

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İNME Lİ HASTALARA BAKIM VERENLERDE BAKIM
YÜKÜ, ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYİNİN
İNCELENMESİ**

NURDAN ÇETİNKAYA

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Elif DÖNMEZ**

İSTANBUL, 2021

**T.C.
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**İNME Lİ HASTALARA BAKIM VERENLERDE BAKIM
YÜKÜ, ANKSİYETE VE DEPRESYON DÜZEYİNİN
İNCELENMESİ**

**NURDAN ÇETİNKAYA
184003047**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğretim Üyesi Elif DÖNMEZ**

İSTANBUL, 2021

ÖNSÖZ

Tez çalışmam boyunca, bana zamanını ayırıp sabır ve ilgiyle elinden geleni yapan, yol gösteren, her türlü bilimsel katkıyı sağlayan, samimiyetini ve güler yüzünü esirgemeyen değerli tez danışmanım Sayın **Dr. Öğr. Üyesi Elif DÖNMEZ** e ;

Her konuda koşulsuz sevgi ve fedakârlıkla yanımda olan, bugünlere gelmemi sağlayan ve hayatımın her döneminde olduğu gibi bu süreçte de desteklerini hep hissettiğim, hayattaki en büyük şansım canım aileme,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılara,

En içten duygularımla sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Nurdan ÇETİNKAYA

BEYAN

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, yararlandığım ve daha önce üretilmiş olan bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

NURDAN ÇETİNKAYA

İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

ÖNSÖZ	ii
BEYAN.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÖZET	vii
ABSTRACT.....	viii
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
TABLO LİSTESİ.....	x
1.GİRİŞ	1
2.GENEL BİLGİLER	3
2. 1. İnme Tanımı	3
2. 1. 2. İnme Epidemiyolojisi.....	3
2. 1. 3. İnme Sınıflandırılması ve Etiyolojisi	4
2. 1. 4. İnmede Risk Faktörleri.....	5
2. 1. 5. İnme Belirti ve Bulguları	9
2. 1. 6. İnme Tanı ve Tedavisi.....	9
2. 1. 7. İnmede Hemşirelik Bakımı	11
2. 2. Bakım Verme Ve Bakım Yüğü İle İlgili Kavramlar	12
2. 2. 1. Bakım Verme/Bakım Verici	12
2. 2. 2. Bakım Yüğü	13
2. 2. 3. Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükler.....	14
2. 2. 3. 1. Fiziksel Güçlükler	14
2. 2. 3. 2. Duygusal Güçlükler	14
2. 2. 3. 3. Ekonomik ve İş İle İlgili Güçlükler	14
2. 2. 4. Bakım Verme Yüğünü Etkileyen Faktörler	15

2. 2. 5. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü	15
2. 3. Anksiyete	16
2. 3. 1. Anksiyetenin Tanımı.....	16
2. 3. 2. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Anksiyete	17
2. 4. Depresyon	18
2. 4. 1. Depresyonun Tanımı.....	18
2. 4. 2. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Depresyon	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	20
3. 1. Araştırmanın Tipi.....	20
3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	20
3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	20
3. 4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	20
3. 5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri.....	21
3. 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu	21
3. 7. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	21
3. 8. Veri Toplama Araçları	22
3. 8. 1. Bakım Alan Bilgi Formu.....	22
3. 8. 2. Bakım Veren Bilgi Formu.....	22
3. 8. 3. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı.....	23
3. 8. 4. Beck Depresyon Ölçeğı (BDÖ)	23
3. 8. 5. Beck Anksiyete Ölçeğı (BAÖ)	24
3. 8. 6. Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA)	24
3. 8. 7. Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EGYA).....	25
3.9. Verilerin değerlendirilmesi	25
3. 10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliğı	26
3. 11. Araştırmanın Etik Yönü	26

4. BULGULAR.....	27
5. TARTIşMA	38
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	50
7. KAYNAKLAR	54



ÖZET

İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yükü, Anksiyete ve Depresyon Düzeyinin İncelenmesi

Bu araştırma İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Nöroloji Kliniği' ne başvuran ve nöroloji kliniğinde yatmakta olan inmeli hastalara bakım verenlerde bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmaya 89 kadın ve 61 erkek olmak üzere 150 hasta yakını katılmıştır. Araştırmanın verileri SPSS 25.0 programı ile analiz edilmiştir. Araştırmada veriler, bakım verenlerin demografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla "Bakım Veren Bilgi Formu", bakım verme yükünü belirlemek amacıyla "Bakım Verme Yükü Ölçeği", depresyon ve anksiyete belirtilerini belirlemek amacıyla "Beck Depresyon Ölçeği" ve "Beck Anksiyete Ölçeği", hastaların demografik özelliklerini belirlemek amacıyla "Bakım Alan Bilgi Formu", günlük yaşamlarındaki zorlukları tespit etmek amacıyla ise; "Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi", "Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi" yüz yüze görüşülerek toplanmıştır.

Araştırmaya katılan bakım verenlerin yaş ortalaması 38,5, bakım alan kişilerin yaş ortalaması ise 64,4 olarak saptanmıştır. Bakım veren kişilerin %59,3'ü kadındır. Bakım veren kişilerin bakım yükü puan ortalaması 56,2'dir. Bakım veren kişilerin %32'sinde orta düzeyde depresif belirtiler görülürken, %29,3'ünde de orta düzeyde anksiyete belirtileri saptanmıştır. Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi(GYA)'ne göre bakım alan hastaların %57,6' sının bağımlı olduğu saptanmıştır ve Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EGYA)'ne göre %57,5'i bağımlı olarak belirlenmiştir. Bakım veren kişilerin sosyodemografik özellikleri zarit bakım yükü ölçeği ile karşılaştırılmıştır ve medeni durum, sosyal güvence, sigara/alkol kullanımı, ekonomik sorun, yorgunluk durumuna göre anlamlı farklılık saptanmıştır. Aynı şekilde sosyodemografik özellikleri beck depresyon ve beck anksiyete ölçeği karşılaştırıldığında ise cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, sağlık durumu, fiziksel sorun varlığı, arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Beck Anksiyete, Beck Depresyon toplam skoru, bakım verenlerin yaşı ile bakım verme yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bakım verenlerin yaşı ile GYA arasında, bakım alanların yaşı ile EGYA arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Bu sonuçlar doğrultusunda; inme tanısı almış hastalara bakım veren aile üyelerinin bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi ve buna yönelik planlı eğitim ve danışmanlık almaları önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım veren, Bakım yükü, Anksiyete, Depresyon, İnme

ABSTRACT

Investigation of Care Burden, Anxiety and Depression Levels in Caregivers of Stroke Patients

This research was carried out to examine the level of care burden, anxiety and depression in those who presented to the Neurology Clinic of Istanbul Educational Research Hospital and cared for stroke patients in the neurology clinic. All patients who agreed to participate in the study were included in the research. 150 patients, including 89 women and 61 men, participated in the study. The data of the research were analyzed with SPSS 25.0 program. In the study, the data were "Caregiver Information Form" to evaluate the demographic characteristics of caregivers, "CareGiver Burden Scale" to determine the burden of care, "Beck Depression Scale" and "Beck Anxiety Scale" to determine the symptoms of depression and anxiety, "Care Area Information Form" to determine the demographic characteristics of patients, and "Care Area Information Form" to determine the difficulties in their daily lives; "Katz's Daily Life Activities Index", "Lawton and Brody's Instrumental Daily Life Activities Index" were discussed face-to-face.

The average age of the caregivers who participated in the study was 38.5 and the average age of the caregivers was 64.4. 59.3% of caregivers are women. The average point of care load for caregivers is 56.2. 32% of caregivers had moderate depressive symptoms, while 29.3% had moderate anxiety symptoms. According to Katz's Daily Life Activities Index (GYA), 57.6% of patients receiving care were found to be addicted, and 57.5% were identified as addicts, according to Lawton and Brody's Instrumental Daily Life Activities Index (EGYA). The sociodemographic characteristics of the caregivers were compared with the Zarit Care Load Scale and significant differences were determined according to marital status, social security, smoking/alcohol use, economic problem, fatigue. In the same way, there was a significant difference between gender, educational status, working status, health status, physical problem presence, the scale of Beck Depression and Beck Anxiety. Beck Anxiety, Beck Depression total score, age of caregivers and burden of care were found to be statistically significant. A significant relationship was found between the age of caregivers and GYA, between the age of caregivers and EGYA.

In line with these results; Family members who care for patients diagnosed with stroke are advised to determine their care burden, anxiety and depression levels and to receive planned training and counseling for this purpose.

Keywords: Caregiver, Caregiver Burden, Anxiety, Depression, Stroke

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
SVO	:	Serebrovasküler Hastalık
BMI	:	Vücut kitle indeksi
INR	:	International Normalized Ratio
BT	:	Bilgisayarlı Tomografi
MR	:	Manyetik Rezonans Görüntüleme
HDL	:	Yüksek Yoğunluklu Lipoprotein
USG	:	Ultrasonografi
EKG	:	Elektrokardiyografi
DSM	:	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
BDÖ	:	Beck Depresyon Ölçeği
BAÖ	:	Beck Anksiyete Ölçeği
GYA	:	Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi
EGYA	:	Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi

TABLO LİSTESİ

SAYFA NO:

Tablo 1. Bakım Alan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Sağlık Durumuna İlişkin Bulguların Dağılımı	27
Tablo 2. Bakım Veren Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri Dağılımı	28
Tablo 3. Bakım Veren Bireylerin Sağlık Durumu ve Bakımdan Kaynaklanan Sorunlarına İlişkin Bulguların Dağılımı	29
Tablo 4. Bakım Veren Bireylerin Bakımda Eğitim ve Yardım Alma Durumuna İlişkin Bulguların Dağılımı	30
Tablo 5. Bakım Veren Bireylerin Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (ZBVYÖ), Beck Depresyon Ölçeğı (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeğı (BAÖ) ve Bakım Alan Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri indeksi (GYA) ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EGYA) Ölçeklerinin Puan Ortalamaları.....	30
Tablo 6. Bakım Veren Bireylerin Sosyo-demografik Özelliklerinin Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (ZBVYÖ), Beck Depresyon Ölçeğı (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeğı (BAÖ)'ne Göre Dağılımı	31
Tablo 7. Bakım Veren Bireylerin Sağlık Durumu ve Bakımdan Kaynaklanan Sorunlarına İlişkin Bulguların Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (ZBVYÖ), Beck Depresyon Ölçeğı (BDÖ) Ve Beck Anksiyete Ölçeğı (BAÖ)'ne Göre Dağılımı	32
Tablo 8. Bakım Veren Bireylerin Hastaya Bakma Nedenlerinin ve Bakımda Eğitim ve Yardım Alma Durumuna İlişkin Bulguların Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (ZBVYÖ), Beck Depresyon Ölçeğı (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeğı (BAÖ)'ne Göre Dağılımı.	34
Tablo 9. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (ZBVYÖ), Beck Depresyon Ölçeğı (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeğı (BAÖ), Günlük Yaşam Aktiviteleri indeksi (GYA) ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EGYA), Bakım Alan ve Bakım Verenlerin Yaşlarının Korelasyon Dağılımı	36
Tablo 10. Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri indeksi (GYA) ve Lawton ve Brody' nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EGYA)'ne Göre Bakım Verme Yüğü	

Ölçeği, Beck Depresyon (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)'nin Puan Ortalamaları Karşılaştırılması.....	37
--	----



1.GİRİŞ

Serebrovasküler hastalıklar ciddi ve uzun süreli sakatlıkların önde gelen nedenidir ve dünya çapında meydana gelen ölümlerin ikinci sebebidir (1). Serebrovasküler hastalıklar arasında yer alan inme dünyada ve ülkemizde sık görülmesi mortalite ve morbidite oranlarının yüksek olması nedeni ile önemli bir halk sağlığı sorunudur. İnme ani ve beklenmedik bir şekilde gerçekleşir. İnme sonrasında kişide üst ekstremité komplikasyonları, spastisite (kas sertliği), bası yaraları, kontraktürler (eklem sertliği), epileptik nöbet, depresyon, bağırsak ve mesane disfonksiyonu, düşme, kardiyovasküler hastalıklar veya enfeksiyon gibi birçok sağlık sorunu görülebilir. Görülen bu sorunlar beraberinde kişide günlük aktivitelerini yerine getirememe, ekonomik sorunlar, sosyal ilişkiler, cinsel hayat ve benlik algısını da olumsuz etkiler. Hastalar görülen bu olumsuzluklar nedeniyle bakıma muhtaç hale gelirler (2). İnmeli hastalara bakım veren bireyler genelde hastanın birinci dereceden yakınlarıdır (3).

Bakım veren kişiler hastanın bakımında büyük sorumluluklar aldıkları için bu sorumluluklar bakım verenler üzerinde büyük bir yük artışına sebep olur. Bakım yükü, kronik hastalığı veya yetersizliği olan birine veya aile üyesine bakım veren kişinin gerilmesi, zorlanması, baskı hissetmesi ya da yük altına girmesi olarak tanımlanabilir (3). Bakım yükü bakım veren kişinin fiziksel sağlığında bozulma (baş ağrısı, yorgunluk, depresyon...), kişiler arası ilişkilerinde bozulma, kendi gereksinimlerini ertelemesine neden olmakta ve bu deneyimler kişinin yaşam kalitesini azaltabilmektedir (4,5). Bakım verenler bakım alan kişinin var olan sorunlarını ve gereksinimlerini karşılamak için günlük yaşam aktivitelerine yardım eden kişilerdir. Hastalara bakım verme tek yönlü olmayıp; ekonomik, sosyal, duygusal ve fiziksel birçok alanda bakım verilebilir. Bunlar arasında günlük kişisel bakım (giyinme, beslenme, yıkanma) ve temel sağlık hizmetleri, rutin sağlık hizmetleri (ilaç, tedavi, izleme), ulaşım, alışveriş ve para yönetimi gibi diğer önemli konular yer almaktadır (6). Hasta ve bakım veren arasındaki duygusal etkinin yüksek olması, bakım verenin kendi sağlık sorunları, sosyal desteğin olmaması, boş zamanın olmaması, sosyal aktivite eksikliği, sosyal problemler (kendini geliştirme sorumluluklarının azalması, bakım ve boş zaman vb.), ekonomik (çalışma saatlerinin azaltılması, sosyal sigorta kapsamına girmeyen ek bir maliyet yükü oluşturma vb.), duygusal (kaygı, depresyon, uykusuzluk, özgüven düşüklüğü, sosyal izolasyon vb.)

etkenler kişilerin kaygı ve korkularını arttırmaktadır. Sonuç olarak, depresyon bakım verenin yaşam kalitesini düşürebilir ve hasta bakımını dolaylı olarak etkileyebilir (6,7).

Hemşirelik mesleğinin en temel görevlerinden biri de bakım vermedir. Kronik hastalığı ve bakıma ihtiyacı olan hastaların hastanede bakımı bittikten sonra bakımı aile bireyleri üstlenir. Şirzai H.ve ark.(2015) yapmış olduğu çalışmada inmeli hastalara bakım veren aile üyelerinin taburculuk sonrası evde iyileşme sürecinde hastalara nasıl yardım edecekleri konusunda yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıkları ve %65,3'ünün bakım verme sürecinde zorlandığını belirtmiştir (8). Bunun sonucunda bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitelerinin olumsuz yönde etkilendiği, sosyal izolasyon, yorgunluk ve tükenmişlik yaşadıkları, stres ve anksiyete meydana geldiği sonucuna varılmıştır (8). İlgili literatürler incelendiğinde inmeli bireye bakım verenlerin bakım yükü ile ilgili birçok çalışma bulunmaktadır (8,9,10,11). Bu çalışmalarda daha çok bakım verenlerin bakım yükü ve bakım yükünü etkileyen faktörler ile ilgili araştırmalar yapılmıştır. İnmeli bireylere bakım verenlerde bakım yükünün, depresyon ve anksiyete düzeyi üzerine etkisinin incelendiği çalışmalar sınırlı sayıdadır (12). Bakım veren aile üyelerinde meydana gelen bakım yükü, anksiyete ve depresyonu farketmek ve bu bağlamda sadece hasta değil bakım veren aile üyelerini de desteklemek önemlidir. Bu çalışmanın amacı inmeli hastalara bakım verenlerde bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyini incelemektir.

2.GENEL BİLGİLER

2. 1. İnme Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ; World Health Organization, WHO) tarafından inmenin tanımı; “beyindeki kan damarlarının tıkanması veya zedelenmesiyle aniden ortaya çıkan beynin beslenmesinin, oksijenlenmesinin ve kan dolaşımının etkilenmesiyle oluşan doku hasarı" olarak tanımlanmaktadır. Besin kaynağı ve oksijeni kesilen beyin zarar görür. İnmede en sık görülen belirti vücudun bir tarafında görülen kol, bacak ve yüzde oluşan ani güçsüzlük veya uyuşmadır. Konuşma zorluğu ya da konuşmanın anlaşılmasında, kafa karışıklığı, yürüme güçlüğü, tek veya iki göz de görme zorluğu, şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi, denge veya koordinasyon kaybı, bayılma ve bilinç kaybı diğer belirtiler arasındadır (13).

İnme özellikle gelişmiş ülkelerde olmak üzere, tüm dünyada görülen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ölümün nedenleri arasında inmeye bağlı ölümler tüm nedenler arasında ikinci sırada yer almaktadır ve her yıl dünyada 17 milyon kişi inme geçirmektedir (14).

Nörolojik bulguların ani başlaması inmenin en temel özelliğidir. İki inme türü vardır, iskemik (pıhtı) ve hemorajik (kanama). İnmenin yaklaşık %85'i iskemik, %15'i hemorajik nedeniyle meydana gelir. Bir kan pıhtısının kan damarlarını tıkanması ve beyne kan gidememesine iskemik inme denir. Bu sebeple, beynin oksijen ve besinden yoksun kalan kısmı beslenememektedir. Bir damarın yırtılması veya arteriyel (ana damar) yırtılma sonucu beyinde kendiliğinden kanama ile gelişen duruma ise hemorajik (kanama) inme denir. Beyin içi kanama beyin ile kafatası arasında bulunan boşlukta meydana gelir. İskemik inme kendi içinde küçük damar hastalığı, büyük damar sertleşmesi, kardiy-embolizm gibi hastalığın oluşumu ve tedavi yaklaşımları farklı olan alt tiplere ayrılır (2).

2. 1. 2. İnme Epidemiyolojisi

Dünyada her yıl inme tanısı alan insan sayısı 17 milyondur ve bu insanların 6 milyonu ölmekte, 5 milyonu ise kalıcı sakatlığa yakalanıp hayatlarını devam ettirmektedir

(15). 6,5 milyon kişi 2013 yılında inme sebebiyle yaşamını yitirmiştir (16). Kalp hastalıklarından sonra inme ölüm sebeplerinde dünyada ve gelişmekte olan ölkelerde 2. sırada yer almaktadır. Hastalığa bağlı sakatlıklarda ise gelişmekte olan ölkelerde üçüncü sırada yer alır (17).

2017 yılında Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre serebrovasküler hastalıklar nedeniyle 38099 kişi hayatını kaybederken 2018 yılında 36280 kişi olarak değişmiş, kadınların ölüm oranı erkeklere göre her iki yılda da daha fazla olarak kaydedilmiştir (18). Her yıl yaklaşık 795 bin kişi Amerika Birleşik Devletleri'nde inme geçirmekte ve ortalama her dört dakikada bir kişi inme sebebiyle ölmektedir. Ölümlerin yaklaşık %60'ı ise hastane dışında gerçekleşmektedir (16). İnme geçiren kişilerde yaşa bağlı ölüm oranı 1981 ve 2013 yılları arasında erkeklerde kadınlardan daha düşüktür. Son 30 yılda inme insidans ve mortalitesi azalma göstermiştir. 65 yaş üstü hastalarda görölme oranı 1988'den 2008'e %40 azalmıştır (19). Bölgesel farklılıkların belirlenmesine yönelik yapılan çalışmada, inme sıklığının Karadeniz ve Güneydoğu Anadolu'da %19 ile en yüksek, Marmara bölgesinde %16 ile en düşük olduğu görölmüştür (19).

2. 1. 3. İnme Sınıflandırılması ve Etiyolojisi

a. İskemik İnme

En yaygın inme tipi olup, yaklaşık olarak inmelerin % 87'sini oluşturmaktadır. (20). İskemik inmenin en yaygın nedeni aterosklerozdur. Yağ, kolesterol, kan hücreleri, kalsiyum ve diğer maddelerden oluşan plak, kan damarlarında birikerek damarların daralmasına neden olabilir. Beyne giden damarlarda bu daralmış alan var ise, burada oluşan ani bir kan pıhtılaşması, tıkanıklık ya da darlık iskemik inmeye neden olabilir. Tıkanıklığın ilerlemesi ile beyin alanının perfüzyonu yavaşlar ve serebral dolaşım yetersizliği sonucunda bacak, kol ve ellerde aralıklı uyuşmalar meydana gelebilir. Bu durumda hemen önlem alınmaz, tedaviye başlanmaz ise tam tıkanıklık meydana gelir, tıkanıklık sonucunda hastada hemianopsi, afazi ve hemipleji belirtileri ortaya çıkar (20).

