Hastane Odaklı Bir Çalışma). *Acta Neurologica Belgica*, 104, 154-160.
44. Özge, A., İnce, B., Somay, G., Çakmak, S.E., Uludüz, D., Bulkan, M. ve diğerleri. (2009). The caregiver burden and stroke prognosis (Bakım Veren Yüğü ve İnme Prognozu). *Journal of Neurological Sciences [Turkish]*, 26:(2)# 19; 139-152.

45. Ay, S., Doğan, Ş.K, Evcik, D. (2009). İnmeli Hastalarda Risk Faktörleri ve Fonksiyonel İyileşme Üzerine Etkileri. *Yeni Tıp Dergisi*, 26, 37-41.
46. Kayıhan, H. (1989). *Hemiplejide İş ve Uğraşı Tedavisi*. Ankara, Volkan Matbacılık.
47. Somers, F.P. (2008). *Occupational therapy practice framework: Domain and process*. United States of America, American Journal Of Occupational Therapy Pres.
48. Cup, E., Reimer, W.S.O., Thijssen, M., Kuyk-Minis, M.V. (2003). Reliability and validity of Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 17, 402-409.
49. Rudman, D.L., Hebert, D., Reid, D. (2006). Living in a restricted occupational world: The occupational experiences of stroke survivors who are wheelchair users and their caregivers. *Canadian Journal Of Occupational Therapy*, 73 (3), 141-152.
50. Anuchart, K. (2013). ***Development and evaluation of occupational therapy-Mahidol Clinic System (OT-MCS) for post stroke rehabilitation in Thailand***. Doktora tezi, Northumbria University, Thailand.
51. Patomella, A.H., Tham, K., Kottorp, A. (2006). P-drive: assessment of driving performance after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38(5), 273-279.
52. Bitensky, N.K., Desrosiers, J., Rochette, A. (2008). A national survey of occupational therapists' practices related to participation post-stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40, 291-297.
53. Corr, S., Wilmer, S. (2003). Returning to work after a stroke: an important but neglected area. *The British Journal of Occupational Therapy*, 66(5), 186-192.

54. Jenkinson, N., Ownsworth, T., Shum, D. (2007). Utility of the Canadian Occupational Performance Measure in community-based brain injury rehabilitation. *Brain Injury*, 21(12), 1283-1294.
55. Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., Letts, L. (1996). The person-environment-occupation model: A transactive approach to occupational performance. *Revue Canadienne D'Ergotherapie*, 63(1), 9-23.
56. *How to use the ICF, A Practical Manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health*.(2013). World Health Organization Geneva.
57. Hemmingsson, H., Jonsson, H. (2005). An Occupational Perspective on the Concept of Participation in the International Classification of Functioning. *The American Journal of Occupational Therapy*, 59, 569-576.
58. Pettersson I, Pettersson V, Frisk M. (2012). ICF from an occupational therapy perspective in adult care: an integrative literature review. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(3), 260-273.
59. Stamm, T.A. (2005). ***Conceptualising the patient perspective of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)***. Doktora Tezi, Ludwig-Maximilians Üniversitesi, München.
60. Genel türkçe sözlük. (ty) Erişim: 12.07.2014 <http://www.tdk.gov.tr>
61. Toseland, R. W., Smith, G., McCallion, P. (2001). *Family caregivers of the frail elderly, handbook of social work practice with vulnerable and resilient populations*, USA, Columbia University Press.
62. Karahan, A. ve Güven, S. (2002). Yaşlılıkta Evde Bakım. *Türk Geriatri Dergisi*, 5 (4): 155–159.