İki ana iskemik inme tipi vardır:

Embolik inme: Vücudun herhangi bir yerinden kan pıhtıları, plaklar veya yağlı maddeler kan dolaşımı yoluyla serebral arterlere (emboli) gider. Arter tıkanıklığı kan akışını engeller ve felce neden olur. Embolik felçlerin yaklaşık %15'i atriyal fibrilasyonu olan kişilerde görülür. Atriyal fibrilasyon, kalpte kan birikmesi nedeniyle tromboz riskini arttıran, kalbin ritmik bir bozukluğudur (21).

Trombotik inme: Beyne kan sağlayan kan damarlarından birinde bir kan pıhtısı (trombüs) oluşur ve o bölgeye kan akışını engeller. Bu tip inme, ateroskleroz, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterolü olan kişilerde daha yaygındır (21).

b. Hemorajik İnme

Beynin venöz ve arteriyel dolaşımını sağlayan yapılardan kanın damar yatağına sızması ve ani olarak beyin dokusuna geçişi ile ortaya çıkan klinik tabloya hemorajik inme denir. Hemorajik inmenin en önemli sebebi kontrol altına alınamamış hipertansiyondur (22). Hemorajik inme subaraknoid ve intraserebral olarak gruplanır. Subaraknoid kanama; sonradan gelen etkenlerle ya da doğuştan arter duvarında yapısal bozukluklar sonucu ortaya çıkan kanamadır. İntraserebral kanama; anevrizma gelişimi, arter yapımında bozulma, kan basıncı yüksekliği gibi nedenlerle ortaya çıkan kanama türüdür (23).

2. 1. 4. İnmede Risk Faktörleri

İnme riskini önlemek ve birincil koruma açısından risk faktörlerinin neler olduğunun bilinmesi gerekir. Risk faktörlerinin bazıları çevreye ilişkin faktörler ve yaşam tarzı gibi değiştirilebilir veya kontrol edilebilir bazıları ise kalıtsal faktörler gibi değiştirilemezdir. Değiştirilebilir risk faktörleri, kesinleşmiş ve kesinleşmemiş risk faktörleri olarak ele alınmıştır (23).

I. Değiştirilemeyen risk faktörleri

Yaş: Yaşın artmasıyla inme riski de artar, Özellikle 55 yaş ve üzerinde ki bireylerde her 10 yılda bir iki katına çıkmaktadır (23).

Cinsiyet: Erkekler kadınlara oranla daha fazla inme geçirmektedir ve bu durum erkeklerin alkol ve sigara kullanmalarıyla ilişkilendirilebilir. Fakat yaşı ilerlemesiyle

durum tam tersi bir hal alır ve kadınlara oranla erkekler de inme görülme sıklığı daha fazla olur bunun nedeni de kadınların hormonal kontraseptif kullanmaları, gebelik ve hormonal değişimler gibi faktörlerle ilişkilendirilebilir (24).

İrk: Siyah ve sarı ırkta beyaz ırka göre inme görülme riski daha fazladır ve ateroskleroz riski arttıkça beyaz ırka oranla siyah ırkta inme riski artmaktadır (23).

Aile Öyküsü: Birinci derece akrabalarından kadınlarda 65 yaş öncesinde erkeklerde ise 55 yaş öncesi inme öyküsü veya koroner kalp hastalığı öyküsü var ise inme görülme riski artmaktadır (25).

II. Değiştirilebilen risk faktörleri

Değiştirilebilir risk faktörleri, kesinleşmiş ve kesinleşmemiş risk faktörleri olarak ikiye ayrılır.

a. Kesinleşmiş faktörler

Hipertansiyon: Değiştirilebilir inme risk faktörleri arasında hipertansiyon ilk sırada yer almaktadır. Hipertansiyon tanısı konulmamış bireylerde dahi kan basıncı yükselmesi inme riskini artırır. Yaşam tarzındaki değişikliklerle ve ilaçlarla hipertansiyon tedavisi inme riskini azaltmada en önemli faktörlerden biridir. Stresten uzak kalmak, sodyumdan fakir diyet yapmak, fiziksel tedavilerle de inme riski azaltılıp kontrol altına alınmış olur (26).

Sigara: Değiştirilebilir inme risk faktörleri arasında sigara ikinci sırada yer almaktadır. 563.114 katılımcı ile yapılan %82.2'sini Asyalıların oluşturduğu bir çalışmada yüksek tansiyonu olan ve sigara içenler 6.8 yıl takip edildikten sonra 4344'ü koroner kalp rahatsızlığı yaşarken 5606'sı ise inme geçirmiştir. Sigara inme riskini arttıran büyük bir risk faktörü olarak belirlenmiştir (27). Sigarayı bırakan birinin hiç sigara içmeyen birine göre inme geçirme riski daha yüksektir (28).

Diyabet: İnme için Diyabetes Mellitus bağımsız risk faktörüdür ve ileriye dönük yaygınlık araştırmalarında ya da olgu-kontrol çalışmalarında riskin 1,8 ile 6 kat göreceli olarak arttığı görülmüştür. Diyabetin damarların sertleşmesini hızlandığı, yüksek ve düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterolleri olumsuz etkileyip insülin fazlalığı sebebiyle sertleşmiş damar plağını büyüttüğü bilinmektedir. Bu sebeple hastaların %20 si inme

sebebiyle hayatlarını kaybetmektedirler. Tıbbi tedavi ile birlikte davranış değişikliği sonucu inme görülme riski azalmaktadır (29).

Kalp Hastalıkları: Beyin damar hastalıkları kalp hastalıkları ile benzer risk faktörlerine sahiptirler ve genelde birlikte görülmektedirler. İnme geçiren hastaların kalp yetmezliği ve kalp krizi geçirme oranı yüksek olarak bulunmuştur. Düşük miktarda alınacak olan antiagreganlar ya da antikoagülanlar inme görülme riskini düşürmektedir (28).

Aseptomatik Karotis Stenoza: Aseptomatik karotis stenoza inme riski ile doğru orantılıdır ve genelde 50 yaşı üzerinde görülmektedir (30).

Dislipidemi: Erkeklerde ve kadınlarda dislipidemi inme ile ilişkilidir fakat erkeklerde HDL (High Density Lipoprotein)'nin düşük olması inme için risk faktörü oluştururken kadınlar için yeterli kanıt bulunmamaktadır (31).

Obezite: Kilo durumunun geleneksel sınıflaması vücut kitle indeksine (BMI) göre tanımlanmaktadır. Hesaplaması ise kilonun boyun karesine bölünmesi ile elde edilir. 25-30 arası aşırı kilolu, 30-40 arası obezite, 40 üzeri hastalıklı obezite olarak tanımlanmaktadır. Beden kitle indeksi arttıkça inme riski de artış göstermektedir. Obezite beraberinde diyabet, hipertansiyon, hiperlipidemi gibi ciddi risk faktörlerini de beraberinde getirmektedir. (32).

Orak Hücreli Anemi: İnme görülme riski orak hücreli anemi hastalarında %4-17 oranında belirlenmiştir (24).

Fiziksel İnaktivite: 4 saat veya daha fazla süre ile yüksek yoğunlukta veya orta yoğunlukta aktivite yapmak fiziksel olarak aktif olmak olarak tanımlanır. Düzenli fiziksel aktivite yapmak inme riskini ve inmeye bağlı ölümleri %25-30 azaltacağı tespit edilmiştir (33). Fiziksel aktivitenin inme ile bağlantısı diyabetin azalması, düşük kan basıncı, vücut ağırlığının azalması ile açıklanabilir (32).

Diyet ve Beslenme Alışkanlığı: Yüksek miktarda tuz, şekerli içecek tüketimi, şeker, hazır gıdaların fazla tüketilmesi, fastfood alışkanlığı inme riskini arttırırken meyve ve sebze alımının arttırılması, yağ ve tuz alımının azaltılması inme riskini azaltmaktadır (19).

Postmenopozol Hormon Tedavisi: Menopoz sonrası yapılan hormon tedavisinin inme riskini arttırdığı görülmüştür (31).

b. Kesinleşmemiş faktörler

Alkol: Alınan alkol miktarıyla ilişkili olarak risk faktörü değişmektedir. Orta ve hafif alkol tüketimi inmede koruyucu iken fazla tüketim risk oluşturmaktadır. Buna rağmen az miktarda alkol alımının bile riski arttırdığını ifade eden çalışmalar da mevcuttur (34). Günde beş kadehten daha fazla alkol tüketiminin inme görülme riskini %69 daha fazla arttırdığı belirlenmiştir (35).

Oral Kontraseptif Kullanımı: 35 yaş sonrası oral kontraseptif kullanan kadın bireylerde oral kontraseptiflerden kaynaklı oluşan trombüs ve emboli oluşumundan kaynaklı inme görülme riski artmaktadır ve bunun yanında aktif sigara kullanan, hipertansiyon, diyabet, migren, tromboembolizm öyküsü olan kadınlarda inme görülme riski doğru orantılıdır (31).

İlaç Kullanımı ve Bağımlılığı: Amfetamin, eroin, kokain, ekstazi gibi madde kullanımları inme riskinde artışa sebep olmaktadır (32).

Metabolik Sendrom: Metabolik sendromu “The National Cholesterol Education Program” aşağıdakilerden 3 veya daha fazlasının olması olarak tanımlamıştır:

(1) abdominal obezite; bel çevresinin erkeklerde 102 cm, kadınlarda 88 cm’in üzerinde olması,

(2) trigliserid seviyesinin ≥ 150 mg/dl,

(3) HDL kolesterol erkekler için < 40 mg/dl, kadınlar için < 50 mg/dl,

(4) kan basıncı $\geq 130/85$ mmHg,

(5) açlık glukozunun ≥ 110 mg/dl olmasıdır. Kişinin bu belirtilerden en az üçünü taşıyor olması metabolik sendrom olarak tanımlanmaktadır ve metabolik sendrom inme riskini arttırmaktadır (35).

2. 1. 5. İnme Belirti ve Bulguları

İnme hastalarında belirti ve bulgular kişiden kişiye göre şiddeti farklı seyredebilmektedir. Semptomlar sıklıkla aniden ortaya çıkar ve beynin hangi alanının hasar gördüğüne ve etkilenen alanın boyutuna bağlı olarak farklılık göstermektedir. Beynin sağ hemisferi etkilendiğinde vücudun sol tarafında paralizi, duygulanım bozuklukları, sol görme alanında kayıplar veya bozulmalar, sol hemisferi etkilendiğinde sağ tarafında paralizi, anlama ve konuşma bozukluğu veya kaybı, sağ görme alanında kayıplar veya bozulmalar görülebilmektedir. Beyin sapı veya serebellum tutulumunda bilinç bozuklukları, hemiparazi, çift görme, dengesizlik, quadriparazi, duyu bozuklukları, bulantı kusma görülebilmektedir (36).

İnme belirti ve bulguları Amerikan İnme Derneği tarafından F-A-S-T olarak kodlanmıştır. Bu teste göre aşağıdaki semptomların varlığı akla inme tablosunun olabileceğini getirmelidir.

Face (Yüz): İnme geçiren hastanın yüzünün bir kısmında, gözünde ya da ağzında eğrilme, uyuşma meydana gelir. Bu belirtiler hastadan gülümsemesi istendiğinde fark edilebilir.

Arms (Kollar): Hastadan kollarını kaldırması istenir fakat kaldırmakta zorlanır, kollarda uyuşma ve karıncalanma hissedilir, kollarını kaldıramaz.

Speech (Konuşma): Hasta kendisine söylenenleri anlayamaz veya konuşmakta güçlük çekebilir. Anlamsız sesler çıkarılabilir. Hiç konuşamama, kelime üretmede yetersizlik ya da telaffuzda bozulma görülebilir.

Time (Zaman): Hasta yukarıdaki belirtilerden herhangi birini gösteriyorsa inme akla gelmelidir. Zaman kaybetmeden acil servis çağrılmalı ve hastaneye sevk edilmelidir. Kaybedilen zaman kaybedilen beyin hücresi anlamına gelmektedir (37).

2. 1. 6. İnme Tanı ve Tedavisi

İnme genelde ani olarak ortaya çıkan semptomlar ile kendini belli eder fakat inme nörolojik kayıplara sebebiyet verebilen beyin tümörü, epilepsi, subdural hematoma ile

kariştirilabilir o yüzden tedaviden önce tanının net bir şekilde konulması gerekir. Erken ve net konulan tanı tedavinin erken başlamasını sağlar ve böylece inme sonrası oluşacak nörolojik komplikasyonların da önüne geçilecektir. Hastane dışında hastaya uygulanan FAST testi sonrası hastane içi ortam da yapılan rutin ayırıcı testlerle tanı kesinleşir (38).

İskemik ve hemorajik inmeyi ayırt etmek için tek başına klinik muayene yeterli değildir. Hemorajisi olan bir bireye yapılan tromboliz tedavisi ölümcül sonuçlar doğurabilir bu yüzden ayırımı yapmak oldukça önemlidir. Standart olarak en çok kullanılan yöntem bilgisayarlı tomografi (BT)'dir. BT hem hızlı sonuç veren hem de kolay ulaşılabilen bir yöntemdir. İskemik inme için doğruluk payı %66, hemorajik inme de doğruluk payı %95 civarındadır. BT'den sonuç alınamadığı zaman MRG (magnetik resonance imaging görüntüleme) tercih edilir. MRG, BT'ye kıyasla daha üstün çözünürlük sunar (39).

BT ve MRG'nin dışında Doppler Ultrasonografi (USG), Manyetik Rezonans Anjiyografi (MRA), Bilgisayarlı Tomografik Anjiyografi (BTA), kardiyak değerler, protrombin zamanı (PT), tam kan sayımı, kan glukoz seviyesi, International Normalized Ratio (INR) düzeyi, testler de tanı koymada faydalanan yöntemlerdendir. Elektrokardiyografi (EKG) de kalpteki bir emboli odağını belirlediği için inme tanısında kullanılan önemli bir görüntüleme yöntemidir (40).

İnme tedavisi inmenin tipine göre değişiklik gösterir. İlk değerlendirme 112 acil görevlileri tarafından gerçekleştirilir. Hastanın stabilizasyonunu sağlayarak en erken zaman dilimi içinde hastaneye yetiştirmeleri gerekir. Bu süreç zarfında hastanın oksijen saturasyonu kontrol edilmeli ve %94' ün üzerinde olmalıdır. Kan basıncı kontrolü yapılır, düşük kan basıncı (sistolik kan basıncının 120mmHg'nın altında olması) olan hastaya damar yolu ile izotonik mayi başlanarak serebral doku perfüzyonu artırılır. Kan glukoz düzeyi kontrol edilir. Damar yolu açıklığının sağlanması müdahaleyi kolaylaştırır, hasta acil servise geldiğinde zamandan kazanılmış olur (40).

İskemik inmede erken dönemde tedavinin temel unsuru intravenöz rtPA'dır. Amaç iskemi gelişen damarı açmaktır. Gebelik, ileri yaş, şeker hastalığına bağlı gözün iç tabakasının hastalığı (Diyabetik retinopati), kalbin iç yüzünün enfeksiyonu (endokardit) gibi durumlarda ise risk oluşturur. Tedavinin en büyük komplikasyonu ise intrakraniyal kanamadır (41). Trombolitik tedavide kafa içi beyin kanaması riskinin, zaman sınırının

olması nedeniyle hastalara endovasküler tedavi uygulanır (42). İntraarteriyal trombolitik tedavi, mekanik pıhtı tedavisi, akut intrakraniyal anjiyoplasti ve stent takılması endovasküler tedavi yöntemlerindendir. Antiagregan ve antikoagülan ilaçlar ise diğer tedaviler arasında yer alır (41).

2. 1. 7. İnmede Hemşirelik Bakımı

İnme geçiren hastaların %30'u hastanede ya da evde bakıma ihtiyaç duymakta, %50'si taburcu olmakta, %20'si ise hastanede hayatlarını kaybetmektedir (43). İnme sonrası hastada uzun süren fonksiyonel ve fiziksel bozukluklar, psikolojik, sosyal yetersizlikler meydana gelir (31). Hemşire multidisipliner ekip içinde yer alır ve hasta bakımının sürdürülmesinde aktif rol oynar. İnmeli hastalara bakan birimlerde çalışan hemşirelerin bilgi ve becerilerinin geliştirmesi amacıyla National Stroke Nursing Forum (Ulusal İnme Hemşireliği Formu) kurulmuştur (36). İnme sonrasında hastaların ve ailelerin yaşadığı sorunlar farklı olabilir. Hasta yakınlarının sorunlarla başa çıkabilmesi, bakım konusunda yeterli bilgiye sahip olması bakım yüklerinin azaltılması için taburculuk sonrasında eğitim ve destek almaları gerekmektedir. Hemşire, inme sonrasında hastaların günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmeleri, hastalığa bağlı komplikasyonların önlenmesi, öz bakım becerilerinin geliştirilmesi konusunda hastaya bebeğe yönelik bireysel bakım vermeli, günlük yaşam aktivitelerini etkileyen sorunları tanımlamalı, hemşirelik girişimlerini, taburculuk eğitimlerini planlamalı, hastanın bu sürece alışmasına katkıda bulunmalı ve aile bireylerini de bu bakıma dahil etmelidir (44).

İnmeli hastaya bakım veren bireylere ve ailelerine verilecek olan taburculuk eğitimi;

- Bilgi gereksinimi yüksek olan aile bireylerine hasta ile ilgili gerekli ve yeterli bilginin aktarılması ile aile bireylerinde kaygı ve merak duygusunun giderilmesi bakıma ve tedaviye olan katılım isteğinin artması sağlanmalı,

- Ailenin ve bakım alacak olan hastanın yeni duruma adaptasyonunun sağlanması, istenmeyen durumların önlenmesine yönelik, hasta ve ailesinin özbakımı arttırılması,

- Hasta ve bakım veren bireylerin, ailelerin yaşam kalitesini yükseltecek, eğitim programları uygulanmalı ve düzenli takip edilmeli,

- İnme hastalığı ve bakımı konusunda bakım veren aile bireylerini bilgilendirmeyi,
- Bakım veren aile bireylerin ihtiyaç ve endişelerini değerlendirmeyi,
- Bakımdan kaynaklanan problemleri çözmeye dayalı ve sosyal desteğe odaklanan danışmanlık,
- Halk sağlığı hemşiresi bakım verenlerde oluşabilecek zorlukları engellemek amacıyla ev ziyaretleri yapmalı, hastanın bakımı ile ilgili bilgi eksikliklerini gidermeli, yaşanan zorlukların farkında olmalı, bakım verenlerin bakım becerilerini geliştirmeye yardım etmeli,
- Bakım veren aile bireylerinin fiziksel ve psikolojik sağlığının değerlendirilmesi, gibi konuları içermelidir (44,45,46,47,48).

Amaç inme geçiren hastayı öz yeterliliğine kavuşturmak, sekonder inme riskini azaltmak, sonraki hastaneye yatışları önlemek, bakım veren aile üyesinde bakımdan kaynaklı oluşabilecek bakım yükü, anksiyete ve depresyonu önlemek veya en aza indirmektir. (41).

2. 2. Bakım Verme Ve Bakım Yükü İle İlgili Kavramlar

2. 2. 1. Bakım Verme/Bakım Verici

Bakım; Türk Dil Kurumu'na göre, bir şeyin iyi gelişmesi, bakma işi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini sağlama ve üstlenmedir (49). Bakım tek bir yardımla sınırlı değildir; sağlık hizmetleri (ilaç, tedavi, gözetim vb.), kişisel bakım (tuvalet, banyo, giyinme, yemek yeme vb.), alınan sosyal desteğin planlanması, alışveriş, ev işleri, mali yönetim, mali yardım ve bir evde yaşama sorumluluklarını içerir. (50).

Bakım işini üstlenen, hastaya ekonomik, sosyal, fiziksel yönden destek sağlayan kişi bakım veren olarak adlandırılır. Hastanın bakımını üstlenen birden çok kişi bulunur fakat genellikle bir kişi öncelikli olarak bakım verme işini üzerine alır ve bu kişi psikososyal ve tıbbi iyileştirme sürecinde köprü olarak rol oynar. Bu kişiler birincil bakım

veren kişilerdir. Birincil bakım veren kişiler, sağlık kurumu dışında hasta bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sosyal, psikolojik, fiziksel ihtiyaçlarını karşılamada birincil bakımda rol alırlar ve genellikle profesyonel olmayan kişilerden oluşmaktadır (49).

Hastaların ve yakınlarının bakım süreci içerisinde inme ile ilgili yardım ve bilgi almaları hastalığa uyum sağlamalarında yardımcı olacaktır ve gerginliklerini azaltacaktır (51). Bakım başka kişilerden sosyal yardım görme, bakım verme içtenliğin ve hissiyatın artması, yakın kişilerle ilişkileri kuvvetlendirme, kendini geliştirme, kişisel doyum hissi gibi olumlu kazanımların yanında bakım yükünün de tecrübe edilmesini sağlamaktadır (52).

2. 2. 2. Bakım Yüğü

Bakım yükü, bakım veren kişinin özörlölölölöl veya kronik hastalığı olan kişiye bakım verdiğinde baskı altında hissetmesi ve kişiler üzerindeki olumsuz etkileri olarak tanımlanmaktadır, öznel ve nesnel yük olarak sınıflandırılmaktadır (53).

Nesnel yük: Somuttur, ailenin ve bakım veren kişinin yaşamındaki engellenmeleri ve değişimleri kapsar. Hastalığın yol açtığı gelir kaybı, ekonomik zorluklar, sosyal etkinliklerdeki kısıtlanmalar, günlük yaşamdaki zorluklar, hastanın rahatsız edici davranışları, aile üyelerinin ruh ve beden sağlığını etkileyen olumsuzluklar aile yükünün doğrulanabilir ve gözlenebilir yönünü ifade etmektedir (54).

Öznel yük: Yaşanılan bu zorlukların bireyleri ne ölçüde rahatsız ettiği veya hastanın rahatsızlık veren davranışlarıyla, hastayla ilgili olarak yaşanan sıkıntı düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Depresyon, utanç, suçluluk, sıkıntı gibi duygusal tepkiler, bakım vermenin göstergeleridir (55). Bakım verenlerin tamamı bakım verme güçlüğü yaşamazlar veya güçlüğ yaşamayanların da yaşadıkları güçlüğler birbirlerinden farklı olabilir.

2. 2. 3. Bakım Verenlerin Yaşadığı Güçlükler

2. 2. 3. 1. Fiziksel Güçlükler

Bakım verme süreci içerisinde bakım veren kişilerin sağlığı olumsuz etkilenebilmektedir. Bakım veren kişilerde kilo alıp verme, yorgunluk, halsizlik, baş ve kas ağrıları, uyku düzenlerinde bozukluk, dış görünüşlerinde dağınıklık, fiziksel güçsüzlükler gibi problemler ortaya çıkabilmektedir. Bakım veren kişilerin %22.5'inde bedensel sağlık sorunları olduğu tespit edilmiş olup, fiziksel problemlerin %11.1'inin bacak ağrısı, %33'ünün mide problemi ve %41.7'sinin baş ağrısı problemi olduğu bildirilmiştir (56).

2. 2. 3. 2. Duygusal Güçlükler

Bakım verme sürecinde bakım verenlerin, sosyal aktiviteler, arkadaşlık ve aile ilişkileri, eğlendirici ve dinlendirici faaliyetlerle uğraşacakları zaman dilimi sınırlandığından dolayı kendilerini yalnız ve izole hissettikleri görülmüştür ve yaşadıkları sıkıntılar genelde problem çözmede güçlük, suçluluk duygusu, huzursuzluk hissi, benlik saygısında azalma, umutsuzluk, keder, hayal kırıklığı, sosyal izolasyon, zorlanma olarak sıralanmaktadır (57).

2. 2. 3. 3. Ekonomik ve İş İle İlgili Güçlükler

Bakım alan hastalar hastalıkları sebebi ile çalışmamakta ve bu sebeple bakımlarının ve hastalığın maddi boyutları artmaktadır. Bu sebeple aile de ekonomik zorluklar yaşamaktadır. Bakım veren kişilerin işlerinin sonlandırılması, iş saatlerinin azaltılması, sağlık güvencesi tarafından karşılanamayan masraflar ekonomik güçlükler yaşamalarına sebep olmaktadır. Bakım verenlerin büyük bir kısmının sağlık ve bakım giderlerinin çok olması nedeniyle ekonomik güçlükler yaşadıkları belirlenmiştir ve yapılan çalışmalarda bakım veren kişilerin bakım verdikleri durumdan dolayı uykusuzluk, bel fıtığı ve eklem ağrıları, stres, bıkkınlık, tükenmişlik, gelecek kaygısı, uykusuzluk gibi güçlükler yaşadıkları görülmüştür (58). Yapılan diğer araştırmalarda ise bakım verenlerin diğer kişilere oranla, sağlık hizmetlerine daha fazla başvuru yaptığı görülmüştür (56).

2. 2. 4. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım verme yükünü etkileyen birden fazla faktör bulunmaktadır;

- Bakım veren kişilerin kişisel özellikleri, ekonomik, yaş cinsiyet durumu,
- Bakım veren kişilerin yaşının ilerlemesi, sağlığının bozulması,
- Bakım veren kişilerin bakım verdiği kişiler harici (bebek, engelli çocuk vs.) bakmakla yükümlü olması,
- Bakım veren kişinin hasta bireyin bakım mesuliyetini almakla, toplumsal rollerinin sınırlandığını düşünmeleri,
- Bakım veren kişinin bakımını üstlendiği hasta bireyin ciddi hafıza ve davranışsal bozukluklarının olması,
- Hasta bireye bakma süresi ve aynı evde yaşama durumu,
- Hastanın ve bakım veren bireyin aralarındaki ilişkinin niteliği,
- Hasta bireyin bakım veren kişiden aşırı ilgi beklemesi,
- Bakım alan kişinin ciddi hafıza ve davranış bozukluklarının olması,
- Bakım veren kişinin hastaya tek bir alanda değil, ekonomik, ruhsal, fiziksel gibi alanlarda da bakım vermek durumunda kalması,
- Bakım veren kişinin zıt duygular yaşaması,
- Hastanın bakımına karar verilirken bakım veren kişinin fikrine başvurulmaması (49,50,52,53).

2. 2. 5. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Bakım Yüğü

İnme aniden meydana gelen, geçici veya kalıcı sakatlıklara sebep olan, taburculuk sonrası bakım gerektiren kronik bir hastalıktır (1). İnme geçiren hastaların taburculuk sonrası iyileşme sürecinde bakım veren hasta yakınları önemli role sahiptir fakat ani

gelişen bu durum karşısında inme geçiren hastaların bilişsel, duygusal, fiziksel gereksinimlerinin karşılanmasında hazır olmadıkları ve zorluk yaşadıkları saptanmıştır (50). Hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı hale gelmesi hasta yakınlarının bakım yükünün artmasına sebep olur. Bu yük, bakımdan kaynaklı bakım verende oluşan ekonomik ve sosyal sorunlar, psikolojik ve bedensel sağlık sorunları, aile arası iletişimin azalması ve kontrolü elde tutamama hissi gibi belirtilere sebep olmaktadır.

Yapılan çalışmalarda bağımlı hastaya bakım veren kişilerin bakım yükünün yüksek olduğu saptanmıştır (4,43). İnme, sakatlıklara ve bağımlılığa en çok yol açan hastalıklardan biri olduğu için, bakım veren yükünü arttıran hastalıkların başında gelmektedir (50). Bakım yükünün fazla olması verilen bakımın kalitesini olumsuz etkiler. Bakım yükü bakım verenlerde anksiyete, depresyon, uykusuzluk, kilo kaybı, yorgunluk, öfke, tükenme, gerginlik, sosyal izolasyon, ekonomik sorunlar yaşamalarına sebep olabilir (6,11,12). “Avrupa İnme Stratejileri İnme Bakımı 2015” hedeflerinde inmeli hastaların bakımında bakım veren aile bireyleri ile birlikte hareket edilmesi, aile bireylerinin yazılı eğitim ekipmanları ile bilgilendirilip desteklenmesi yer almaktadır (59). Hemşirelerin, bakım yüküne neden olan faktörleri belirleyip yükün azaltılmasına yönelik eğitimler planlamalı ve hasta yakınlarını desteklemeleri oldukça önemlidir (28,36).

2. 3. Anksiyete

2. 3. 1. Anksiyetenin Tanımı

Kaygı ve bunalıtı olarak da adlandırılan anksiyete, soluk almada zorluk, hızlı soluk alıp verme, ayak ve ellerde titreme, terleme, çarpıntı gibi belirtilerle birlikte heyecan, sıkıntı, kötü bir şey olacakmış korkusu, nedeni belli olmayan endişe ve kaygıların olduğu, sıkıntıların yaşandığı bir durumdur. Yapılan birçok araştırmada anksiyete ve depresyonun birlikte görüldüğü gözlemlenmiştir (11,12,60). Anksiyete sözcüğünün kökü “angh” kelimesinden gelmektedir. Darlık, sıkışma anlamına gelmektedir. Almanca "angst" kelimesi İngilizce "dehşet" veya "önceden gitmek" demektir. Anksiyete, kişinin günlük yaşamını belirli bir düzeyde sağlıklı bir şekilde sürdürmesi gerektiği duygusudur. Doğumda başlar. Belli bir düzeyde kaygı normaldir. İnsan yaratıcılığı ve üretkenliği üzerinde olumlu bir etkiye sahiptir ve bireysel özgüveni artırır. (60).

Anksiyete de kişiler fiziksel ve ruhsal sıkıntıda olurlar. Anksiyete, yalnız korku ve endişeden ibaret de olabilir veya ileri derecede sıkıntılar yaşayıp panik atak geçirmelerine de sebep olabilir. Araştırmalara göre kadınlarda görülme sıklığı erkeklerden 2 veya 3 kat daha fazladır. Sık karşılaşılan psikiyatrik rahatsızlıklarda %25 oranla anksiyete depresyondan önce gelmektedir (60). Epidemiologic Catchment Area Program (ECA) verilerine göre görülme sıklığı yaşam boyu %14,6'dır. Başlangıç yaşı net değildir fakat sinsi bir şekilde erken yaşta başlamakta ve kişiye bunu ileriki yaşlarında fark ettirmektedir (61).

Tehlikeli ve stres verici bir durumla karşılaştığımızda otonom sinir sistemimiz harekete geçer. Anksiyete anında kişi gerçekte tehlikeli bir durum olmamasına karşın kendini tehlikede hissetmekte ve vücudu savaş-kaç mekanizmasıyla tepki vermektedir. Sonrasında kişide hızlı nefes alıp verme, terleme, kalp çarpıntısı, ayakta durmakta güçlük gibi belirtiler görülmektedir (62).

Mental bozuklukların tanısall ve bilimsel el kitabı beşinci baskısı (DSM-V)' e göre anksiyete belirtileri; odaklanmada zorluk, çabuk sinirlenip kızma, uyku düzeninde bozukluk, kolay yorulma, sakinleşememe, kolayca kızma, kas gerginliği yaşama yer almaktadır. Belirtilerin sebebi başka bir ruhsal hastalıkla açıklanmamalı, kişinin günlük ve toplumsal yaşamındaki işlevselliğini olumsuz etkilemeli ve maddeye bağlı olmamalıdır. Kişi belirtileri en az altı ay boyunca ve günün büyük bir bölümünde yaşaması gerekmektedir (63). DSM-IV'e göre anksiyete bozuklukları; genel anksiyete bozukluğu, maddeye bağlı anksiyete bozukluğu, genel sağlık belirsizliği anksiyete bozukluğudur (64).

Kişinin yapılan araştırmalara göre anksiyeteye yatkın olmasının sebepleri vardır. Watson ve Clark (1984) için olumsuz duygulanımlar yaşamak, Eysenck (1967) için nevroitiklik, Gray (1987) için davranışsal olarak olumsuzluklar yaşamak anksiyeteye yatkınlık için önemli sebeplerdir (62).

2. 3. 2. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Anksiyete

İnme hastalarına bakım veren kişiler günün büyük çoğunluğunu hastayla geçirirler. Bu sebepten dolayı rutin işlerini yerine getirememe, aileleri ile yeterince zaman geçirememe sosyal hayatlarında kısıtlamalar, ekonomik zorluklar yaşamaktadırlar (6).

Yaşanan bu zorluklar beraberinde stres, kolay sinirlenme, olaylarla başa çıkmada güçlük yaşamalarına, hızlı nefes alıp verme, kalp çarpıntısı gibi sebepleri de beraberinde getirir ve bakım veren kişilerin anksiyete düzeylerinde artışa sebep olur (12). Yaşanan bu zorluklara ek olarak bakım veren aile üyeleri, yaşamlarındaki değişiklik ve stresli durumlara uyum sağlamak, baş etmek için gerekli becerilerin yoksunluğunu ve yaşamlarında kontrolün kaybolduğunu da hissedebilmektedirler (11). İnme hastalarına bakım verenlerde anksiyete belirtilerinin yaygınlığı %21,4'dür (64). Özyeşil ve ark (2014) tarafından yapılan araştırma sonucunda yaşlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü arttıkça anksiyete düzeylerinin de arttığı belirlenmiştir (6).

2. 4. Depresyon

2. 4. 1. Depresyonun Tanımı

Sözlük anlamı “çökkünlük” olup, genel olarak yalnızlık, üzüntü ile karakterize olan depresyon; olumsuz duygular karşısında derin üzüntü duyma, olumsuza yönelme, konuşmada, harekette yavaşlama, fiziksel aktivitelerde yavaşlama, dengesizlik, durgunluk, isteksizlik halidir. Latince “depressus” kelimesinden gelir ve aşağıya bastırmak, yorgun olmak anlamlarına da gelmektedir (62). Depresyon, davranışsal, bilişsel, duygusal tüm süreçleri etkilemektedir. Bunlarla birlikte cinsel istekte azalma, her zamankinden az uyuma veya çok uyuma, iştahında azalma veya artma, buna bağlı olarak zayıflama veya kilo alma, kararsızlık, dikkatte bozulmalar, kendini değersiz hissetme, suçlu hissetme, intihar düşünceleri gibi durumlarda görülür (62). Bazı durumlarda, önde gelen semptom kaygı olabilir. Umutsuzluk ve çaresizlik duyguları o kadar güçlüdür ki, bundan kaçamayacaklarını düşünebilirler. Günlük işleri bile yapmakta zorlanırlar.

Depresyonun etiyopatogenezi uzun zamandır araştırılmasına rağmen, nedeni henüz belli değildir. Biyokimyasal, sosyokültürel, genetik ve psikodinamik gibi birçok faktörün etkileşime girmesi sonucu gelişebilir. Etiyolojisinde psikososyal ve biyolojik etkenlerin de rol aldığı düşünülmektedir (65).

Depresyon DSM –5 tanı kriterine göre; normal durumlara duyulan ilgide azalma, değersizlik iştah kaybı veya artması, çökkün duygu durumu, uykuda artış veya azalma, psikomotor aktivitelerde yavaşlama veya ajitasyon, yorgunluk, enerji azlığı, suçluluk

duyguları, intihar girişimi veya düşünceleridir. (64). Ülkemizde yürütülen bir çalışmada kadınların depresyon oranı %5,4, erkeklerde ise %2,3'tür. Depresyonun en az bir defa görülme sıklığı %17'dir. Tıbbi bir rahatsızlığa ek olarak, hastanede yatarak tedavi gören hasta oranı ise %10 ile %14, ayakta tedavi gören birey oranı %6 ile %8 arasındadır (66).

Depresyon vakalarının yüzde seksen beşi veya daha fazlası bilinen tedavilerden yararlanır. Tedavi, süreci birkaç haftadan birkaç aya kadar uzayabilir. Tedaviye erken başlanması yanıt süresini kısaltır. Tedavi edilmezse 6-24 ayda düzelir. Vakaların %5-10'unda tedavi süresi iki yıldan fazladır. Depresyon, periyodik relapslarla bir ömür boyu da sürebilir. Hastanede yatan hastalarda intihar oranı %15 civarındadır. Depresyonun %15'i intihardan kaynaklanır. Depresyon tüm intiharların %70'inden sorumludur. Hem depresyon hem de bipolar bozukluk (bipolar bozukluk) genelde genetik geçişli hastalıklardandır. Bu iki hastalığın yakın akrabalarda görülme sıklığı genel popülasyona göre 2-5 kat daha fazladır (63).

2. 4. 2. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Depresyon

İnmeli hastalara bakım veren kişiler de bakımdan kaynaklı kendilerini değersiz hissetme, kilo artış/azalışı, yorgunluk, çökkünlük, anksiyete (bunaltı,kaygı) belirtileri beraberinde depresyon belirtilerinin ortaya çıkmasına sebep olur. Depresif belirtilerinin görülme yaygınlığı inmeli hastalara bakım veren kişilerde %40,2'dir (64). Yapılan bir araştırmada kronik hastalığı olan yaşlılara bakım verenlerde depresyon ve kaygı düzeyinin genel nüfusa oranla daha yüksek olduğu ve bu oranın bakım verenlerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği bulunmuştur (67).

Literatürde inmeli hastaya bakım veren kişilerde depresyon görülme oranının yüksek olduğu ve bakım verme yükü arttıkça depresyon düzeylerinin de arttığı belirtilmektedir (12).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın şekli, yapıldığı yer ve özellikleri, araştırmanın evreni ve örneklem seçimi, verilerin toplama araçları ve değerlendirilmesi hakkında bilgiler verilmektedir.

3. 1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma inmeli hastalara bakım verenlerde bakım yükü, anksiyete ve depresyon durumlarının incelenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte gerçekleştirilmiştir.

3. 2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi nöroloji kliniğinde yapılmıştır. Hastane 1960 yılında kurulmuş ve 550 yatak kapasitesine sahiptir. Nöroloji kliniği 14 yataklı bir klinik. Çalışma nöroloji polikliniğine başvuran ve nöroloji kliniğinde yatan inmeli hasta ve hasta yakınlarına Mayıs 2020 - Aralık 2020 tarihleri arasında gerçekleşmiştir.

3. 3. Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenine, Mayıs 2020 - Aralık 2020 tarihleri arasında İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi' ne başvuran 400 inme tanısı alan hasta ve hasta yakını oluşturmuştur. Gpower programı ile yapılan güç analizine göre %80 güçte, efekt büyüklüğü 0,4, alfa hata payı 0,05 olacak şekilde en az 128 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın örneklemi 150 hasta ve bu hastalara bakım veren bireyler oluşturmuştur.

3. 4. Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri aşağıda sunulmuştur;

- İnme tanılı hastalara bakım veren bireyler,

- Hem hastanın hem de bakım verenin çalışmaya katılmayı kabul ediyor olması,
- Bakım veren olarak alınan kişinin primer bakım (esas sorumlu) veren kişi olması,
- Bakım verenin iletişim ve işbirliği kurabilmesi veya iletişim kurmayı engelleyecek fiziksel (dil, işitme veya konuşma engeli) ya da psikiyatrik engelinin olmaması,
- Bakım alan hastanın ve bakım veren bireyin 18 yaş ve üzerinde olması ve hastanın yakını olması,
- Bakım veren bireyin inme tanısı almış bireye en az altı aydır bakım veriyor olması dahil edilmiştir.

3. 5. Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

- Profesyonel bir bakıcı tarafından (para karşılığı bakım hizmeti alan) bakım alan hastalar,
- Bakım alan hasta veya bakım verenden birisinin araştırmaya katılmayı kabul etmeme durumu,
- Bakım verme süresi 6 aydan daha az olanlar,
- Bakım veren kişinin hastanın ailesi veya yakını olmayanlar araştırmaya katılmamıştır.

3. 6. Bilgilendirilmiş Onam Formu

İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü onam formundan uyarlanarak araştırmanın amacı, verilerin toplanması ve saklanması hakkındaki bilgiler yer almaktadır (Ek-1).

3. 7. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bağımlı Değişken: Araştırmanın bağımlı değişkenleri; bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyidir.

Bağımsız Değişken: Araştırmanın bağımsız değişkenleri; bakım verenlere ait yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, çocuk varlığı, ekonomik durumu gibi sosyodemografik özellikler, bakım verenlerin sağlık durum algısı, fiziksel sağlık sorun varlığı, sigara, alkol durumu, bakımda yardımcı birinin varlığı, bakım konusunda eğitim verilme durumu gibi bakım vermeye ilişkin özellikler ile inmeli bireylere ait yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu gibi sosyodemografik özellikler ve kronik hastalık varlığı, ilaç kullanımı, günlük ve enstrümental yaşam kaliteleri gibi özelliklerdir.

3. 8. Veri Toplama Araçları

Çalışmada verilerin toplanmasında bakım verenlerin demografik özelliklerini değerlendirmek amacıyla “Bakım Veren Bilgi Formu”, bakım verme yükünü belirlemek amacıyla “Bakım Verme Yüğü Ölçeğı”, depresyon ve anksiyete belirtilerini belirlemek amacıyla “Beck Depresyon Ölçeğı” ve “Beck Anksiyete Ölçeğı”, hastaların demografik özelliklerini belirlemek amacıyla “Bakım Alan Bilgi Formu”, günlük yaşamlarındaki zorlukları tespit etmek amacıyla ise; “Katz’ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi”, “Lawton ve Brody’nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi” kullanılmıştır.