63. Kasuya, R. T., Polgar-Bailey, P., Takeuchi, R. (2000). Caregiver Burden and Burnout. *Postgraduate Medicine*, 108(7): 119-123.
64. Yörük, S., Çalışkan, T., Gündoğdu, H. (2012). Balıkesir Devlet Hastanesi Evde Bakım Hizmet Biriminden Hizmet Alan 65 Yaş ve Üzeri Yaşlı Bireylerin Bakım Alma Nedenleri ve Sağlanan Hizmetlerin Belirlenmesi, *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 12-15.
65. O'Connell, B., Baker, L., Prosser, A. (2003). The educational needs of caregivers of stroke survivors in acute and community settings. *Journal of Neuroscience Nursing*, 35(1), 21-28.
66. Lutz, B.J., Young, M.E., Cox, K.J., Martz, C., Creasy, K.R. (2011). The crisis of stroke: experiences of patients and their family caregivers. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(6), 1-16.
67. Morais, H.C.C., de Gouveia Soares, A.M., de Souza Oliveira, A.R., de Lima Carvalho, C.M., da Silva, M.J., de Araujo, T.L. (2012). Burden and modifications in life from the perspective of caregivers for patients after stroke. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20(5), 944-953.
68. Ang, S.Y., Tin, A.S., Pavitar, G., May, W., Lee, K.E., Lim, L.H., Peh, S.C. ve diğerleri. (2013). A qualitative study into stroke caregivers' educational needs-perspectives of caregivers and healthcare professionals. *Proceedings of Singapore Healthcare*, 22(3), 166-174.
69. Brereton, L., Nolan, M. (2000). You do know he's had a stroke, don't you? Preparation for family care-giving-the neglected dimension. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 498-506.
70. Dalvandi, A., Khankeh, H.R., Ekman, S.L., Maddah, S.S.B., Heikkila, K. (2013). Everyday life condition in stroke survivors and their family caregivers in Iranian context. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 1(1).3-15.

71. Cao, V., Chung, C., Ferreira, A., Nelken, J., Brooks, D., Cott, C. (2010). Changes in activities of wives caring for their husbands following stroke. *Physiotherapy Canada*, 62(1), 35-43.
72. Grant, S.J., Clay, O.J., Keltner, N.L., Haley, W.E., Wadley, V.G., Perkins, M.M. (2013). Does caregiver well-being predict stroke survivor depressive symptoms? A mediation analysis. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 20(1), 44-51.
73. Das, S., Hazra, A., Ray, B.K., Ghosal, M., Banerjee, T.K., Roy, T. ve diğeri. (2010). Burden among stroke caregivers results of a community-based study from Koklata, India. *Stroke*, 41(12), 2965-2968.
74. Yalcinkaya, E.Y., Ones, K., Ayna, A.B., Türkyılmaz, A.K., Erden, N. (2010). Low back pain prevalence and characteristics in caregivers of stroke patients: a pilot study (İnmeli Bireylerin Bakım Verenlerinde Bel Ağrısı Prevelansı ve Özellikleri: bir pilot çalışma). *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(5), 389-393.
75. Hayes, J., Chapman, P., Young, L.J., Rittman, M. (2009). The prevalence of injury for stroke caregivers and associated risk factors. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 16(4), 300-307.
76. Yıldırım, S., Engin, E., Başkaya, V.E. (2012). İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Yüğü ve Yüğü Etkileyen Faktörler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50, 169-174.
77. Kamel, A.A., Bond, A.E., Froelicher, E.S. (2012). Depression and caregiver burden experienced by caregivers of Jordanian patients with stroke. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 147-154.
78. Can, T. (2010). **Bakas Caregiving Outcomes Scale'in (Bakas Bakım Verme Etki Ölçeği) Türkçe Uyarlaması, Geçerlilik ve Güvenirliliği**. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Doktora Tezi. Denizli, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
79. Buijck, B.I. (2013). *Multi-dimensional challenges in geriatric rehabilitation; the GRAMPS-study*. Netherlands, Middelburg De Drvkkery Yayınevi.