3. 8. 1. Bakım Alan Bilgi Formu

Bakım alan birey formu araştırmacı tarafından literatür incelenerek hazırlanmış olup, bakım alan kişinin doğum yılı, cinsiyeti, öğrenim durumu, medeni hali, sosyal güvencesi, çalışma durumu, kronik hastalık varlığı, engellilik durumu, sigara ve alkol alışkanlığı, ilaç kullanımını sorgulayan 10 sorudan oluşmaktadır (Ek-2) (49,50,53).

3. 8. 2. Bakım Veren Bilgi Formu

Bakım veren birey formu araştırmacı tarafından literatür incelenerek hazırlanmış olup, kişilerin cinsiyeti, doğum yılı, eğitim durumu, sosyal güvencesi, çalışma durumu, kaç çocuk sahibi olduğu, maddi durum algısı, sağlık algısı, kronik hastalık varlığı, sigara ve alkol alışkanlığı, bakım verdiği kişiyle aynı evi paylaşıp paylaşmama durumu, uyku durumu, bakım verdiği bireye bakma süresi, bakım kaynaklı fiziksel ve ekonomik

sorunlar ve üstesinden gelme durumunu sorgulayan 30 sorudan oluşmaktadır (Ek-3) (49,50,53,67,68).

3. 8. 3. Bakım Verme Yüğü Ölçeğı

Bakım verme yüğü ölçeğı, bakım yükünü belirlemek ve değerlendirmek amacıyla Bach-Peterson, Reever ve Zarit (1980) tarafından geliştirilmiştir ve ölçeğın orjinalinde Cronbach's alpha değeri 0,87 ile 0,94 arasında, test tekrar test güvenirliğı ise 0.71 olarak bulunmuştur (69). Ölçeğın Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması İnci ve Erdem tarafından (2006) yapılmıştır (70). İnci ve arkadaşları tarafından (2006) yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında ölçeğın ortalamasının 20.37 ± 16.54 (min. 0 - max. 72) olduğı, Cronbach's alpha değeri ise 0,95 olduğı saptanmıştır (70). Yaptığımız çalışmada bakım verme yüğü ölçeğı Cronbach's alpha değeri 0,92 bulundu. Bakım gereksinimi duyan bireylere bakım verenlerin yaşadıkları stres durumunu ölçmek ve değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçek olup, bakım veren veya araştırmacı tarafından doldurulabilir (69). Ölçek 22 ifadeden oluşmaktadır. Asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde 0 dan 5 e kadar değışen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en fazla 88, en az 0 puan alınabilmektedir. Ölçekten elde dilen puanın yüksek olması, kişinin yaşadığı sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (43) (Ek-4).

3. 8. 4. Beck Depresyon Ölçeğı (BDÖ)

Beck Depresyon Ölçeğının temeli 1961 yılında Bilişsel Davranışçı Terapinin kurucusu olan psikiyatrist Aaron T. Beck tarafından atılmıştır (71). Ölçeğın orjinalinde Cronbach's alpha değeri 0,85 bulunmuştur. Ölçeğın geçerlik ve güvenirlik çalışması 1988 de ülkemizde Hisli tarafından yapılmıştır (72). Hisli tarafından yapılan çalışmada ölçeğın Cronbach's alpha değeri 0,80 bulunmuştur. Ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğın öğeleri klinik gözlemlere ve bilgilere dayanmaktadır. Ölçekte temel alınan depresif tutum ve semptomlar; başarısızlık, memnuniyetsizlik, kendini suçlama, kendini cezalandırma, karamsarlık, kendinden nefret etme, intihar düşüncesi, ağlama, sinirlilik, sosyal kızgınlık, kararsızlık, fiziksel şekil bozukluğu, iştahsızlık, kilo kaybı, yorgunluk, uykusuzluk, libido kaybı ve diğeri somatik şikâyetlerdir (73).

Amaç, depresyon belirtilerinin derecesini belirlemektir. Maddeler düşükten yükseğe doğru derecelendirilmiştir. Puan aralığına bakıldığında 0 - 16 aralığında hafif düzeyde, 17 - 29 aralığında orta düzeyde ve 30 - 63 aralığında ise kişinin şiddetli depresif belirtiler gösterdiği işaret edilmektedir. Test sonuçlarında maksimum alınabilecek puan 63'tür. 17 puan üzerinde ise depresyon riski vardır. (72) (Ek-5).

3. 8. 5. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Beck Anksiyete Ölçeği, Aaron T. Beck ve arkadaşları tarafından (1988) oluşturulmuş anksiyete semptomlarını (uyuşma, karıncalanma, ısıdan kaynaklanmayan terleme, kötü şeyler olacak korkusu) ve şiddetini tespit etmeyi amaçlayan 17 yaş ve üzeri kişiler için tasarlanan, 5-10 dakika arasında süren bir öz bildirim ölçeğidir (74). Ölçeğin orijinalinde Cronbach's alpha değeri 0,92 bulunmuştur (74). Türkçe formun geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Ulusoy, Şahin ve Erkmen tarafından (1993) yapılmıştır (75). Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılan geçerlik güvenirlik çalışmasında tüm maddeler için Cronbach's alpha değeri 0,88 - 0,89 arasında bulunmuştur (75).

Ölçek madde puanları 0 ile 3 arasında değişen 21 maddeden oluşmaktadır. Likert tipi bir ölçek kullanılarak ölçekten alınabilecek toplam puan 0-63 arasındadır. Toplam puanın yüksek olması, kişinin kaygısının yoğunluğunu gösterir. 8-15 puan; hafif, 16-25 puan; orta seviye ve 26-63 puan; şiddetli düzeyde kaygıyı gösterir (74) (Ek-6).

3. 8. 6. Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA)

Katz ve ark. tarafından (1963) temel günlük yaşam aktiviteleri gerçekleştirmede bağımlılık durumunu değerlendirmek amacıyla oluşturulmuştur (76). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Altın (2006) tarafından yapılmış, Cronbach's alpha değerini 0,84 olarak bulmuştur (77). Giyinme, transfer, kontinans, yıkanma, beslenme ve tuvalet olmak üzere 6 başlıktan oluşmaktadır. Her başlık bağımlı, kısmen bağımlı veya bağımsız olarak cevaplandırılmaktadır. Hasta günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (76) (Ek-7).

3. 8. 7. Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EGYA)

Lawton ve Brody tarafından (1969) bireylerin enstrümental günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir (78). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Altın (2006) tarafından yapılmış, EGYA ölçeğinin Cronbach's alpha değerini 0,87 olarak bulmuştur (77). Telefon edebilme, alışveriş yapabilme, yemek hazırlayabilme, ev işlerini yapabilme, çamaşır yıkayabilme, ulaşım araçlarına binebilme, kendi ilacını içebilme, parasını idare edebilme olmak üzere 8 başlıktan oluşmaktadır. Hasta aktiviteleri bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapılmaktadır. 0-8 puan bağımlı, 9-16 puan yarı bağımlı, 17-24 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir (78) (Ek-8).

3.9. Verilerin değerlendirilmesi

Tanımlayıcı istatistikler bölümünde kategori değişkenleri sayı, yüzde ve sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma ve ortanca (min-max değer) olarak gösterilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov testi) kullanılarak değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren iki bağımsız grup karşılaştırmasında studen-t testi (Independent Samples t Test) yapılmıştır. Üç ve üzeri grupların karşılaştırılmasında ANOVA (tek yönlü varyans analizi) testi yapılmıştır. Çoklu grup karşılaştırılması Tukey testi ile değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin ilişkilerini değerlendirmek için Pearson korelasyon analizi yapılmıştır. Korelasyon katsayıları (r) 0,0-0,19 “çok zayıf”, 0,20-0,39 “zayıf”, 0,40-0,59 “orta”, 0,60-0,79 “güçlü”, 0,80-1,00 “çok güçlü” olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın istatistiksel önemi $p<0,05$ olarak kabul edildi. Anket verileri SPSS 25.0 istatistik yazılım paketi kullanılarak değerlendirilmesi yapılmıştır. Bu çalışmada tüm veriler normal dağılmıştır.

3. 10. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın gerçekleştiği yer tek bir merkez ile sınırlıdır. Araştırmanın bulguları ise, Bakım Alan, Bakım Veren Bilgi Formu, Bakım Verme Yüğü Ölçeğı, Beck Depresyon Ölçeğı, Beck Anksiyete Ölçeğı, Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi, Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi'nden elde edilen bulgular ile sınırlıdır.

3. 11. Araştırmanın Etik Yönü

Veri toplama sürecinden önce İstanbul Okan Üniversitesi Etik Kurulu'nun 29.04.2020 tarihli, 121 sayılı toplantısında 31 numaralı karar ile "Etik Kurul Onayı" (Ek-9), İstanbul İl Kamu Hastaneleri Birliğı Genel Sekreteri'nden 12.11.2020 tarih ve 15919306-604.01.01 sayılı onay alınmıştır (Ek-10). Etik kurul onayı ve kurum onayı alındıktan sonra veri toplama süreci başlamadan önce gönüllü katılımcılardan onam (Ek-1) alınarak çalışma yürütölmüştür.

4. BULGULAR

Tablo 1. Bakım Alan Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri ve Sağlık Durumuna İlişkin Bulguların Dağılımı (n=150)

Değişkenler		
Bakım Alan Bireylerin Yaş Ortalaması Ortalama±Standart sapma Median(Min-Maks.)	64,4±11,1 65,0(21-90)	
	n	%
Cinsiyet Erkek Kadın	57 93	38 62
Eğitim durumu İlkokul ve altı Ortaokul Lise Yüksekokul/Üniversite	114 6 21 9	76 4 14 6
Medeni durum Evli Bekar	75 75	50 50
Çalışma durumu Çalışıyor Çalışmıyor	15 135	10 90
Gelir durumu Yok Var	58 92	38,7 61,3
Kronik hastalık varlığı* Diyabet Hipertansiyon Akut Böbrek Yetmezliği/Kronik Böbrek Yetmezliği KOAH/Astım Koroner Kalp Hastalığı Tiroid Hastalığı Kanser Psikiyatrik Hastalık(ruhsal hastalık) Bunama(demans)	34 63 5 22 13 5 9 10 6	22,7 42 3,3 14,7 8,7 3,3 6 6,7 4
İlaç kullanımı Hayır Evet	11 139	7,3 92,7
Total	150	100

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

Araştırmaya katılan bakım alan bireylerin sosyodemografik ve sağlık durumuna ilişkin özellikler incelendiğinde, çalışmaya katılan 150 innmeli bakım alan hastaların yaş ortalaması 64,4±11,1 (min-max: 65,0(21-90)) olup, %62'sini kadın, %38'ini erkekler oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan bakım alan bireylerin %76'sı ilköğretim ve altı. %50'si evli, %50'si bekâr olarak belirlendi. Bakım alan bireylerin %90'ı çalışmadığını, %61,3'ü gelirlerinin olduğunu belirttiler. Araştırmaya katılan bakım alan bireylerin %42'sinin

hipertansiyon, %22,7'sinin diyabet tanısı bulunmaktadır ve %92,7'sinin devamlı ilaç kullandıkları bulundu (Tablo 1).

Tablo 2. Bakım Veren Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri Dağılımı (n=150)

Değişkenler		
Bakım Veren Yaş Ortalaması		
Ortalama±Standart sapma	40,0±10,7	
Median(Min-Maks.)	38,5(22-68)	
	n	%
Cinsiyet		
Erkek	61	40,7
Kadın	89	59,3
Eğitim durumu		
İlkokul ve altı	22	14,6
Ortaokul	15	10
Lise	73	48,7
Yüksekokul/Üniversite	40	26,7
Medeni durumu		
Evli	86	57,3
Bekar	64	42,7
Sosyal Güvence durumu		
Yok	62	41,3
Var	88	58,7
Çocuk sahibi olma durumu		
Yok	69	46
Var	81	54
Çalışma durumu		
Hayır	78	52
Evet	72	48
Toplam hane gelir durumu		
İyi	52	34,6
Orta	80	53,3
Kötü	18	12,1
Bakım alan bireyle yakınlık derecesi		
Oğlu	39	26
Kızı	53	35,4
Gelini	14	9,3
Damadı	4	2,7
Eşi	15	10
Torunu	14	9,3
Kardeşi	11	7,3
Total	150	100

Araştırmaya katılan bakım veren bireylerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde çalışmaya katılan 150 bakım veren birey yaş ortalaması 40,0±10,7 (min-max: 38,5(22-68)) olup, %59,3'ü kadın, %40,7'si erkeklerden oluşmaktadır. Bakım veren kişilerin %42,7'sinin medeni durumunun bekâr, %57,3'ünün evli olduğu ve %46'sının hiç çocuğu olmadığı bulundu. Araştırmaya katılan kişilerin %48,7' sinin lise mezunu ve %41,3'ünün sosyal güvencesi olmadığı belirlendi. Bakım veren kişilerin %52'sinin bir işte çalışmadığı ve %53,3'ünün toplam hane gelirinin orta seviyede olduğu, bakım verenlerin %35,4'ünün bakım alan bireyin kızı olduğu bulundu (Tablo 2).

Tablo 3. Bakım Veren Bireylerin Sağlık Durumu ve Bakımdan Kaynaklanan Sorunlarına İlişkin Bulguların Dağılımı (n=150)

Değişkenler	n	%
Sağlığını algılama durumu		
İyi	106	70,7
Orta	42	28
Kötü	2	1,3
Herhangi bir kronik hastalık varlığı		
Hayır	103	68,7
Evet	47	31,3
İlaç kullanımı		
Hayır	101	67,3
Evet	49	32,7
Sigara/alkol kullanımı		
Arttı	59	39,3
Azaldı	3	2
Değişmedi	28	18,7
Kullanmıyorum	60	40
Uyku kalite durumu		
Uyku Kalitem Arttı	8	5,4
Uyku Kalitem Değişmedi	50	33,3
Uyku Kalitem Azaldı	92	61,3
Bakım vermekten kaynaklanan fiziksel sağlık sorunları*		
Yok	48	32
Bel Ağrısı	30	20
Baş Ağrısı	22	14,7
Mide Ağrısı	7	4,7
Yorgunluk	53	35,3
Kas Ağrısı	8	5,3
Kilo Değişimi	8	5,3

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdelere n üzerinden alınmıştır.

Çalışmaya katılan bakım veren bireylerin %70,7'si sağlığını iyi tanımlarken %31,3'ünün kronik bir hastalığı olduğu ve %32,7'sinin düzenli olarak ilaç kullandığı belirlendi. Bakım veren kişilerin %39,3'ünün alkol veya sigara kullanımının arttığı, %61,3'ünün uyku kalitesinin azaldığı görüldü. Bakım veren kişilerin %32'sinin bakımdan kaynaklanan fiziksel sağlık sorunlarının olmadığı, %35,3'ünün yorgunluk yaşadığı bulundu (Tablo 3).

Tablo 4. Bakım Veren Bireylerin Bakımda Eğitim ve Yardım Alma Durumuna İlişkin Bulguların Dağılımı (n=150)

Değişkenler	n	%
Hastanın bakımında yardımcı olan kişi/kişilerin varlığı		
Hayır	48	32

Evet	102	68
Bakımda yaşanan sorunların üstesinden gelme durumu		
Hayır	44	29,3
Evet	106	70,7
Bakım verme ile ilgili danışmanlık/egitim alma durumu		
Hayır	66	44
Evet	84	56
Bakım verme ile ilgili danışmanlık/egitim veren kişi (N=84)		
Hemşire	75	50
Doktor	9	5,9

Çalışmaya katılan bakım veren bireylerin %68'i bakımda yardım aldığı, %70,7'sinin bakımda yaşanan sorunların üstesinden geldiği, %56'sı bakım ile ilgili danışmanlık/egitimin verildiğini ve %50'si eğitimin hemşireler tarafından verildiğini belirtti (Tablo 4).

Tablo 5. Bakım Veren Bireylerin Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBVYÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) ve Bakım Alan Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi(GYA) ve Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi(EGYA) Ölçeklerinin Puan Ortalamalarının Dağılımı

Ölçekler	Ort.	Std. Sapma
ZBVYÖ	56,2	14,7
BDÖ	17,5	10,2
BAÖ	18,2	11,9
GYA	11,3	4,1
EGYA	13,1	5,2

Çalışmaya katılan bakım veren bireylerin Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamaları 56,2, Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları 17,5, Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları 18,2 bulundu. Bakım alan bireylerin, Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi puan ortalamaları 11,3, Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi puan ortalamaları ise 13,1 olarak saptandı (Tablo 5).

Tablo 6. Bakım Veren Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerinin Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı (ZBVYÖ), Beck Depresyon Ölçeğı(BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeğı(BAÖ)’ne Göre Dağılımı (n=150)

Değişkenler	ZBVYÖ		BDÖ		BAÖ	
Bakım verenin cinsiyeti	Ort±S	p	Ort±S	p	Ort±S	p
Kadın	55,3±12,4	0,411	17,4±10,2	0,949	20,1±11,7	0,021
Erkek	57,4±17,6		17,5±10,3		15,5±11,8	
Eğitim durumu						
Lise ve Altı	57±13,7	0,218	17,5±9,6	0,923	20,1±12	0,002
Üniversite	53,7±17		17,3±11,8		13,2±10,4	
Medeni durumu						
Evli	53,6±13,9	0,013	16,7±8,8	0,269	18,7±12,8	0,61
Bekar	59,6±15,1		18,5±11,8		17,6±10,8	
Sosyal güvence varlığı						
Var	52,8±13,7	0,001	17,2±9,9	0,704	16,8±11,6	0,092
Yok	60,8±14,9		17,8±10,7		20,18±12,22	
Çocuk sahibi olma durumu						
Var	55±14,5	0,288	17,5±9,5	0,978	20,3±13	0,021
Yok	57,5±14,9		17,4±11		15,8±10,1	
Çalışma durumu						
Evet	53,7±14,7	0,055	17,1±10,4	0,666	15,3±11,4	0,003
Hayır	58,4±14,4		17,8±10,1		20,9±11,9	

Çalışmaya katılan bakım veren bireylerin cinsiyete göre anksiyete skoru değerlendirildiğinde kadınların erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde anksiyete skorunun daha yüksek olduğu ve anlamlı farklılık olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Eğitim durumu lise ve altı olanların üniversite mezunlarına göre bakım verme yükü, anksiyete ve depresyon düzeyinin fazla olduğu ve anksiyete skorunda istatistiksel olarak anlamlı farklılığın olduğu tespit edildi ($p<0,05$). Medeni durumu bekâr olanların bakım verme yükü ve depresyon skoru evli olanlara göre daha yüksek, evli olanların ise bekâr olanlara göre anksiyete skoru daha yüksek bulundu ve evli olanların bakım verme yükünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0,05$). Sosyal güvencesi olmayan bakım veren bireylerin bakım verme yükü, anksiyete ve depresyon skoru sosyal

güvencesi olan bireylere göre daha fazla bulundu. Sosyal güvencesi olan bireylerin bakım verme yükünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Çocuğu olan bakım veren bireylerin depresyon ve anksiyetesi olmayan bireylere göre daha fazla bulundu ve anksiyete skorunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Çalışmayan kişilerin bakım verme yükü, anksiyete ve depresyon düzeyi çalışanlara göre daha fazla bulundu. Çalışan kişilerin anksiyete skorunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlendi ($p<0,05$) (Tablo 6).

Tablo 7. Bakım Veren Bireylerin Sağlık Durumu ve Bakımdan Kaynaklanan Sorunlarına İlişkin Bulguların Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı(ZBVYÖ), Beck Depresyon Ölçeğı(BDÖ) Ve Beck Anksiyete Ölçeğı(BAÖ)’ne Göre Dağılımı (n=150)

Değişkenler	ZBVYÖ		BDÖ		BAÖ	
	Ort±S	p	Ort±S	p	Ort±S	p
Sağlığı algılama durumu						
Orta ve Kötü	56,1±17,3	0,982	18,3±10,7	0,509	22,3±11,9	0,006
İyi	56,2±13,6		17,1±10		16,5±11,6	
Kronik hastalık varlığı						
Hayır	54,8±14,2	0,092	16,5±10	0,072	15,8±10,7	<0,001
Evet	59,1±15,5		19,7±10,5		23,5±13	
İlaç kullanımı						
Hayır	55±14,2	0,18	17,1±10,5	0,582	16,1±10,9	0,002
Evet	58,5±15,5		18,1±9,7		22,6±12,9	
Sigara/alkol durumu						
Artan	61±15,8	0,002	17,9±11,2	0,48	17±12	0,519
Azalan ve Değişmeyen	50,1±13,8		16,2±10,7		15,1±14,4	
Uyku kalitesi						
Azaldı	57,1±15,1	0,314	17,2±10,3	0,691	18,3±10,9	0,881
Arttı veya değişmedi	54,6±14		17,9±10,2		18±13,5	
Fiziksel sorun varlığı						
Evet	57,7±14,8	0,053	18±10,4	0,329	19,9±12,1	0,01
Hayır	52,8±14		16,3±9,7		14,58±10,91	
Bel Ağrısı						
Hayır	55,43±13,695	0,24	17,92±10,22	0,275	18,68±12,34	0,352
Evet	58,97±18,226		15,63±10,09		16,4±10,163	
Baş Ağrısı						
Hayır	55,29±14,805	0,09	17,41±9,54	0,877	17,34±11,30	0,028
Evet	61,05±13,443		17,77±13,708		23,36±14,35	
Mide Ağrısı						

Hayır	56±14,782	0,618	17,52±10,23	0,756	18,06±12,09	0,449
Evet	58,86±13,957		16,29±10,404		21,57±8,018	
Yorgunluk						
Hayır	54,18±14,138	0,027	16,24±10,128	0,047	15,72±11,401	<0,001
Evet	59,72±15,199		19,7±10,062		22,79±11,646	
Kas Ağrısı						
Hayır	55,91±14,773	0,432	17,11±9,627	0,079	17,96±11,993	0,258
Evet	60,13±13,871		23,63±17,46		22,88±10,562	
Kilo Değişimi						
Hayır	55,77±14,364	0,201	17,63±10,306	0,381	18,04±12,002	0,426
Evet	62,63±20,014		14,38±8,158		21,5±10,967	
Ekonomik Sorun						
Yok	52,29±12,264	<0,001	16,47±9,759	0,153	14,85±10,024	<0,001
Var	61,74±16,221		18,9±10,747		23,13±12,859	
Bakım vermede yaşanan sorunların üstesinden gelebilme						
Hayır	62,4±16,9	0,001	19±11,3	0,242	20,8±13,2	0,095
Evet	53,5±12,9		16,8±9,7		17,2±11,3	

Çalışmaya katılan sağlık durumunu orta ve kötü algılayan bakım veren bireylerin depresyon ve anksiyete skoru sağlık durumunu iyi algılayan bireylere göre daha fazla bulundu ve anksiyete skorunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Kronik hastalığı olan bakım veren bireylerin bakım verme yükü, anksiyete ve depresyonu kronik hastalığı olmayan bakım veren bireylere göre daha fazla bulundu ve kronik hastalığı olmayan kişilerin anksiyete skorunda anlamlı istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). İlaç kullanan bakım veren bireylerin bakım verme yükü, anksiyete ve depresyon skoru ilaç kullanmayan bireylere göre daha fazla bulundu. İlaç kullanmayan bakım veren bireylerin anksiyete skorunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Sigara ve alkol kullanımında artış olan bakım veren aile üyelerinin bakım verme yükü, anksiyete ve depresyon skoru fazla bulundu ve bakım verme yükünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Uyku kalitesi azalan bireylerin bakım verme yükü ve anksiyete skorlarının daha fazla olduğu tespit edildi. Bakımdan kaynaklanan fiziksel sağlık sorunu olan bakım veren bireylerin bakım verme yükü, anksiyete ve depresyon skoru fiziksel sorun yaşamayan bireylere göre daha fazla bulundu ve fiziksel sorunu olan bakım veren bireylerde anksiyete skorunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Bel ağrısı yaşayan bireylerin bakım yükü daha fazla bulundu. Baş ağrısı yaşayan bireylerin bakım verme yükü, anksiyete ve depresyon değeri

daha fazla bulundu, baş ağrısı olmayan bireylerin anksiyete skorunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Yorgunluk ve kas ağrısı yaşayan bakım veren bireylerin bakım verme yükü, anksiyete ve depresyon daha fazla bulundu. Yorgunluk yaşamayan bakım veren bireylerde bakım yükü, anksiyete ve depresyon skorlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Kilo değişimi yaşayan bakım veren bireylerde bakım verme yükü, anksiyete değeri fazla bulundu. Ekonomik sorunu olan bireylerin bakım yükü, anksiyete ve depresyon değeri fazla bulundu. Ekonomik sorun yaşamayan bireylerin bakım yükü ve anksiyete değerlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Bakımdan yaşanan sorunların üstesinden gelemeyen bakım veren bireylerin bakım yükü, anksiyete ve depresyonu sorunların üstesinden gelen bireylere göre fazla bulundu ve bakım verme yüklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlendi ($p<0,05$) (Tablo 7).

Tablo 8. Bakım Veren Bireylerin Hastaya Bakma Nedenlerinin ve Bakımda Eğitim ve Yardım Alma Durumuna İlişkin Bulguların Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği(ZBVYÖ), Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği(BAÖ)’ne Göre Dağılımı (n=150)

Değişkenler	ZBVYÖ		BDÖ		BAÖ	
Bireye bakma nedeni	Ort±S	P	Ort±S	P	Ort±S	P
1.Ailevi Sorumluluk						
Hayır	54,3±13,6	0,154	16,8±10,7	0,441	18,4±12,1	0,853
Evet	57,7±15,5		18,1±9,8		18,1±11,9	
2.Sevdiği için/aile bağı olduğu için						
Hayır	58,1±15,3	0,012	17,9±10,3	0,462	18,5±12,1	0,679
Evet	51,4±11,9		16,5±10,1		17,6±11,7	
3.Bakacak başka kimse olmadığı için						
Hayır	55,5±14,4	0,145	17,6±10,2	0,706	17,5±11,9	0,044
Evet	60,7±16,4		16,6±10,7		23,4±10,9	
4.Huzurevi almadığı için						
Hayır	55,8±14,6	0,087	17,6±10	0,526	18,2±12	0,967
Evet	67,2±14,2		14,6±17		18±11,8	
5.Evde Bakım Hizmetleri Yeterli Olmadığı İçin						
Hayır	56,1±14,9	0,999	17,3±10,2	0,455	18,2±11,9	0,86
Evet	56,1±9,5		20,3±10,8		19±14,6	
Hastanın bakımında yardımcı olan kişi/kişiler						

Hayır	62,8±15,7	<0,001	18,9±11,5	0,225	20,6±13,6	0,096
Evet	53±13,2		16,8±9,5		17,1±11	
Fiziksel destek						
Hayır	56±14,1	0,905	17,5±11,1	0,991	18,5±12,6	0,772
Evet	56,3±15,5		17,5±9,1		17,9±11,2	
Psikolojik destek						
Hayır	56,1±15,1	0,995	18,1±10,4	0,08	19±12,3	0,084
Evet	56,1±13,2		14,3±8,5		14,54±9,373	
Sosyal destek						
Hayır	57,1±14,9	0,028	17,6±10,4	0,586	18,5±12,3	0,459
Evet	49,2±11,6		16,3±8,9		16,3±9,2	
Maddi destek						
Hayır	56,3±14,9	0,571	17,6±10,3	0,554	18,4±12	0,529
Evet	53,3±12,3		15,4±8		15,6±10,8	
Sorumlu olduğu başka işler(ev işleri, çocuk bakımı vb)						
Hayır	57±15,5	0,499	19,2±10,4	0,06	18,5±13,8	0,816
Evet	55,4±14		16±9,9		18±10,3	
Bakımda eğitim verilme durumu						
Hayır	56±15,4	0,896	18,3±10,8	0,372	17,6±12,8	0,551
Evet	56,3±14,3		16,8±9,7		18,7±11,3	

Bakım veren bireyin, bireye bakma nedenine göre yapılan zarit bakım verme yükü, beck depresyon ve beck anksiyete toplam skoru karşılaştırıldığında hastaya bireye aile bağı olduğu için bakanların bakım verme yükü ve depresyon değeri fazla bulundu. Sevdiği için/aile bağı olduğu için sorusuna hayır diyen bakım veren bireylerin bakım verme yükü, depresyon ve anksiyete değeri daha fazla bulundu ve bakım verme yüklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Huzurevi almadığı için bakım verenlerin bakım yükleri fazla bulundu. Evde bakım hizmetleri yeterli olmadığı için bakım verenlerin depresyon ve anksiyetesi daha yüksek bulundu. Bakımda yardım almayan bakım veren bireylerin bakım verme yükleri, depresyon ve anksiyete değerleri fazla bulundu ve bakım verme yüklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Fiziksel, psikolojik, sosyal ve maddi destek almayan bakım veren bireylerin depresyon ve anksiyete değerleri daha yüksek bulundu. Sosyal destek almayan bakım veren bireylerin bakım verme yüklerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Bakımda eğitim almayan bakım veren bireylerin bakım alan bireylere göre depresyon değerleri daha yüksek bulundu (Tablo 8).

Tablo 9. Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği(ZBVYÖ), Beck Depresyon Ölçeği(BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği(BAÖ), Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi(GYA),

Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi(EGYA), Bakım Alan ve Bakım Verenlerin Yaşlarının Korelasyon Dağılımı (n=150)

		ZBVO	Bakım Veren Yaşı	BDÖ	BAÖ	GYA Toplam Puan	EGYA Toplam Puan	Bakım Alan Yaşı
ZBVO	r	1	-0,016	-0,021	,222**	-0,12	-0,096	-0,085
	p		0,845	0,794	0,006	0,145	0,24	0,301
Bakım Veren Yaşı	r	-0,016	1	0,019	,277**	-,162*	-0,044	,366**
	p	0,845		0,818	0,001	0,047	0,592	0
BDÖ	r	-0,021	0,019	1	,266**	0,063	0,036	-0,067
	p	0,794	0,818		0,001	0,443	0,659	0,416
BAÖ	r	,222**	,277**	,266**	1	-0,061	0,008	0,065
	p	0,006	0,001	0,001		0,457	0,92	0,429
GYA Toplam Puan	r	-0,12	-,162*	0,063	-0,061	1	,760**	-0,149
	p	0,145	0,047	0,443	0,457		0	0,069
EGYA Toplam Puan	r	-0,096	-0,044	0,036	0,008	,760**	1	-,192*
	p	0,24	0,592	0,659	0,92	0		0,018
Bakım Alan Yaşı	r	-0,085	,366**	-0,067	0,065	-0,149	-,192*	1
	p	0,301	0	0,416	0,429	0,069	0,018	

r: Korelasyon Katsayısı

Yapılan Spearman Korelasyon analizinde korelasyon katsayıları (r) 0,0-0,19 ‘‘çok zayıf’’, 0,20-0,39 ‘‘zayıf’’, 0,40-0,59 ‘‘orta’’, 0,60-0,79 ‘‘güçlü’’, 0,80-1,00 ‘‘çok güçlü’’ olarak değerlendirilmiştir. Zarit bakım verme yükü ile beck anksiyete skoru değerlendirildiğinde pozitif yönlü, zayıf(r=0,222) anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi(p<0,05). Bakım verenlerin yaşı ile beck anksiyete skoru değerlendirildiğinde pozitif yönlü, zayıf(r=0,277) anlamlı bir ilişki olduğu bulundu(p<0,05). Beck depresyon skoru ile beck anksiyete skoru değerlendirildiğinde pozitif yönlü, zayıf(r=0,266) anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi(p<0,05). Günlük Yaşam Aktiviteleri indeksi ile bakım verenlerin yaşı değerlendirildiğinde negatif yönlü, çok zayıf(r=0,162) anlamlı bir ilişki olduğu bulundu(p<0,05). Bakım alanların yaşı ile Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri indeksi değerlendirildiğinde negatif yönlü, çok zayıf(r=0,192) anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi(p<0,05). (Tablo 9).

Tablo 10. Katz’ın Günlük Yaşam Aktiviteleri indeksi (GYA) ve Lawton ve Brody’ nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EGYA)’ne Göre Bakım

Verme Yüğü Ölçeği, Beck Depresyon (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)'nin Puan Ortalamaları Karşılaştırılması (n=150)

GYA Grup		ZBYYÖ	BDÖ	BAÖ
Bağımlı	n (%)	28 (18,6)	28 (18,6)	28 (18,6)
	Ort±Std Sapma	57,6±14,6	16,7±8,7	20,4±11,9
Yarı Bağımlı	n (%)	68 (45,3)	68 (45,3)	68 (45,3)
	Ort±Std Sapma	57,8±13,7	17,9±10,1	18,3±11,4
Bağımsız	n (%)	54 (36)	54 (36)	54 (36)
	Ort±Std Sapma	53,2±15,8	17,4±11,2	17,0±12,7
EGYA Grup		ZBYYÖ	BDÖ	BAÖ
Bağımlı	n (%)	28 (18,6)	28 (18,6)	28 (18,6)
	Ort±Std Sapma	57,5±14,8	16,7±9,1	17,7±11
Yarı Bağımlı	n (%)	78 (52)	78 (52)	78 (52)
	Ort±Std Sapma	56,4±14,2	17,5±9,9	18,3±11,4
Bağımsız	n (%)	44 (29,3)	44 (29,3)	44 (29,3)
	Ort±Std Sapma	54,7±15,8	17,9±11,5	18,5±13,6

Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir. Tablo 9' da bakım alan bağımlı kişiler ve bakım veren kişilerin bakım verme yüğü, beck depresyon ve beck anksiyete toplam puanı karşılaştırıldığında n=28 kişi bulundu. Yarı bağımlı kişilerin sayısı n=68, bağımsız kişi sayısı ise n=54 bulundu. Bağımlı gruba bakan kişilere bakım verenlerin bakım verme yüğü ortalaması 57,6'dır. Bakım verenlerin beck depresyon toplam skoru 16,7'dir. Yarı bağımlı gruba bakan bakım verenlerin beck anksiyete toplam skoru 18,3, bakım verme yüğü ortalaması 57,8'dir. Bağımsız gruba bakan bakım verenlerin bakım verme yüğü ortalaması ise 53,2 olarak bulundu. Lawton ve Brody'nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri indeksi (EGYA)'da 0-8 puan bağımlı, 9-16 puan yarı bağımlı, 17-24 puan bağımsız olarak değerlendirilmektedir. EGYA indeksine göre bakım alan bağımlı kişiler ve bakım veren kişilerin bakım verme yüğü, beck depresyon toplam puanı, beck anksiyete toplam puanı n=28 kişi bulundu. Yarı bağımlı kişilerin sayısı n=78, bağımsız kişi sayısı ise n=44 bulundu. Bakım alan bağımlı gruba bakım verenlerin beck depresyon toplam skoru 16,7 bakım verme yüğü ortalaması 57,5 bulundu. Yarı bağımlı gruba bakım verenlerin bakım verme yüğü ortalaması 56,4, bağımsız gruba bakım verenlerin bakım yüğü ortalaması ise 54,7 bulundu (Tablo 10).

5. TARTIŞMA

Bu araştırmada inmeli hastalara bakım verenlerin bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışma sonucunda elde edilen bulgular ilgili literatürler ile birlikte tartışılmış ve yorumlanmıştır.

Bu çalışma sonuçlarına göre; bakım veren kişiler içinde cinsiyeti kadın olanların, eğitim durumu lise ve altı olanların, çocuğu olanların, çalışanların, sağlık durumu orta ve kötü olanların anksiyete düzeyleri, medeni durumu evli olanların, sosyal güvencesi olanların, sigara/alkol kullanımı artanların, bakımda yaşadığı sorunların üstesinden gelemeyenlerin bakım yükü istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulundu. Bakım veren kişilerde hafif düzeyde depresyon belirtilerine rastlandı. Bu bağlamda bakım veren kişilerin bakım yükü ve anksiyete düzeyleri arasında, depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulundu.

Çalışmaya katılan inmeli bireylerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular Tablo 1’de verilmiştir. Yaş ortalaması $64,4 \pm 11,1$, olan bakım alan bireyler cinsiyete göre değerlendirildiğinde büyük çoğunluğunun kadın, medeni duruma göre değerlendirildiğinde çoğunun evli olduğu bulundu. İlgili literatür incelendiğinde kadınların ve evli olan bakım alan hastaların daha yüksek olduğu bulunmuş olup bu çalışma sonucuyla benzerlik göstermektedir (79,80). Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013 raporuna göre kadınlarda inme sıklığının erkeklere göre daha yüksek olduğu, TÜİK 2018 ölüm nedenleri istatistiklerinde inmeye bağlı ölümlerin kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur (18,81). Kadınların menopoz sonrasında inme insidansının erkeklerden daha fazla olduğu belirlenmiştir. İleri yaşlarda ve menopoz sonrasında kadınlarda inme prognozu daha kötü seyretmektedir (43). Gebelik, postmenopozal dönem ve oral kontraseptif kullanımının, inme riskini arttırdığı belirtilmektedir (31). Bu veriler ışığında kadın olan bireylerin inme tanısı daha çok aldıkları ve bu çalışmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun kadın olmasının bu nedenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bakım alan bireylerin büyük çoğunluğunun eğitim seviyesi ilkokul ve altı bulundu. Akdemir (2011)’in yaptığı çalışmada bakım alan hastaların çoğunluğunun

ilköğretim mezunu olduğu bildirilmiştir (82). TÜİK 2017 verilerinde 65 yaş ve üzeri nüfusun %44,5'inin ilkokul mezunu olduğu belirlenmiştir (83). Bu çalışmanın sonucu literatür ile benzerlik göstermektedir ve Türkiye nüfusuna uygun olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan hastaların çoğunluğunun yaşlı bireylerden oluştuğu düşünüldüğünde eğitim seviyelerinin ilköğretim ve altı düzeyinde olması beklenen bir durumdur.

Çalışmaya katılan hastaların mevcut duruma ek sağlık sorunlarına bakıldığında büyük çoğunluğunun inme dışında ek bir kronik hastalığı olduğu ve bu kronik hastalıklardan hipertansiyonun daha fazla olduğu tespit edildi. Yapılan çalışmalara bakıldığında Karaman ve ark. (2015)'nin yapmış oldukları çalışmada inmeli hastaların %81,7'sinin hipertansiyonu olduğu (52), Akosile ve ark. (2018)'nin çalışmalarında da hastaların çoğunda hipertansiyon tanısının olduğu tespit edilmiştir (84). Bu çalışmanın sonuçları, literatür ile uyumlu olup, inmeli hastaların çoğunluğu bir kronik hastalığa sahiptir. Kan basıncı artışı ile birlikte inme riski de artmaktadır (21,23,52). Hipertansiyon, inmenin en önemli değiştirilebilir risk faktörleri arasındadır (26,85). İnmenin önlenmesinde hipertansiyon tedavisi oldukça önemlidir. Kronik hastalık varlığı inmeye neden olmakla kalmayıp hastanın prognozunu ve günlük yaşam aktivitelerini de olumsuz yönde etkiler. Kronik hastalıkların iyileştirilmesi inmenin önlenmesinde önemli olduğu kadar inme sonrasındaki prognozu iyileştirmek için de önemlidir.

Çalışmaya katılan bakım veren bireylerin sosyodemografik özelliklerine ait bulgular Tablo 2’de verilmiştir. Çalışmaya katılan inme tanısı konmuş bireylere bakım verenler cinsiyet durumuna göre değerlendirildiğinde, bakım veren kişilerin büyük çoğunluğu kadındır. Literatürler incelendiğinde kadınların bakım vermede daha fazla yer aldıkları görülmektedir (86,87,88,89). Bu sonuç doğrultusunda kadınların, uzun yıllardan beri bakım verici rolünü üstlendikleri görülmektedir. Toplumda cinsiyet kavramı, kadın ve erkeklerde cinsiyete bağlı farklı rollerin oluşmasına yol açmıştır. Bakıma muhtaç olan bireye yakınlık derecesi bakım sorumluluğunu etkilemektedir. Bakım verme işleminde genellikle kadınların uygun görülmesinin en önemli nedeninin; toplumlar tarafından ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların, kadının doğal işi olarak görülmesi olabilir.

Çalışmaya katılan bakım veren bireylerin yaş ortalaması $40 \pm 10,7$ (min:22-max:68), büyük çoğunluğunun evli ve çocuğu olduğu ve eğitim seviyelerinin lise ve altı düzeyinde olduğu bulundu. İnmeli hastaların bakımını üstlenen yakınlarının büyük çoğunluğunun bakım alan bireylerin çocukları olduğu bulundu. Literatürler incelendiğinde ülkemizde yapılan çalışmalarda bakım veren bireylerin yaş ortalaması 36-50 arasında değişmektedir. Portekiz, İsviçre ve Japonya’da yapılan çalışmalarda bakım veren aile bireylerinin yaş ortalaması 60-66 arasında bulunmuştur. Yapılan diğer araştırmalarda bakım verenlerin çoğunun evli ve düşük eğitim seviyesine sahip oldukları görülmüştür (86,90,91,92,93,94). Cheng ve ark (2018), McCurley ve ark (2018) ve Taghinejad ve ark (2018) yaptıkları çalışmalarda ise bakım alan hastaların çocuklarının bakım verici rolü üstlendikleri görülmüştür (95,96,97). Araştırma sonucunda bakım verenlerin yaş ortalamaları ve eğitim düzeyleri literatür ile benzerlik göstermektedir. Türk toplumunun geleneksel aile yapısı göz önünde bulundurulduğunda bakım alan bireylerin genellikle çocuklarının bakım verici rolü üstlenmeleri ve birinci derece yakın aile üyeleri tarafından bakılması, bakım verici rolünü daha çok kadınların üstlenmesi ile ilgili olabileceği ve bakım veren kişilerin çoğunun eğitim düzeyinin düşük olması bakım verme görevini üstlenmelerine neden olduğu düşünülmektedir.