80. Denno, M.S., Gillard, P.J., Graham, G.D., DiBonaventura, M.D., Goren, A., Varon, S.F. ve diğerleri. (2010). Anxiety and depression associated with caregiver burden in caregivers of stroke survivors with spasticity. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94(9), 1731-1736.
81. Bhattacharjee, M., Vairale, J., Gawali, K., Dalal, P.M. (2012). Factors affecting burden on caregivers of stroke survivors: Population-based study in Mumbai (India). *Annals Indian Academy Neurology*, 15(2), 113-119.
82. Reid, D.T., Hebert, D., Rudman, D., (2001). Occupational performance in older stroke wheelchair users living at home. *Occupational Therapy International*, 8(4). 273-286.
83. Baumann, M., Lurbe-Puerto, K., Alzahouri, K., Aiach, P. (2011). Increased residual disability among poststroke survivors and the repercussions for the lives of informal caregivers. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 18(2), 162-171.
84. Barbic, S.P., Mayo, N.E, White, C.L., Bartlett, S.J. (2014). Emotional vitality in family caregivers: content validation of a theoretical framework. *Quality of life Research*, 23(10), 2865-2872.
85. Gustafsson, L., Bootle, K. (2013). Client and carer experience of transition home from inpatient stroke rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 35(16), 1380-1386.
86. Ostwald, S.K., Godwin, K.M., Cron, S.G. (2009). Predictors of life satisfaction in stroke survivors and spousal caregivers twelve to twenty-four months post discharge from inpatient rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*, 34(4), 160-174.
87. Lynch, E.B., Butt, Z., Heinemann, A., Victorson, D., Nowinski, C.J., Perez, L. (2008). A qualitative study of quality of life after stroke the importance of social relationships. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(7), 1-11.
88. Bulley, C., Shiels, J., Wilkie, K., Salisbury, L. (2010). Carer experiences of life after stroke-a qualitative analysis. *Disability and Rehabilitation*, 32(17), 1406-1413.

89. Akosile, C.O., Okeye, E.C., Adegoke, B.O.A., Mbada, C.E., Maruf, F.A., Okeke, I.A. (2013). Burden, health and quality of life of Nigerian stroke caregivers. *Health Care: Current Reviews*, 1(1), 1-5.
90. Lawrence, M., Kinn, S. (2013). Needs, priorities, and desired rehabilitation outcomes of family members of young adults who have had a stroke: findings from a phenomenological study. *Disability and Rehabilitation*, 35(7), 586-595.
91. Cameron, J.L., Stewart, D.E, Streiner, D.L., Coyte, P.C., Cheung, A.M. (2014). What makes family caregivers happy during the first 2 years post stroke. *Stroke*, 45, 1084-1089.
92. Ostwald, S.K., Godwin, K.M., Cron,S.G., Kelley, C.P., Hersch, G., Davis, S. (2014). Home- based psychoeducational and mailed information programs for stroke caregiving dyads post-discharge: a randomized trial. *Disability and Rehabilitation*, 36(1), 55-62.
93. Mackenzie, A., Greenwood, N. (2012). Positive experiences of caregiving in stroke: a systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 34(17), 1413-1422.
94. Cameron, J.I., Cheung, A.M., Streiner, D.L., Coyte, P.C., Stewart, D.E. (2011). Stroke Survivor Depressive Symptoms Are Associated With Family Caregiver Depression During the First 2 Years Poststroke. *Stroke*, 42(2), 302-306.
95. Langhorne, P. (2003). Editorial comment-early supported discharge for stroke: an idea whose time has come. *Stroke*, 34, 2691-2692.
96. Cameron, J.I., Naglie, G., Silver, F.L., Gignac, M.A.M. (2013). Stroke family caregivers' support needs change across the care continuum: a qualitative study using the timing it right framework. *Disability and Rehabilitation*, 35(4), 315-324.
97. Jongbloed, L. (1994). Adaptation to a Stroke: The experience of one couple. *The American Journal of Occupational Therapy*, 48(11), 1006-1013.
98. Sosyal Sigortalar Kurumu. (ty) Erişim: 20.10.2014. <http://www.sgkrehberi.com/>