Bakım alan bireylerin çoğunluğu çalışmadığını ve gelir durumlarının orta ve kötü olduğunu belirttiler. Şirzai ve ark (2015)'nin yaptıkları çalışmada benzer şekilde inmeli hastaların bakım verenlerin yarısından fazlasının çalışmadığı tespit edilmiştir ve bazı hasta yakınları hastalara bakım vermekten dolayı işi bıraktıkları bulunmuştur (8). Bakım alan kişilerin zamanının büyük çoğunluğu hasta bireye bakmakla geçtiğinden dolayı çalıştıkları işi bırakabilmekte, gelir durumlarının kötü olması ile hasta bakımına ilişkin finansal destek ihtiyaçları artmakta ve ailede ekonomik güçlük yaşanabilmektedir.

Çalışmaya katılan bakım veren bireylerin sağlık durumu ve bakımdan kaynaklanan sorunlarına ilişkin bulgular Tablo 3'de verilmiştir. Bakım veren kişilerin büyük çoğunluğunun sağlığını iyi algıladıkları, kronik bir hastalıklarının olmadığı ve ilaç kullanmadıkları bulundu. Çalışmaya katılan bakım veren kişilerin büyük çoğunluğu sigara/alkol kullanımında artış olduğu, bakım vermeden kaynaklı uyku kalitelerinin azaldığını, fiziksel sağlık sorunu ve yorgunluk yaşadıklarını belirttiler. Gürol ve ark (2014) ve Alpteker (2008)'in yaptığı çalışmalar incelendiğinde bakım veren kişilerin sigara içtikleri, uyku düzenlerinin kötü olduğu, hastaya bakım verenlerin fiziksel sağlığının olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir (98,99). Bu çalışma literatür ile uyum göstermektedir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda bakım veren bireylerin hastaya uzun süre bakım vermeleri, kendilerine zaman ayıramamaları, fiziksel sağlık sorunlarının, uyku düzensizliğinin, yorgunluğun oluşmasına sebep olduğu düşünülmekte ve bakım vermede karşılaştıkları zorluklardan dolayı sigara/alkolü baş etme yöntemi olarak kullandıkları düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan bakım veren bireylerin bakımda eğitim ve yardım almalarına ilişkin bulgular Tablo 4'de verilmiştir. Bakım veren bireylerin %68'i bakım sürecinde başka kişilerden yardım aldıklarını, %70,7'si bakım vermede yaşanan sorunların üstesinden gelebildiklerini belirttiler. Or'un (2013) yaptığı araştırmada bakım veren bireylerin %62,8'i yakın çevresinden destek aldıklarını belirtmiştir (100). Bu çalışma Or'un yaptığı araştırmayla benzerlik göstermektedir. Bakım veren bireyler hastaya fiziksel, sosyal, psikolojik gibi birçok yönde tek başlarına bakım verdikleri için zorlanırlar ve yardım gereksinimi duyarlar. Bakım veren bireylerin çalışıyor olmaları da bakım sürecinde yardım gereksinimlerinin artmasına sebep olur. Yardım alan bireyler bakım verme de yaşanan sorunların üstesinden gelmekte zorlanmayabilirler.

Çalışmaya katılan bakım veren bireyler %56'sı yaşlı bakımında eğitim aldığını ve bu eğitimin %50'sinin hemşire tarafından verildiğini belirttiler. Brezilya'da Gratao ve ark (2013)'nin bağımlı olan yaşlılara bakım veren kişiler üzerine yaptıkları bir çalışmada bakım veren kişilerin %92,7'sinin bakım ile ilgili bilgi sahibi olduğu belirtilmiş (101). Cingil ve ark'ları (2015)'nin yaptıkları araştırmada ise yaşlılara bakım veren ev kadınlarının yaşlı bakım bilgi düzeyi düşük çıkmıştır (102). Çalışma sonucunda bakım verenlerin büyük çoğunluğuna hemşirelerin bakım verdiği bulundu. Bu sonuç hemşirelerin eğitimde önemli olduğunu ve bu oranın yükseltilmesi için hemşirelerin hasta ve ailesine taburculuk sonrası bakım konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetlerinde daha fazla yer alması gerektiğini düşünebiliriz.

Çalışmaya katılan bakım veren bireylerin bakım verme yükü, beck depresyon, beck anksiyete, GYA ve EGYA toplam ölçek puan ortalamaları Tablo 5'de verilmiştir. Bakım veren bireylerin toplam puan ortalamaları $56,2 \pm 14,7$ olarak saptandı. Bakım veren bireylerin yüksek düzeyde bakım yükü yaşadığı bulundu. Literatüre bakıldığında benzer çalışmalara rastlanmaktadır (103). Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ile yapılan diğer çalışmalara bakıldığında; Mollaoğlu ve Ark. (2011) yaptığı çalışmada bakım yükü ortalaması $33,02 \pm 15,92$ (43), Ödemiş'in (2018) yaptığı çalışmada bakım yükü ortalaması $28 \pm 12,75$ (68), Selçuk ve Ark. (2016) ve Dağdeviren (2017)'in yaptıkları çalışmada bakım verenlerin bakım yükü yüksek düzeyde bulunmuştur (4,50). Çalışma sonucu literatür ile benzer özellik göstermektedir. İnme tüm vücudu etkilemekle birlikte, günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirememe, emosyonel problemler, algılama yetersizlikleri, konuşma bozuklukları gibi birçok soruna neden olmakta ve çok kapsamlı bir bakım gerektirmektedir (41). Bu sebeple inmeli hastaya bakım veren kişilerin bakım yükünün fazla olması beklenen bir bulgudur.

Çalışmaya katılan bakım veren bireylerin beck depresyon toplam puan ortalamaları $17,5 \pm 10,2$, beck anksiyete toplam puan ortalamaları $18,2 \pm 11,9$ bulundu. Karahan ve ark (2014) yapmış olduğu çalışmada; Beck Depresyon Envanteri ile ölçülen sonuçlara göre, ortalama $17,6 \pm 3,9$ (Hafif- orta düzeyde depresyon), Beck Anksiyete Envanteri ile ölçülen sonuçlara göre ise $11,4 \pm 3,0$ (Hafif düzeyde anksiyete) olarak bulunmuştur (44). Oğul ve ark (2013), Ödemiş (2018)'in çalışmalarında kronik hastalığı olan yaşlılara bakım verenlerde depresyon ve anksiyete düzeyinin yüksek olduğu ve bu oranın bakım verenlerin yaşam kalitelerini olumsuz etkilediği bulunmuştur (12,68).

Çalışma sonunda elde edilen bulgular literatürle benzerlik göstermektedir. Bakım veren bireylerin yaşadığı güçlükler anksiyete ve depresyon düzeylerinde de artışa sebep olabilmektedir.

Çalışmaya katılan bakım alan bireylerin GYA ortalama toplam puanları $11,3 \pm 4,1$, EGYA toplam puan ortalamaları $13,1 \pm 5,2$ bulundu. Selçuk ve ark (2016)'nın yapmış olduğu Katz GYA indeksine göre yaşlıların %21.9'unun tam bağımlı olduğu saptanmıştır (4). Şahin ve ark (2016)'nın yaptıkları çalışmada yaşlılardaki bağımlılık puanları Barthel İndeksine göre 79.64 ± 16.92 (orta derecede bağımlı), Lawton ve Brody EGYA'ya göre 14.79 ± 4.56 (yarı bağımlı) bulunmuştur (104). Çalışma sonucunda elde edilen bulgular literatür ile benzerlik göstermektedir (98,105). İnme geçiren bireylerde inme sonrasında en sık görülen belirtiler; vücudun bir tarafında görülen kol, bacak ve yüzde oluşan ani güçsüzlük ve uyuşmadır (13). Hasta bireyler bu belirtiler sonrasında kendi günlük ve enstrümental yaşam aktivitelerini yapmakta zorlanırlar, yarı bağımlı veya bağımlı hale gelmeleri beklenen bir durumdur.

Bakım veren bireylerin sosyodemografik özelliklerinin bakım verme yükü, beck depresyon ve beck anksiyete ölçeklerine göre dağılımı Tablo 6'da verilmiştir. Bakım veren bireylerin cinsiyet, eğitim durumu, çocuk sahibi olma, çalışma durumu ile bakım yükü ve depresyon ile ilişkili istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi. Literatüre bakıldığında da bu çalışma ile benzer sonuçlar elde edilmiştir (43,106). Bakım veren kadınların anksiyete ortalama puanı erkeklere göre yüksek bulundu ve istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlendi ($p < 0,05$). Büyükbayram (2014) tarafından yapılan bir çalışmada bakım veren kadınların, bakım veren erkeklere oranla daha fazla anksiyete yaşadıkları tespit edilmiştir (107). Bekdemir (2014) tarafından yapılan bir diğer araştırmada bakım veren kadınların erkeklere göre anksiyete, depresyon ve olumsuz yaşam değişikliklerine daha yatkın olduğu görülmüştür (108). Çalışma sonucu literatürle benzerlik göstermektedir. Primer bakım veren kişilerin çoğunluğunun kadın olması ve diğer rol ve sorumlulukları aynı anda yerine getirmeye çalışmaları anksiyete düzeylerinde artışa sebep olmuş olabilir.

Bakım veren, eğitim durumu lise ve altı olan bireylerin bakım yükü, depresyon ve anksiyete ortalama puanı üniversite mezunlarına göre daha yüksek bulundu ve anksiyete ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlendi ($p < 0,05$). Elde edilen sonuç literatür ile benzerlik göstermektedir (109,110). Düşük eğitim düzeyi hastalıkla ilgili bilgi

düzeyinin düşük olmasına neden olmakta ve bakım veren kişilerin bakım becerisini olumsuz etkilemekte, anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olmasına sebep olmaktadır. Eğitim düzeyinin yükselmesi, bireylerin bilgiyi anlamlandırma, bilgiye ulaşabilme ve bilgiyi uygulama yönünden daha etkili oldukları ve bakımın daha bilinçli bir şekilde yürütülmesini sağlayabilir.

Bakım veren bireylerin medeni durumu bakım verme yükü ölçeği, beck depresyon ve beck anksiyete ölçeklerine göre karşılaştırıldığında bekâr olanların bakım yükü ve depresyon puan ortalamaları evlilere göre daha yüksek bulundu ve evli olan bireylerin bakım yükünde, çocuğu olan bireylerin anksiyetesinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Işık (2013) yaptığı bir çalışmada evli olan bakım veren bireylerin bekâr olanlara göre bakım yükünün daha fazla olduğunu bulmuştur (111). Literatürde çalışmanın aksine Demircioğlu (2017) ve Koçak (2011)' in çalışmalarında inmeli bireylere bakım verenlerde medeni durumun ve çocuk sahibi olmanın bakım yüküne etkisinin olmadığı çalışmalar da yer almaktadır (57,112). Evli ve çocuğu olan bakım veren bireylerin bekârlara göre normal yaşamda iş, ev işi, çocuk bakımı vs. gibi daha çok sorumluluklarının olmasından dolayı bakım yükü ve beraberinde anksiyete, depresyon yaşadıkları düşünülmektedir.

Bakım veren sosyal güvencesi olmayan ve çalışmayan bireylerin bakım yükü, anksiyete ve depresyon puan ortalamaları sosyal güvencesi olan ve çalışan bireylere göre daha fazla bulundu. Sosyal güvencesi olan bireylerin bakım yükünde, çalışan bireylerin anksiyete ölçeğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Yıldırım ve ark (2013)'nin çalışmalarında sosyal güvencesi olmayan, çalışmayan bakım verenlerin bakım yükünün daha fazla olduğu tespit edilmiştir (11). Park ve ark (2013) tarafından yapılan bir çalışmada çalışmayan bakım verenlerin yaşam kalitelerinin düşerek daha fazla bakım yükü, anksiyete, depresyon yaşadıkları belirlenmiştir (113). Chiao ve ark (2015) ve Mashayekhi ve ark (2015)'nin çalışmalarında düşük geliri olan bakım verenlerin daha fazla yüke maruz kaldığı belirtilmiştir (114,115). Sosyal güvencesi olmayan ve çalışmayan bakım veren bireylerin hem hasta ile geçirdiği zamanın fazla olması hem de çalışmadıklarından dolayı maddi sıkıntı yaşayabileceklerinden dolayı bakım yükü anksiyete ve depresyon yaşadıkları düşünülmektedir.

Bakım veren bireylerin sağlık durumu ve bakımdan kaynaklanan sorunlara ilişkin bulguların bakım verme yükü ölçeği, beck depresyon ölçeği ve beck anksiyete ölçeğine

göre dağılımı Tablo 7’de verilmiştir. Sağlığını orta ve kötü algılayan bakım verenlerin depresyon ve anksiyete puan ortalamaları sağlığını iyi algılayan bireylerden daha yüksek bulundu ve anksiyetelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Kronik hastalığı olan ve ilaç kullanan bakım veren bireylerin hastalığı olmayan ve ilaç kullanmayan bakım veren bireylere göre bakım yükü, anksiyete ve depresyon puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Kronik hastalığı olmayan ve ilaç kullanmayan bakım veren bireylerin ise anksiyetelerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Literatür incelendiğinde sağlık sorunu olan bakım veren bireylerde anksiyete ve depresyon bulgularında artış saptanmıştır (116). Herhangi bir sağlık sorunu olan bakım veren bireylerin günlük yaşam dengeleri bozulur, işleri aksayabilir, dengeleri sarsılabilir, bu durum onlarda ruhsal çöküntüye sebep olabilir. Kullandıkları ilaçlara bağlı da anksiyete ve depresyon görülebilir. Çalışmamızda bakım verenlerin sağlık sorunları ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Bakım verenlerin algılanan sağlık durumu veya kronik hastalığının olmasına göre bakım yükü anlamlı olarak etkilenmemiş olsa da ruhsal durumunun etkilendiği görülmüştür. Bu durum bakım veren bireyin bakım verme sürecinde yaşadığı kaygı ve üzüntüden kaynaklanıyor olabilir.

Bakım verme sürecinde sigara ve alkol kullanımında artış olan bireylerin bakım yükü, anksiyete ve depresyon puan ortalamaları yüksek bulundu ve bakım yüklerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Literatürde sigara ve alkol içme durumu ile bakım yükü arasında anlamlı ilişkiler tespit eden çalışmalar mevcuttur (99,117,118). Bakım veren bireyler sigara ve alkolü bakım vermekten kaynaklı oluşan duygusal yüklerle baş etme şekli olarak görüyor olabilirler.

Bakım vermeden kaynaklı uyku kalitesi azalanların, fiziksel sağlık sorunları (bel ağrısı, baş ağrısı, mide ağrısı, yorgunluk, kas ağrısı, kilo değişimi) yaşayanların bakım yükü ve anksiyete puan ortalamaları yüksek bulundu. Fiziksel sağlık sorunu yaşayan bakım veren bireylerin anksiyetesinde anlamlı bir farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Literatüre bakıldığında inme hastalarına bakım verenlerde negatif yönde fiziksel (yorgunluk bel, baş, mide ağrısı, enerji kaybı), emosyonel (korku, suçluluk, şok, anksiyete) gibi belirtilerin giderek artan bir problem olduğu belirtilmiştir (119,120,121,122). Literatürde ve çalışmamızda bakım vermenin bakım verenler üzerinde oluşturduğu fiziksel sağlık sorunları görülmektedir, bunun sebebi bakım veren bireylerin kronik hastalıklara sahip

olmaları, bakım alan bireyle tüm gün vakit geçiriyor olmaları, bakımda yardım almamalarından kaynaklanıyor olabilir.

Bakım veren bireylerin bakım vermekten kaynaklı ekonomik sorun yaşayanların bakım yükü, depresyon ve anksiyete puan ortalamaları yüksek bulundu. Ekonomik sorun yaşamayan kişilerin ise bakım yükü ve anksiyete düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Brinda ve ark'ları (2014) bakım verenlerle ilgili yaptığı çalışmada bakım verenlerin büyük çoğunluğunun ekonomik sıkıntılar yaşadığını (123), Ünver ve ark.'ları (2016) bakım veren aile üyelerinin ekonomik durumunun kötü etkilendiğini (91), Aşiret ve Kapucu (2013) bakım verenlerin gelirinin giderlerini karşılayamadığını belirtmiştir (51). Bakım verenlerin işten ayrılmaları veya çalışma saatlerinin değişmesi, ülkemizde devlet tarafından sağlanan sosyal desteğin az miktarda veya dar kapsamlı olması yaşanan ekonomik sorunların artmasında beklenen bir sonuçtur.

Bakım vermede yaşanan sorunların üstesinden gelemeyen bakım veren bireylerin bakım yükü, anksiyete ve depresyon puan ortalamaları sorunların üstesinden gelen bireylere göre daha yüksek bulundu. Sorunların üstesinden gelemeyen bireylerin bakım yükünde istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Brinda ve ark (2014) çalışmasında bakım vermenin ortaya çıkardığı gereksinimlerin, bakım veren bireyler için stres kaynağı oluşturduğu ve bu durumun bakım veren bireyin sağlığını etkilediği ve sağlık sorunu gelişenlerin gelişmeyenlere göre bakım verme yüklerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (124). Yaşanılan sorunların üstesinden gelemeyen bakım veren bireyler fiziksel ve psikolojik olarak zorlanırlar. Zorlandıkları için yükü daha fazla algılayıp, depresyon ve anksiyete yaşıyor olabilirler. Bu yüzden bakım yükü depresyon ve anksiyetenin yüksek çıkması normal olarak düşünülmektedir. Sonuçlar doğrultusunda bakım veren bireylerde, sağlık sorunlarının, bakım yükü, anksiyete ve depresyonun önlenmesi için; stresle etkili baş etme yöntemlerinin öğretilmesi, sosyal destek kaynaklarının harekete geçirilmesi ve evde bakım hizmetleri kapsamında profesyonel sağlık çalışanlarından destekleyici ve sürekli yardım alınmasının bakım veren bireyler için önemli olduğu söylenebilir.

Bakım veren bireylerin hastaya bakma nedenlerinin ve bakımda eğitim ve yardım alma durumuna ilişkin bulguların ölçeklere göre dağılımı Tablo 8'de verilmiştir. Bireye bakma nedeni 'ailevi sorumluluk' sorusuna evet diyen bakım veren bireylerin bakım yükü ve depresyon puan ortalamaları hayır diyen bireylere göre daha yüksek bulundu fakat

istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p<0,05$). ‘Sevdiği/aile bağı olduğu için’ sorusuna hayır diyenlerin bakım yükü, anksiyete ve depresyon ortalama puanları evet diyenlere göre daha yüksek bulundu ve bakım yükünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). ‘Bakacak başka kimse olmadığı için’ sorusuna hayır diyenlerin anksiyete düzeyinde anlamlı bir farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). ‘Huzurevi almadığı için’ sorusuna evet diyenlerin bakım yükü, ‘Evde bakım hizmetleri yeterli olmadığı için’ sorusuna evet diyenlerin depresyon ve anksiyete puan ortalamaları daha yüksek bulundu. Literatür incelendiğinde inmeli hastalara bakma nedenlerine yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamış ve başka çalışmalar ile karşılaştırılamamıştır. Elde edilen sonuçların literatüre katkısı olduğu düşünülmektedir. Bakım veren bireyi sevmeyenlerin bakım verenlerin bakım yükünün yüksek olduğu görülmüştür. Bakım verme hastalarla karşılıklı sevgi, saygı, hoşgörü çerçevesinde yürütülmesi ve bakım vermenin zorunlu bir iş olarak görülmemesi hem bakım alan hem bakım veren bireyin bu süreci daha iyi geçirebilecekleri düşünülmektedir. Evde bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması, bakım veren bireyin ihtiyaçları doğrultusunda programlar yapılması bakım veren ve bakım alan bireyler için olumlu katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Hastanın bakımında yardım almayan bakım veren bireylerin bakım yükü, anksiyete ve depresyon puan ortalamaları, yardım alan bireylere göre daha yüksek bulundu ve yardım almayan bireylerin bakım yükünde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Psikolojik, sosyal ve maddi destek almayan bireylerin anksiyete ve depresyon puan ortalamaları alan bireylere göre daha yüksek bulundu. Sosyal destek almayan bireylerin bakım yükünde alanlara göre istatistiksel olarak yüksek ve anlamlı bir farklılık gözlemlendi ($p<0,05$). Bakım konusunda eğitim verilmeyen bakım veren bireylerin depresyon puan ortalamaları, eğitim verilen bireylerin ise bakım yükü ve anksiyete puan ortalamaları daha yüksek bulundu fakat istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmedi ($p>0,05$). Or’un (2013) çalışmasında bakım veren bireylerin %62,8’i yakın çevresinden destek aldıklarını belirtmiştir (100). Literatürde bakım vermede alınan destek ile bakım yükü arasında ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, destek alan bireylerin bakım yükünün istatistiksel olarak daha az olduğu tespit edilmiştir (125,126). Akosile ve ark (2018) çalışmasında bakım verenlerin yaklaşık beşte birinin sosyal desteği düşük olarak değerlendirilmiştir (127). Candy ve ark (2011) çalışmasında bakım konusunda eğitim verilen bireylerde bakım yükü, depresyon ve stresin azaldığı, bakım memnuniyetinin arttığı bildirilmiştir (128). Avcı ve ark (2016) yaptıkları sistematik

derlemede taburculuk sonrası inme hastalarına bakım veren aile üyelerinin bakım verme yeterliliğinin ve sorunlarla başetme becerilerinin geliştirilebilmesi için eğitimle desteklenmelerinin önemi vurgulanmıştır (60). Yapılan çalışmaların aksine bu çalışmanın sonucunda bakım konusunda eğitim alan bireylerin bakım yükü ve anksiyetelerinin daha yüksek olması, bakım veren bireylerin hastalık ve bakım verme konusunda bilinçlenip korkmalarından kaynaklanıyor olabilir. Bakım verme, bireyin tek başına yürütmesi ve yönetmesinin kolay olmadığı, yardıma ve sosyal desteğe ihtiyaç duyduğu bir süreçtir (49). Bu yüzden bakım veren bireylerin taburculuk sonrası evde bakım sürecinde yardım almaları gerekmektedir. Yardım almayan bakım verenlerin zamanının çoğunu evde geçirmesi sosyal yaşamlarından uzaklaşmalarına, bakım veren bireyde hem fiziksel hem psikolojik sorunlar gelişmesine yol açarak bakım yüklerinin artmasına neden olabilir.