99. Greenwood, N., Mackenzie, A., Cloud, G., Wilson, N. (2010). Loss autonomy, control and independence when caring: a qualitative study of informal carers of stroke survivors in the first three months after discharge. *Disability and Rehabilitation*, 32(2), 125-133.
100. Programme on mental health. (ty) Erişim: 10.10.2014
http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
101. Health-related quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement background: the 'quality of life'. (ty). Erişim: 20.10.2014.
<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/>
102. Puymbroeck, M.V., Ritman, M.R. (2005). Quality-of-life predictors for caregivers at 1 and 6 months poststroke: Results of path analyses. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42(6), 747-760.
103. McPhersonl, C.J., Wilson, K.G., Chyurlia, L., Leclerc, C. (2011). The caregiving relationship and quality of life among partners of stroke survivors: A crosssectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(29), 1-10.
104. Yu, Y., Hu, J., Efird, J.t., McCoy, T.P. (2013). Social support, coping strategies and health-related quality of life among primary caregivers of stroke survivors in China. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 2160-2171.
105. Fens, M., van Heugten C.M., Beusmans, G., Metsemakers, J.Kester, A., Limburg, M. (2014). Effect of a stroke-specific follow up care model on he quality of life of stroke patients and caregivers (a controlled trial). *Journal of Rehabiitation Medicine*, 46(1), 7-15
106. Hung, J.W., Huang, Y.C., Chen, J.H., Liao, L.N., Lin, C.J., Chuo, C.Y. ve diğ erleri. (2012). Factors associated with strain informal caregiver of stroke patients. *Chang Gung Medical Journal*, 35(5), 392-401.
107. Vincent, C, Desrosiers, J., Landreville, P., Demers, L. (2009). Burden of caregivers of people with stroke: evolution and predictors. *Cerebrovascular Diseases*, 27(5), 456-464.

108. McCullagh, E., Brigstocke, G., Donaldson, N, Kalra, L. (2005). Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. *Stroke*, 36, 2181-2186.
109. Gündüz, B., Erhan, B. (2008). Quality of Life of Stroke Patients' Spouses Living in The Community in Turkey: Controlled Study with Short Form-36 Questionnaire (Türkiye’de Yaşayan İnmeli Hastaların Eşlerinin Yaşam Kalitesi Kısa Form SF-36 Anketi İle Kontrollü Çalışma). *Journal of Neurological Sciences (Turkish)*, 25(4), 226-234.
110. Visser-Meily, A., Post, M., van de Port, I., van Heugten, C., van des Bos, T. (2008). Psychosocial functioning of spouses in the chronic phase after stroke: improvement or deterioration between 1 and 3 years after stroke? *Patient Education and Counseling*, 73(1), 153-158.
111. Visser-Meily, A., Post, M., van de Port, I., Mass, C., Forstberg-Warbley., G., Lindeman, E. (2009). Psychosocial functioning of spouses of patients with stroke from initial inpatient rehabilitation to 3 years poststroke: course and relations with coping strategies). *Stroke*, 40(4), 1399-1404.
112. Ogunlana, M.O., Dada, O.O., Oyewo, O.S., Odole, A.C., Ogunsan, M.O. (2014). Quality of life and burden of informal caregivers of stroke survivors. *Hong Kong Physiotherapy Journal*, 32(1), 6-12.
113. Jongloed, L., Stanton, S. (1993). Family adaptation to altered roles following a stroke. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 60(2), 70-77.
114. Forster, A., Young, J., Nixon, J, Kalra, L., Smithard, D., Patel, A. Ve diğerleri (2012). A cluster randomized controlled trial of structured training programme for caregivers of inpatients after stroke. *International Journal of Stroke*, 7(1), 94-99.
115. Thelma, S. (2006). *Client-Centred Practice in Occupational Therapy*. New York, Elvevier Basım.

116. Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23.
117. Turpin, M., Iwama, M.K. (2011). *Using occupational therapy models in practice a field guide*. New York, Elsevier Basim.
118. Maclean, F., Carin-Levy, G., Hunter, H., Malcolmson, L., Locke, E. (2012). The usefulness of the Person-Environment- Occupation Model (PEO Model) in an acute physical health care setting. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(12), 555-562.
119. D’Zurilla, T.J. (1995). The relations between social problem solving and coping. *Cognitive Therapy and Research*, 19(5), 547-562.
120. King, R.B., Robert J. Hartke, F.F., Houle, T., Lee, J., Herring, G., Alexander-Peterson, B.S., Raad, J.(2012). A Problem-solving early intervention for stroke caregivers: one year follow-up. *Rehabilitation Nursing*, 37(5), 231-243.
121. Grant, J.S. (1999). Social problem-solving partnerships with family caregivers. *Rehabilitation Nursing*, 24(6), 254-260.
122. Rodgers, H., Atkinson, C, Bond, S., Suddes, M., Dobson, R. Curless, R. (1999). Randomized controlled trial of a comprehensive stroke education program for patients. *Stroke*, 30, 2585-2591.
123. Concoran, M.A. (2003). Practical skills train for family caregivers. *Family Caregiver Alliance National Center on Caregiving*, 1-24.
124. Pierce, L.L., Steiner, V.L., Khuder, S.A., Govoni, A.L., Horn, L.J. (2009). The effect of a web-based stroke intervention on carers’ well-being and survivors’ use of healthcare services. *Disability and Rehabilitation*, 31(20), 1676–1684

125. Steiner, V., Pierce, L.L. (2002). Building a web of support for caregivers of persons with stroke. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 9(3),102–111.

126. Family Caregiver Handbook (ty): Erişim 21.10.2014
<http://www.dshs.wa.gov/pdf/Publications>

127. Langhorne, P., Widen-Holmqvist, L. (2007). Early supported discharge after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39, 103-108.

128. van den Heuvel, E.T., de Witte, L.P., Schure, L.M., Sanderma, R., Meyboom-de Jong, B. (2001). Risk factors for burn-out in caregivers of stroke patients, and possibilities for intervention. *Clinical Rehabilitation*, 15(6), 669-677.

129. Stewart, M.J., Doble, S., Hart, G., Langille, L, MacPherson, K. (1998). Peer visitor support for family caregivers of seniors with stroke. *The Canadian Journal of Nursing Research*, 30(2), 87-117.

130. Stewart, M., Barnfather,A., Neufeld, A., Warren, S., Letourneau N., Liu, L. (2006). Accessible Support for Family Caregivers of Seniors with Chronic Conditions: From Isolation to Inclusion. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 25(2), 179 – 192.

131. Wilz, G., Barskova, T. (2007). Evaluation of a cognitive behavioral group intervention program for spouses of stroke patients. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2508–2517.

132. Savundranayagam, M.Y., Montgomery, R,J.V., Kosloski, K., Little, T.D. (2010). Impact of a psychoeducational program on three types of caregiver burden among spouses. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(4), 388-396.

133. Bakas, T., Champion, V. (1999). Development and psychometric testing of the Bakas Caring Outcomes Scale. *Nursing Research*, 48(5), 250-259.
134. Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4, 561-571.
135. Hisli N. (1988). Beck depresyon envanterinin geçerliliği (A study on the validity of Beck depression inventory). *The Journal of Psychology*. 6, 118-122.
136. Aktürk Z, Dağdeviren N, Türe M, Tuğlu C, (2005). Birinci basamak için Beck Depresyon Tarama Ölçeğinin Türkçe Çeviriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği, *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 9(3), 117-122.
137. Küçükdeveci A.A., McKenna, S.P., Kutlay, S., Gürsel, Y., Whalley, D., Arasyl, T. (2000). The development and psychometric assessment of the Turkish version of the Nottingham Health Profile. *International Journal of Rehabilitation Research*, 23, 31-38.
138. Nottingham Health Profile (ty). Erişim 15.10.2014. <http://reseauctionceptuel.umontreal.ca>
139. Kara B., Yıldırım Y., Genç A., Ekizler S. (2009). Geriatriklerde Ev Ortamı ve Yaşam Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve Düşme Korkusu ile İlişkisinin İncelenmesi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 20(3),190-200.
140. Aksakoğlu, G. (2006). *Sağlıkta Araştırma ve Çözümleme*. İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi Basımevi.
141. Alpar, R. (2001). *Spor Bilimlerinde Uygulamalı İstatistik*. Ankara, Nobel Yayın Dağıtım.
142. Lui, M.H.L., Lee, D.T.F., Greenwood N., Ross, F.M. (2011). Informal stroke caregivers' self-appraised problem-solving abilities as a predictor of well-being and perceived social support. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 232-242.

143. Bektaş, Ö. (2010). *Fiziksel Özürlü Çocuğa Bakım Verenlerde Ergoterapi Programının Etkilerinin İncelenmesi*. Ergoterapi Programı Yüksek Lisans Tezi. Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
144. Jullamate, P., de Azeredo, Z., Paul, C., Subgranon, R. (2006). Thai stroke patient caregivers: Who they are and what they need. *Cerebrovascular Diseases* 21, (1-2), 128–133.
145. Hayashi, Y., Hai, H.H., Tai, N.A. (2013). Assessment of the needs of caregivers of stroke patients at state-owned acute-care hospitals in Southern Vietnam. *Preventing Chronic Diseases*, 10, 1-9.
146. Plank, A., Mazzoni, V., Cavada, L. (2012). Becoming a caregiver: new family carers' experience during the transition from hospital to home. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2072–2082.
147. Lai, D.W.L. (2012). Effect of financial costs on caregiving burden of family caregivers of older adults. *SAGE Open*, 2, 1-15.
148. Brianda, E.M., Rajkumar, A.P., Enemark, V., Attermann, J., Jacob, K.S (2014). Cost and burden of informal caregiving of dependent older people in a rural Indian community, *BMC Health Services Research*, 14, 1-9.
149. Oliveira, A.R., Rodrigues, R.C., de Sousa, V.E., Costa, A.G., Lopes, M.V., de Araujo, T.L., (2013). Clinical indicators of caregiver role strain in caregivers of stroke patients. *Contemporary Nurse*, 44(2), 215-224.
150. Pierce, L.L., Thompson, T.L., Govoni, A.L., Steiner, V. (2012). Caregivers' incongruence: emotional strain in caring for persons with stroke. *Rehabilitation Nursing*, 37(5), 258-266.
151. Gregorio, G.W., Stapert, S., Brands, I., Heugten, C.V. (2011). Coping styles within the family system in the chronic phase following acquired brain injury: its

relation to families' and patients' functioning. *Journal of Rehabilitation Medicine* 43, 190-196.

152. Preiffer, K., Beische, D., Hautzinger, M., Berry, J.W., Wengert, J., Hoffrichter, R. ve diğeri. (2014). Telephone-based problem solving intervention for family caregivers of stroke survivors: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(4), 628-643.

153. Kim, S.S., Kim, E.J., Cheon, J.Y., Chung, S.K., Moon, S., Moon, K.H. (2012). The effectiveness of home-based individual tele-care intervention for stroke caregivers in South Korea. *International Nursing Review*, 59(3), 369-370.

154. King, R.B., Hartke, R.J., Houle, T.T. (2010). Patterns of relationships between background characteristics, coping, and stroke caregiver. *Topics in Stroke rehabilitation*, 17(4), 308-317.

155. Qui, Y., Li, S. (2008). Stroke: coping strategies and depression among Chinese caregivers of survivors during hospitalisation. *Journal of Clinical Nursing*, 17(2), 1563-1573

156. Gholamzadeh, S., Hamid, T.A., Basri, H., Ibrahim, R., Sharif, F. (2013). Mediators of the effect of the psycho-educational intervention on the psychological well-being of caregiving daughters and daughter in laws of stroke survivors. *Journal of Nursing Education and Practice*. 3(10), 75-83.

157. van Heugten, C., Visser-Meily, A., Post, M., Lindeman, E. (2006). Care for carers of stroke patients: evidence-based clinical practice guidelines. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 38(3), 153-158.

158. Bakas, T., Farran, C.J., Austin, J.K., Given, B.A., Johnson, E.A., Williams, L.S. (2009). Stroke caregiver outcomes from the telephone assessment and skill-building kit (TASK). *Topics in Stroke Rehabilitation*, 16(2), 105-121.
159. Mausbach, B.T., Chattillion, E.A., Moore, R.C., Roepke, S.K., Deep, C.A., Roesch, S. (2011). Activity restriction and depression in medical patients and their caregivers: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 900-908.
160. Godwin, K.M., Ostwald, S.K., Cron, S.G., Wasserman, J. (2014). Long-term health related quality of life of survivors of stroke and their spousal caregivers. *The Journal of Neuroscience Nursing*, 45(3), 147-154.
161. Cecil, R., Thompson, K., Parahoo, K., McCaughan E. (2012). Towards an understanding of the lives of families affected by stroke: a qualitative study of home carers. *Journal of Advanced Nursing*, 69(8), 1761-1770.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
İLAÇ DIŞI KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İnnmeli bireylere bakım verenlerde uzun dönem kişi merkezli ergoterapi yaklaşımının aktivite katılımı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi			
	VARSA ARAŞTIRMA PROTOKOL/PLAN KODU				
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Sorumlu : Prof. Dr. Mine UYANIK Yardımcı : Öğr. Gör. Ayla GÜNAL			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Fizyoterapi ve Rehabilitasyon			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümü			
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN NİTELİĞİ	Klinik Araştırma			
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Prospektif Çalışma			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	06.03.2013		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama	
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	☐		
	SİGORTA	☐		
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐		
	BİYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐		
	HASTA KARTI/GÜNLÜKLERİ	☐		
	İLAN	☐		
	YILLIK BİLDİRİM	☐		
	SONUÇ RAPORU	☐		
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐		
DİĞER	☐			

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU
İLAÇ DIŞI KARAR FORMU

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 71	Tarih: 13.03.2013
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

ÇALIŞMA ESASI	Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Mustafa AKÇAM

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof.Dr.Mustafa AKÇAM	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd.Doç.Dr Halil AŞCI	Farmakoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.A.Nesimi KİŞİOĞLU	Halk Sağlığı	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Mustafa TÜZ	Kulak Burun Boğaz Hast.	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Fatih GÜLTEKİN	Tıbbi Biyokimya	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Serpil DEMİRCİ	Nöroloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof.Dr.Doğan ERDOĞAN	Kardiyoloji	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Mekin SEZİK	Kadın Hastalıkları ve Doğum	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Zeynep Dilek AYDIN	İç Hastalıkları	SDÜ Tıp Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Yrd.Doç.Dr.Derya YILDIRIM	Ağız Diş ve Çene Radyolojisi	SDÜ Diş Hekimliği Fakültesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç.Dr.Metin TOPCUOĞLU	Hukuk	SDÜ Hukuk Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr. Kenan Ahmet TÜRKDOĞAN	Acil Tıp	Isparta Devlet Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Kadir KARAKUŞ	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Isparta Devlet Hastanesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Uzman Halil KARAKOÇ	Biyomedikal	SDU Araştırma Uyg. Hast.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Osman PARÇAOĞLU	Sivil Üye	Osman Fotokopi İSPARTA	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* : Toplantıda Bulunma

T.C
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı

SAYI : B.08.6.YÖK.2.SD.F.71.0.05.10.050/ **1056**

15 Mart 2013

KONU : Etik Kurul Kararı

Sayın: Öğretim Görevlisi Ayla GÜNAL
Süleyman Demirel Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sorumlu araştırmacı olduğunuz “İnmeli bireylere bakım verenlerde uzun dönem kişi merkezli ergoterapi yaklaşımının aktivite katılımı ve yaşam kalitesi üzerine etkisi” isimli çalışmanızın kurulumuz tarafından uygun görüldüğüne ilişkin 13.03.2013 tarih ve 71 sayılı Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Kararı yazımız ekinde gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.



Prof. Dr. Mustafa AKÇAM
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

EKİ: 1 Adet Etik Kurulu Kararı (2 Sayfa)