Bakım verme yükü ölçeği, beck depresyon, beck anksiyete ölçeği, GYA, EGYA, bakım alan ve bakım verenlerin yaşlarının korelasyon dağılımı Tablo 9’da verilmiştir. Bakım verme yükü ölçeği ile beck anksiyete ölçeği arasında pozitif yönde, zayıf kuvvette istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, bakım yükünün arttıkça anksiyetenin de arttığı gözlemlendi. Özyeşil ve ark (2014) yaptıkları çalışmada bakım yükü ve anksiyete arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur (6). Çalışma sonucu literatürle benzerlik göstermektedir. Bakım verme, bakım verenin psikolojik sağlığını ve iyilik düzeyini olumsuz etkileyerek anksiyete düzeyinde artışa sebep olduğu düşünülmektedir.

Bakım verenlerin yaşı ile beck anksiyete ölçeği arasında pozitif yönlü, zayıf, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu, bakım verenin yaşı arttıkça anksiyete düzeyinde arttığı tespit edildi. Özsoy (2013)’un çalışmasında 41-60 yaş grubunda olan bakım verenlerin 21-40 yaş grubu bakım verenlere göre 3 kat daha fazla anksiyete yaşadıklarını bildirmiştir (129). Artan yaşla birlikte bakım verenlerin kendi sağlık bakımına yeteri kadar zaman ayıramamaları, bakım vermenin zorlaşması ve geleceğe yönelik belirsizlik yaşamaları nedeniyle anksiyete düzeyinin artmasına sebep olabileceği düşünülmektedir.

Bakım verenlerin yaşı ile bakım verme yükü ölçeği arasında negatif yönde, çok zayıf kuvvette, istatistiksel olarak anlamlı olmayan, bakım verenlerin yaşının azalmasıyla bakım verme yükünün arttığı bir ilişki tespit edildi. Literatürde genç bakım verenlerin yaşlı bakım verenlere göre daha fazla yük yaşadığı belirtilmiştir (92,130). Bu çalışma

sonucu literatür ile paralellik gösterirken bazı çalışmalarda yaş arttıkça bakım yükünün de arttığı belirtilmiştir (131,132). Genç yaş grubunun ileri yaş gruplarına oranla bakım yükünün daha fazla görülmesinin nedeni gençlerin bakım verme işinde daha tecrübesiz olması veya günlük yaşamda daha fazla sorumluluklarının bulunmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bakım alan bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (GYA) ile bakım veren bireylerin bakım yükü arasında negatif, çok güçlü, istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki tespit edildi. Bakım alan bireylerin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EGYA) ile bakım veren bireylerin bakım yükü arasında negatif, çok zayıf, istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki tespit edildi. Benzer şekilde Sadler ve ark (2017) ve Unver ve ark (2016) çalışmalarında günlük yaşam aktivitelerinin sürdürülmesinde başkasına bağımlı hastaya bakım veren bireylerin bakım yükünü daha fazla algıladıkları belirtilmektedir (41,91). Bakım alan bireylerin GYA ve EGYA ölçek puanları azaldıkça ihtiyaçlarını gerçekleştirmede daha bağımlı hale gelirler. Bağımlı olan hastaya bakan bakım veren bireylerde, bakım verme işi daha zorlu bir hale gelir ve bu durumun bakım yüklerinde artışa sebep olduğu düşünülmektedir.

Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri indeksi (GYA) ve Lawton ve Brody' nin Enstrümental Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi (EGYA)' nin ölçeklere göre puan ortalamaları karşılaştırılması Tablo 10'da verilmiştir. Bakım alan bireylerde GYA indeksine göre yarı bağımlı bireylerin bakım yükü, beck depresyon puanı bağımlı ve bağımsız gruba göre daha yüksek bulundu, bakım alan bağımlı bireylerin anksiyete puan ortalamaları yarı bağımlı ve bağımsız gruba göre daha yüksek bulundu. EGYA indeksine göre bakım alan bağımlı bireylerin bakım yükü puan ortalamaları yarı bağımlı ve bağımsız gruba göre daha yüksek bulundu, bakım alan bağımsız bireylerin ise beck depresyon ve beck anksiyete puan ortalamaları bağımlı ve yarı bağımlı olan bakım alan bireylere göre daha yüksek olduğu tespit edildi. Zaybak ve ark (2012), Ilse ve ark (2008), Gayomali ve ark (2008) ve Yüksel ve ark (2007) çalışmalarında bakım alan hastaların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık durumu arttıkça bakım verenlerin bakım yüklerinin arttığı ve daha fazla zorluk yaşadıklarını belirtmişlerdir (87,133,134,135). Yapılan bir başka çalışmada yaşlılarda ki GYA, EGYA düzeyleri ile bakım verenlerin anksiyetesi arasında çok güçlü bir ilişki olduğu ve yaşlıların sağlık durumlarının bozulmasının, bakım verenlerdeki anksiyete ve depresyon düzeylerini arttırdığı tespit

edilmiş (136). Tam bağımlı veya yarı bağımlı bireyler kendi bakımlarına katılamadıkları için başkasının yardımına ihtiyaç duyarlar ve tüm yük bakım veren kişiye kalabilmektedir. Bu yüzden bakım veren bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları olumsuz etkilenebilir. Bakım alan bireylerin günlük ihtiyaçlarını karşılar durumda olması; bakım verenlerin kendilerine daha çok vakit ayırabilmelerini, genel durumlarını iyi yönde algılamalarını, endişe ve korkularının azalmasını sağlayabilir. Yapılan çalışmaların aksine EGYA indeksine göre bakım alan bağımsız bireylerin beck depresyon ve beck anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek çıkması, bakım veren bireylerin bakıma hazır olmayışları ile ilişkilendirilebilir.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada nöroloji servisinde yatmakta olan ve polikliniğe gelen inme hastalarına bakım veren kişilerin bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeyi incelenmiştir. Bu bağlamda çalışma sonuçları ve öneriler şunlardır;

- Araştırmaya 150 inme hastası ve bakım veren kişi katıldı. Araştırmaya katılan bakım alan hastaların yaş ortalaması $64,4 \pm 11,1$, %62'si kadın, %76'sı ilköğretim ve altı, %50'si bekâr, %90'ının çalışmadığı, %42'sinin hipertansiyonu olduğu, %92,7 si devamlı ilaç kullandığı saptandı.
- Bakım veren bireylerin yaş ortalaması $40,0 \pm 10,7$, %59,3 ü kadın, %48,7'si lise mezunu, %57,3'ü evli, %54'ünün çocuğu olduğu tespit edildi. %53,3'ünün hane gelirinin orta olduğu, %35,4'ünün bakım verenin kızı olduğu bulundu.
- Bakım verenlerin %70,7'si sağlığını iyi algıladığı, %68,7'si kronik hastalığının olmadığı, %67,3'ü ilaç kullanmadığı, %39,3'ü sigara/alkol kullanımının arttığı, %61,3'ü bakım vermeden kaynaklı uyku kalitesinin azaldığı, %35,3'ü bakımdan vermeden kaynaklı yorgunluk belirtilerinin olduğu bulundu.
- Bakım veren bireylerin %68'inin bakım vermede yardım aldığı, %70,7sinin bakımda yaşanan sorunların üstesinden gelebildiği, %56'sının bakım verme ile ilgili danışmanlık/egitim aldığı ve %50'sinin bu eğitimin hemşire tarafından verildiği tespit edildi.
- Araştırmaya katılan bakım veren bireylerin ZBVYÖ ortalama puanı 56,2, BDÖ ortalama puanı 17,5, BAÖ ortalama puanı 18,2 olarak saptandı.
- Araştırmaya katılan bakım alan hastaların GYA ortalama puanı 11,3, EGYA ortalama puanı 13,1 olarak tespit edildi.
- Araştırmaya katılan cinsiyeti kadın olan bakım veren bireylerin BAÖ erkeklerle göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0.05$).
- Araştırmaya katılan bakım veren bireylerin eğitim durumu lise ve altı olanların, üniversite mezunlarına göre BAÖ anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0,05$).
- Araştırmaya katılan bakım veren kişilerde evli olanların bakım yükü bekar olanlara göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0.05$).
- Araştırmaya katılan, sosyal güvencesi olmayan bakım veren bireylerin ZBVYÖ, BAÖ, BDÖ ortalama puanları sosyal güvencesi olanlara göre daha yüksek bulundu.

- Çocuk sahibi olan ve bir işte çalışan bakım veren bireylerin BAÖ çocuğu olmayanlara ve çalışmayanlara göre anlamlı ve yüksek bulundu ($p<0,05$).
- Bakım sürecinde sigara/alkol kullanımında artış olan bakım veren bireylerin, bakım yükü istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0,05$).
- Bakım vermeden kaynaklı fiziksel sağlık sorunu yaşayan bakım veren bireylerin BAÖ fiziksel sağlık sorunu yaşamayanlara göre anlamlı ve daha yüksek bulundu ($p<0,05$).
- Bakım vermeden kaynaklı ekonomik sorun yaşayan bakım verenlerin ZBYVÖ, BDÖ, BAÖ ortalama puanları, ekonomik sorun yaşamayan bireylere göre daha yüksek bulundu.
- Bakım vermede yaşanan sorunların üstesinden gelemeyen bakım veren bireylerin ZBVYÖ, sorunların üstesinden gelen bireylere göre anlamlı ve daha yüksek bulundu ($p<0,05$).
- ZBVYÖ ile BAÖ arasında pozitif yönlü, zayıf kuvvette anlamlı bir ilişki bulundu($r=0,222$), ($p<0,001$).
- Bakım veren kişilerin yaşı ile BAÖ arasında pozitif yönlü, zayıf kuvvette ilişki bulundu($r=0,277$), ($p<0,05$).
- BDÖ ile BAÖ skoru arasında pozitif yönlü, zayıf kuvvette anlamlı bir ilişki tespit edildi($r=0,266$), ($p<0,05$).
- GYA İndeksi ile bakım veren kişilerin yaşı arasında negatif yönlü, zayıf kuvvette anlamlı bir ilişki bulundu($r=0,162$), ($p<0,05$).
- Bakım alan kişilerin yaşı ile EGYA indeksi değerlendirildiğinde aralarında negatif yönlü, çok zayıf kuvvette, anlamlı bir ilişki olduğu tespit edildi($r=0,192$), ($p<0,05$).

Çalışmadan elde edilen bulgulara göre hazırlanan öneriler aşağıdaki şekilde sıralanabilir:

- İnmeli hastalara bakım verenlerin bakım yükünü azaltmak için evde bakım gereksinimleri doğrultusunda hastaneye yattığı ilk günden itibaren taburculuk eğitiminin sağlık personeli tarafından etkin bir şekilde verilmesi, hemşirelerin de bakım verenlerin ihtiyaçları doğrultusunda görev tanımları içinde yer alan eğitim, danışmanlık rollerini uygulamaya geçirmesine yönelik girişimlerde bulunması,

- Bakım veren bireylerden evli, kadın eğitim düzeyi düşük olan, kronik hastalığı olan bakım veren bireylere psikolojik destek sağlanması ve bakım yükünün azaltılması önerilip, bakım verenlerin duygu ve düşüncelerini rahatlıkla ifade edebilecekleri güvenli ortamı sağlanmalı,
- Bakım veren yükünün artmasına sebep olan faktörlerin her birey için farklılık gösterebileceğinin farkında olup, yaşanan sorunlarla baş etmelerine yönelik eğitim ve danışmanlık programlarının düzenlenmesi ve gerekli kurumsal desteğin sağlanması,
- İnmeli hastalara bakım veren aile bireylerinin bakım yükünü azaltmadaki önerileri doğrultusunda evde bakım hizmetleri ve toplum destek hizmetlerinin geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması,
- İnmeli hastalara bakım verenlerin bakım verirken yaşadıkları zorluklarla baş etmeleri için psikolojik ve sosyal destek sağlanması, bakım verenlerin dinlenip duygusal olarak rahatlayabileceği ortamlar oluşturulması,
- Hemşirelerin inmeli hastalara bakım verenlerin bakım yükü, anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemeye yönelik daha geniş örneklemli çalışmalar planlanması,
- Bakım verenlerin kendilerinde bazı belirtiler (mutsuzluk, stres, sorunlarla başa çıkamama, anksiyete vs.) fark ettiklerinde mutlaka bir doktora başvurarak yardım almaları,
- İnmeli hastalara bakım veren bireylerin ve hemşirelerin GYA ve bunları etkileyen etmenler konusunda bilgilendirilmesi ve bu bilgileri hemşirelik uygulamalarına yansıtmaları için desteklenmesi, hastaların bağımsızlığını mümkün olan en üst düzeye çıkarmak için yaşam ortamlarının fiziksel ve ergonomik yapısı GYA ve EGYA'da bağımlı olunan aktivitelere yönelik olarak düzenlenmesi önerilir.

7. KAYNAKLAR

1. Feigin VL, Forouzanfar MH, Krishnamurthi R, Mensah GA, Connor M, Bennett DA, (2010) et al.; *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010 (GBD 20120) and the GBD Stroke Experts Group. Global and regional burden of stroke during 1990-2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010.* Lancet 2014;383(9913):245-54.
2. Intercollegiate Stroke Working Party, (2012). *National Clinical Guideline for Stroke* (4th Ed.), London: Royal College of Physicians.
3. Bergström AL, Eriksson G, vonKoch L, Tham K. (2011). *Combined life satisfaction of persons with stroke and their caregivers: associations with caregiver burden and the impact of stroke.* Health Qual Life Outcomes, 2011;11(9):1.
4. Selçuk KT, Avcı D. (2016). *Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler.* Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2016;7(1):1-9.
5. Yu Y, Hu J, Efird JT, McCoy TP. (2013). *Social support, coping strategies and health-related quality of life among primary caregivers of stroke survivors in China.* Journal of Clinical Nursing, 2013;22(15-16):2160-71.
6. Özyeşil Z, Oluk A, Çakmak D. (2014). *Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükünün Durumluk-Sürekli Kaygıyı Yordama Düzeyi,* Anadolu Psikiyatri Dergisi 15:39-44.
7. Chadda RK. (2014). *Caring for the family caregivers of persons with mental illness,* Indian journal of psychiatry 2014;56(3):221.
8. Şirzai H, Ünsal Delialioğlu S, Sarı İF, Özel S. (2015). *İnme ve bakım verme yükü,* FTR Bil Dergisi. 2015;18(3):162-69.
9. Camak DJ. (2015). *Addressing the burden of stroke caregivers: a literature review.* J Clin Nurs 2015;24(17-18):2376-82.
10. Zhu, W, Jiang Y. (2018). *A meta-analytic study of predictors for informal caregiver burden in patients with stroke.* J Stroke Cerebrovasc Dis 27(12):3636-46.

11. Yıldırım S, Engin E, Başkaya VA. (2013). *İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yükü Ve Etkileyen Faktörler*. Nöropsikiyatri Arşivi. 50: 169-174.
12. Oğul, Ö. E., Düz, H., & Bumin G. (2013). *İnmeli Hastalara Bakım Verenlerde Görülen Bakım Yükü, Anksiyete ve Depresyon Durumunun İncelenmesi*. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi, 1(2), 136-137.
13. Bogiatzi, C., Wannarong, T., McLeod, A. I., Heisel, M., Hackam, D., & Spence, J. D. (2014). *Subtypes Of Ischaemic Stroke Classification System, Incorporating Measurement Of Carotid Plaque Burden: A New Validated Tool For The Classification Of Ischemic Stroke Subtypes*. Neuroepidemiology, 42(4), 243-251.
14. Koyu, E. B., Kaner, G., ve Yıldız, E. A. (2014). *İnme ve Beslenmenin İnme Üzerine Etkisi*, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(4), 112-118.
15. Annino G1, Alashram AR, Alghwiri AA, Romagnoli C, Messina G, Tancredi V et al. (2019). *Effect of segmental muscle vibration on upper extremity functional ability poststroke*, Medicine (Baltimore), 98(7):e14444.
16. Benjamin, E.J., Blaha, M.J., Chiuve, S.E., Cushman, M., Das, S.R., Deo, R., De Ferranti, S.D., Floyd, J., Fornage, M., Gillespie, C., Isasi, C.R., Jiménez, M.C., Jordan, L.C., Judd, S.E., Lackland, D., Lichtman, J.H., Lisabeth, L., Liu, S., Longenecker, C.T., Mackey, R.H., Matsushita, K., Mozaffarian, D., Mussolino, M.E., Nasir, K., Neumar, R.W., Palaniappan, L., Pandey, D.K., Thiagarajan, R.R., Reeves, M.J., Ritchey, M., Rodriguez, C.J., Roth, G.A., Rosamond, W.D., Sasson, C., Towfighi, A., Tsao, C.W., Turner, M.B., Virani, S.S., Voeks, J.H., Willey, J.Z., Wilkins, J.T., Wu, J.H., Alger, H.M., Wong, S.S., Muntner, P. (2017). *American Heart Association Statistics Committee And Stroke Statistics Subcommittee. Heart Disease And Stroke Statistics. Circulation. Mar 7;135(10):146-603. ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28122885/>]) (Erişim Tarihi:18.05.2019).*
17. Feigin VI, Krishnamurthi Rv, Parmar P, Norrving B, Mensah Ga, Bennett Da, Barker-Collo S, Et Al. Gbd 2013 Writing Group; Gbd 2013 Stroke Panel Experts Group. (2015) *Update on the Global Burden of Ischhemic and Hemorrhagic Stroke in 1990-2013: The GBD 2013 Study*. Neuroepidemiology, 45(3): 161-76.

18. TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU. 2019. *Ölüm Nedeni İstatistikleri* 2018. ([<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30626>]) (Güncelleme Tarihi: 26.04.2019) (Erişim Tarihi:03.09.2019).
19. Fang, M. C., Perraiillon, M. C., Ghosh, K., Cutler, D. M., and Rosen, A. B. (2014). *Trends in stroke rates, risk, and outcomes in the United States, 1988 to 2008*. The American Journal of Medicine, 127(7), 608-615.
20. <http://www.bdhd.org.tr/wp-content/uploads/2015/05/İnme-tanı-ve-tedavikılavuzu-2015-son.pdf>.
21. Uzuner, N., Kutluk, K., Balkan, S. (2018). *İnme Tanı ve Tedavi Kılavuzu*. ErişimAdresi:<http://www.bdhd.org.tr/wpcontent/uploads/2016/04/İnmeTanveTedavi%20Kılavuzu.pdf>.
22. Feigin VI, Parmar Pg, Barker-Collo S, Bennett Da, Anderson Cs, Thrift Ag, Stegmayr B, Rothwell Pm, Giroud M, Bejot Y, Carvil P, Krishnamurthi R, Kasabov N (2014) ; *International Stroke Incidence Studies Data Pooling Project Collaborators*. (2014) Geomagnetic Storms Can Trigger Stroke. Evidence From 6 Large Population-Based Studies in Europe and Australasia. Stroke, 45:1639- 1645.
23. MİDİ, İ., AFŞAR, N. (2010) . *İnme Risk Faktörleri*. Marmara Üniversitesi, TıpFakültesiNörolojiAnabilimDalı,İstanbul.[(http://www.klinikgelisim.org.tr/kg_10_1/1.pdf)].(Erişim Tarihi: 19.09.2019).
24. NAKUŞ, E. (2015) . *Kronik Börek Yetmezliği Hastalarında İskemik İnme Risk Faktörleri ve İnme Alt Tiplerinin İncelenmesi*.
25. WORLD HEALTH ORGANİZATİON, (2019) . *Global Burden of Stroke*. ([https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke]) (Erişim Tarihi:01.09.2019).
26. Çevik Y, Doğan Nö, Daş M, Ahmedali A, Kul S, Bayram H. (2015) *The association between weather conditions and stroke admissions in Turkey*, Int J Biometeorol, Jul;59(7):899-905.
27. Nakamura K, Barzi F, Lam TH, Huxley R, Feigin VL, Ueshima H, Woo J, Gu D,

- Ohkubo T, Lawes CM, Suh I, Woodward M. (2017) Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. *Cigarette smoking, systolic blood pressure, and cardiovascular diseases in the Asia-Pacific region. Stroke.* 39(6):1661-1694.ErişimAdresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18323508> Erişim Tarihi: 15.09.2017.
28. FESCİ, H., KUTLUTÜRKAN, S., ÖZER, Z. (2006) . *Serebrovasküler Hastalık Ve Hemşirelik*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 9(2).
29. Ceornodolea Ad, Bal R,Severens JI. (2017) *Epidemiology and managent of atrial fibrillation and stroke: rewiew of data from four european countries*. Stroke res treat 8593207.
30. Cora A, Partinico M, Munafo M, Palomba D. (2012). *Health Risk Factors in NAKUŞ*, E.
31. ARBOİX, A. (2015). *Cardiovascular Risk Factors for Acute Stroke: Risk Profiles in The Different Subtypes of İschemic Stroke. World J Clin Cases*. May 16;3(5):418-29. ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4419105/>]) (Erişim Tarihi: 13.03.2019).
32. BOEHME, A.K., ESENWA, C., ELKİND, M.S.V. (2017). *Stroke Risk Factors, Genetics and Prevention*. 120(3) S:472–95.
33. Guzik A, Bushell C. (2017) *Stroke epdemiology and risk factor management. Continuum (minneap minn.) cerebravascular disease*, 23:15-39.
34. Kaban Y. (2018) *İnme: Epidemiyoloji ve Risk Faktörleri*, Gökçe M,editör. İnme-1. Ankara: Türkiye Klinikleri; P.1-19.
35. ÇOBAN, K.E., ASLAN, E.K., KIRBAŞ, D. (2011). *İskemik Serebrovasküler Hastalıkta Metabolik Sendrom Sıklığı ve Karotis İntima-Media Kalınlığı İlişkisi* NöropsikiyatriArşivi.48S:234([<http://noropsikiyatriarsivi.com/sayilar/407/buyuk/234237.pdf>])(ErişimTarihi:15.8.2019).
36. Dundas J, Bennett B, Slark J. (2014). *Geçici İskemik Atak ve İnme Geçiren Hastalarda Bakım*, In: Woodward S, Mesteck AM. Editors, Topçuoğlu MA, Durna Z, Karadakovan A. Çeviri Editörleri, Nörolojik Bilimler Hemşireliğı Kanıta Dayalı

Uygulamalar (çeviri)'da, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 357-378.

37. Edward C. Jauch, Jeffrey L. Saver, Harold P. Adams, Askiel Bruno, J.J. (Buddy) Connors, Bart M. Demaerschalk, Pooja Khatri, Paul W. McMullan, Jr, Adnan I. Qureshi, Kenneth Rosenfield, Phillip A. Scott, Debbie R. Summers, David Z. Wang, Max Wintermark, Howard Yonas (2013), *on Behalf of the American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular Nursing, Council on Peripheral Vascular Disease, and Council on Clinical Cardiology. Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association*. Stroke 44:870-947.
38. Jauch EC, Saver JL, Adams HP Jr, Bruno A, Connors JJ, Demaerschalk BM, Khatri P, McMullan PW Jr, Qureshi AI, Rosenfield K, Scott PA, Summers DR, Wang DZ, Wintermark M, Yonas H. (2013), *Guidelines for the early management of patients with acute ischemic stroke: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association*. Stroke 44(3): 870- 947.
39. Musuka TD, Wilton SB, Traboulsi M, Hill MD.(2015) *Diagnosis and management of acute ischemic stroke: speed is critical* , CMAJ. 87(12):887-93.
40. Kamışlı S, Tecellioğlu M.(2016) , *İnme Nedir? İnmede Birincil ve İkincil Koruma*. Türkiye Klinikleri, J Cardiovasc Surg-Special Topics. 8(1):8-15, 2016.
41. SADLER, E., WOLFE, C.D., JONES, F., MCKEVITT, C. (2017) . *Exploring Stroke Survivors' and Physiotherapists' Views of Self-Management After Stroke: A Qualitative Study in 83 The UK*, BMJ Open. Mar 10. 7(3):011631 ([<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5353340/pdf/bmjopen-2016-011631.pdf>]) (Erişim Tarihi: 13.06.2019).
42. Kim, J.T., Cho, B.H., Choi, K.H., Park, M.S., Kim, B.J., Park, J.M., Kang, K., Lee, S.J., Kim, J.G., Cha, J.K., Kim, D.H., Nah, H.W., Park, T.H., Park, S.S., Lee, K.B., Lee, J., Hong, K.S., Cho, Y.J., Park, H.K., Lee, B.C., Yu, K.H., Oh, M.S., Kim, D.E., Ryu, W.S., Choi, J.C., Kwon, J.H., Kim, W.J., Shin, D.I., Il Sohn, S., Hong, J.H., Sung Lee, J., Lee, J., Bae, H.J., Saver, J.L., Cho, K.H. (2019) . *Association Between Time To Treatment And Functional Outcomes According To The Diffusion-Weighted*

Imaging Alberta Stroke Program Early Computed Tomography Score İn Endovascular Stroke Therapy, Eur J Neurol. Sep 19. ([<https://doi.org/10.1111/ene.14083>]) (Erişim Tarihi: 13.03.2019).

43. Mollaoğlu M, Tuncay FÖ, Fertelli TK. (2011). *İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yüğü Ve Etkileyen Faktörler*. DEUHYO ED 4 (3), 125-130.
44. Karahan, E., Köstekli, S., Çelik, S., & Demir, T. Y. (2020). *Meme cerrahisi uygulanan hastalarda taburculuk öncesi bilgi gereksinimleri*. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi, 9(2), 230-243.
45. Çetinkaya, F., & Aşiret, G. D. (2017). *Dahili ve cerrahi kliniklerindeki hastaların öğrenim gereksinimlerinin belirlenmesi*. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi, 10(2), 93-99.
46. Eğilli, C. S., & Sunal, N. (2017). *Demanslı hastaya bakım verenlerin bakım yüğü ve etkileyen etmenlerin belirlenmesi*. Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 3(2), 83-91.
47. Gedük, E. A. (2018). *Hemşirelik mesleğinin gelişen rolleri*. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 5(2), 253-258.
48. Sezer, A., Demirbaş, H., & Kadioğlu, H. (2015). *Evde bakım hemşireliğı: mesleki yetkinlikler ve eğitim standartları*. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 23(2), 160-165.
49. Bakas T, Austin JK, Habermann B, Jessup NM, McLennon SM, Mitchell PH (2015). et al. *Telephone assessment and skill-building kit for stroke caregivers: a randomized controlled clinical trial*. Stroke 46(12):3478-87.
50. Dağdeviren TS. (2017), “*Kliniğı Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Bakım Veren Yakınlarında Bakım Yüğüünün Değerlendirilmesi*” (Tez), Ankara İli 2.Bölge Kamu Hastaneler Birliğı Genel Sekreterliğı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliğı Uzmanlık Tezi , Ankara.
51. Aşiret D, Kapucu S. (2012). *İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakım Yüğü*. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 3(1):46-51, 2012.

52. Karaman S, Karadakovan A.(2015). *İnmeli Hastaların Bakım Veren Hasta Yakınlarının Bakıma Hazır Oluşluk Ölçeği Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması.*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 31(1):1-10.
53. İnci FH, Kartal A, Koştı N. (2017). *İnmeli Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yüküne Yönelik Kanıta Dayalı Uygulamalar.* Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics. 3(1):46-51.
54. İnci, F.H., Temel, A.B. (2016). *İnmeli Hastaya Bakım Veren Aile Bireylerinin Gereksinimleri: Sistematik İnceleme.*, Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 3(3): 28-43.
55. Yıldırım GF. (2014). “*Psikiyatri Hastalarına Bakım Verenlerin Ruhsal Durumları ve Bakım Yükünün Değerlendirilmesi*” (Tez) Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
56. Dalgıç C. (2015). “*Larenjektomi Olan Hasta Yakınlarının Bakım Yüklerinin ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi*” (Tez) Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
57. Demircioğlu A. (2017). *İnme Hastalarına Verilen Ev Egzersiz Programının Bakım Veren Yüküne Etkisi.* İ.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
58. Çelik A. (2014), *İnmeli Hastalarda Fonksiyonel Durumun Bakım Verenlerin Bakım Yüküne ve Yaşam Kalitesine Etkisi* Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
59. Çoban ve Karaman, (2013); 19 Temizel ve Dağ, 2014; Ediz ve ark., 2017; Villatte ve ark., 2017; Akın ve Çetin, 2017; WHO, 2017; Özhan ve Boyacı, 2018).
60. Avcı YD, Gözüml S, Özer Z. (2016). (Interventions to Develop Caregivers Competence of Families Caregivers of Patients with Stroke: A Systematic Review) *İnmeli Hastaların Ailelerinin, Bakım Verme Yeterliliğini Geliştirmek İçin Yapılan Girişimler: Sistematik Derleme.* Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care.10(3);164-74.

61. Öksüz G. (2012). *Kadın Ve Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran Evli Kadınların Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi*, Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı, Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı, İstanbul. 2012, 21-25.
62. Kuş, C. (2016). *Eşi gebe olan Erkeklerde Anksiyete Düzeyinin Değerlendirilmesi*, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi.
63. Özdemir, G.S. (2015). *Duyusal Yememin Depresyon, Anksiyete ve Stres Belirtileri ile Olan İlişkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi/Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
64. Koroğlu, (2014). E. DSM-5 Tanı Ölçütleri El Kitabı. HYB Yayıncılık, Ankara.
65. Loh AZ, Tan JS, Zhang MW, (2017) et al. *İnme geçirenlerin bakıcıları arasında kaygı ve depresif belirtilerin küresel prevalansı* . *J Am Med Dir Doç*. 18 :111–6.
66. Öztürk, O. and U. (2018). *A.Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevleri.
67. Sücüllüoğlu Dikici, D., Aşçıbaşı, K., Aydemir, Ö. (2017). DSM-5 Ölçek Çalışma Grubu DSM-5 *Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerliliği ve Güvenilirliği*. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2017;18(Ek Sayı 2), 51-56.
68. Ödemiş, H. (2018). *İnmeli Hastaların Primer Bakım Vericilerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla.
69. Zarit SH, Zarit JM. (1990). *The memory and behavior problems checklist and the Burden Interview*. University Park, PA: Pennsylvania State University Gerontology Center.
70. İnci, H.F. (2006). *Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik Ve Güvenilirliği*. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
71. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. (1961). "An inventory for measuring depression", *Archives of General Psychiatry*, 4: 561-571.

72. Hisli, N. (1988). *Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma*. Psikoloji Dergisi.
73. Steer, R. A., Beck, A. T., & Garrison, B. (1986). *Applications of the Beck Depression Inventory*. In Assessment of Depression. https://doi.org/10.1007/978-3-642-70486-4_13.
74. Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). *An Inventory For Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties*. Journal of Consulting and Clinical Psychology(56), 893–897.
75. Ulusoy, M., Sahin, N. H., & Erkmen, H.(1998). *Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties*. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly.
76. Katz S, Ford AB, Maskowitz RW, Jackson BA JM. (1963). Studies of illness in the aged: the index of ADL: A *Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function*. JAMA.:(185:914):9.
77. Altın M. (2006). *Alzheimer tipi demans hastalarına bakım verenlerde tükenmişlik ve anksiyete*, Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
78. Lawton MP, Brody EM. (1969). *Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living*. Gerontologist; 9:179-186.
79. Dayapoğlu, N., Tan, M. (2009). *İnmeli hastaların aileden algıladıkları sosyal destek*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi; 12, (s. 4).
80. Hagedoorn, I.E., Keers, C.J., Jaarsma, T., Schans, P.C., Luttik, A.L.M., Paans, W. (2019). *The association of collaboration between family caregivers and nurses in the hospital and their preparedness for caregiving at home.*; Geriatric Nursing. (s. 1-8).
81. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. (2013). *Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması*. <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>. Erişim tarihi:04.04.2019.
82. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Canlı Özer Z.

- (2011). *Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri*. Dicle Tıp Dergisi; 38(1):57-65.
83. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. (2018). *İstatistiklerle Yaşlılar*. <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30699>. Erişim tarihi: 04.05.2019.
84. Akosile CO, Banjo TO, Okoye EC, Ibikunle PO, Odole AC. (2018). *Informal caregiving burden and perceived social support in an acute stroke care facility*. Health Qual Life Outcomes ;16(1):2-7.
85. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, (2010). et al. *Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study*. The Lancet;376(9735):112-23.
86. Tuna M, Olgun N. (2010). *İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Algılanan Sosyal Desteğin Rolü*. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi; 41-52.
87. Zaybak A, Güneş Ü, Osmanoğlu EG. (2012). *Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi; 15(1): 48-54.
88. Barbosa A, Figueiredo D, Sousa L, Demain S. *Coping with the caregiving role (2011): differences between primary and secondary caregivers of dependent elderly people*. Aging Ment Health; 15(4):490-499.
89. Lu N, Liu J, Lou VWQ. (2016). *Exploring the reciprocal relationship between caregiver burden and the functional health of frail older adults in China: A cross-lag analysis*. Geriatr Nurs (Minneap);37(1):19-24.
90. Taşdelen P. (2012). *Evde bakım hizmetlerine olan ihtiyacın belirlenmesi konusunda bir araştırma*. Yüksek lisans tezi.
91. Unver V, Basak T, Tosun N, Aslan O, Akbayrak N. (2016). *Care Burden and Self-Efficacy Levels of Family Caregivers of Elderly People in Turkey*. Holist Nurs Pract; 30(3):166-173.
92. Yaşar EK. (2009). *Yaşlıya evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve etkileyen*

faktörler. Yüksek lisans tezi.

93. Sequeira C. (2013). *Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers*. J Clin Nurs.;22(3-4):491- 500.
94. Perrig-Chiello P, Hutchison S. (2011). *Family Caregivers of Elderly Persons*. J Gerontopsychology Geriatr Psychiatry;23(4):195-206.
95. Cheng HY, Chair SY, Chau JPC. (2018). *Effectiveness of a strength-oriented psychoeducation on caregiving competence, problem-solving abilities, psychosocial outcomes and physical health among family caregiver of stroke survivors: A randomised controlled trial*. Int J Nurs Stud; 87:84-93.
96. McCurley JL, Funes, CJ, Zale EL, Lin A, Jacobo M, Jacobs JM (2018), et al. *Preventing chronic emotional distress in stroke survivors and their informal caregivers*. Neurocrit Care; 30(3):1-9.
97. Taghinejad H, Otaghi M, Nikan A, Beiranvand R. (2018). *Investigating the effects of nurse post-discharge follow-up phone calls on the self-efficacy of patients caregivers suffering from stroke*. Bali Medical Journal; 7(3): 682-8.
98. Gürol A, Çapık C. (2014). *Yaşlıya evde bakım verenlerin bakım verme yükünün değerlendirildiği bir araştırma*. STED; 23(2): 65-72.
99. Alpteker H. (2008). *65 yaş ve üstü bireylere evde bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi*. Yüksek lisans tezi.
- 100.Or R. (2013). *Yaşlıya bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükü ve bakım verenin iyilik hali*. Yüksek lisans tezi.
- 101.Gratão ACM, da Silva Talmelli LF, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. (2013). *Functional dependency of older individuals and caregiver burden*. Rev da Esc Enferm; 47(1):134-141.
- 102.Cingil D, Gözüm S, Bodur S. (2015). *Verilen eğitimin bakım verme yeterliliği ve yaşlı bakımı bilgi düzeyine etkisi*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg; 18(4).
- 103.Mello J de A, Macq J, Van Durme T, ve ark. (2016). *The determinants of informal caregivers' burden in the care of frail older persons: a dynamic and role-related*

perspective. Aging Ment Health; 7863(April):1-6.

- 104.Şahin S, Boyacıoğlu H, Taşar PT, Kozan E, Sarıkaya OF, Akçiçek F. (2016). *Bornova ilçesinde yaşayan 65 yaş üzeri nüfustaki fonksiyonel bağımlılık oranları.* Ege Tıp Derg; 55(2):65-70.
- 105.Loureiro LSN, Fernandes MGM, Marques S, Nobrega MML, Rodrigues RAP (2013). *Burden in family caregivers of the elderly: prevalence and association with characteristics of the elderly and the caregivers.* Rev Esc Enferm USP; 47(5): 1129-36.
- 106.Demirlek, Ş. (2015). *Yatağa Bağımlı Olan Hastalara Bakım Veren Kişilerin Depresyon Düzeyi, Bakım Yükü ve Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler* Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 107.Büyükbayram Z.(2014). *Kemoterapi Alan Hasta ve Bakım Veren Anksiyete Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler.* Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi.
- 108.Bekdemir, A. (2014). *Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin yaşadıkları sorunlar ve bakım yükünün belirlenmesi* Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 109.Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. (2012). *KOAH'lı hastaların bakım vericilerinde bakım yükü ve yaşam kalitesi.* Turk Toraks Derg; 13(3): 87-92.
- 110.Metin, Z. M., Karadas, C., Balci, C., Cankurtaran, M. (2018). *The Perceived Caregiver Burden Among Turkish Family Caregivers Providing Care for Frail Older Adults.* Journal of Transcultural Nursing, 30(3): 222-230.
- 111.Işık K. (2013). *Yaşlı Hastaya Evde Bakım Verenlerin Yaşam Doyumları ile Bakım Yükleri Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler.* Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Malatya: İnönü Üniversitesi..
- 112.Koçak, G. (2011). *İnmeli Hastalarda Bakım Vericinin Yükü.* Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- 113.Park B, Kim SY, Shin JY, Sanson-Fisher RW, Shin DW, Cho J, Park JH. (2013).

- Prevalence and predictors of anxiety and depression among family caregivers of cancer patients: a nationwide survey of patient–family caregiver dyads in Korea.* Support Care Cancer, 21: 2799-807.
114. Chiao, C. Y., Wu, H. S., & Hsiao, C. Y. (2015). *Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: A systematic review.* International Nursing Review, 62(3), 340-350.
115. Mashayekhi, F., Pilevarzadeh, M., & Rafati, F. (2015). *The assessment of caregiver burden in caregivers of hemodialysis patients.* Materia Socio-Medica, 27(5), 333.
116. Boztaş MH, Arısoy Ö. (2010). *Tıbbi hastalıklarda depresyon: tanısal sorunlar.* Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar; 2:318-32.
117. Reinhard SC, Given B, Petlick NH, Bemis A. (2008). *Supporting Family Caregivers in Providing Care.* Patient Saf Qual An Evidence-Based Handb Nurses: 341-404.
118. WHO. Home Based Long-Term Care Report.; (2000). http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42343/1/WHO_TRS_898.pdf.
119. Buchanan RJ, Radin D, Huang C. (2011). *Caregiver burden amount informal caregivers assisting people with multiple sclerosis.* International Journal of MS Care;13:76-83.
120. 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.
121. 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.
122. Das, S., Hazra, A., Ray, B.K., Ghosal, M., Banerjee, T.K., Roy, T. ve diğerleri. (2010). *Burden among stroke caregivers results of a community-based study from Koklata, India.* Stroke, 41(12), 2965-2968.
123. Gülpak, M., Kocaöz, S. (2014). *Hemodiyaliz Tedavisi Alanlara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler.* TAF Prev Med Bull, 13(2): 99- 108.

- 124.Brinda EM, Rajkumar AP, Enemark U, Attermann J, Jacob KS. (2014). *Cost and burden of informal caregiving of dependent older people in a rural Indian community*. BMC Health Serv Res;14:207.
- 125.Butler SS, Turner W, Kaye LW, Ruffin L, Downey R. (2005). *Depression and Caregiver Burden Among Rural Elder Caregivers*. J Gerontol Soc Work;46(1):47-63.
- 126.Kim SW, Kim JM, Stewart R, ve ark. (2006). *Correlates of caregiver burden for Korean elders according to cognitive and functional status*. Int J Geriatr Psychiatry;21(9):853-861.
- 127.Akosile CO1 , Banjo TO2. (2018). *Informal caregiving burden and perceived social support in an acute stroke care facility*. Health Qual Life Outcomes.Apr 5;16(1):57. doi: 10.1186/s12955- 018-0885-z.
- 128.Candy, B., Jones, L., Drake, R., Leurent, B., & King, M. (2011). *Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011, CD007617.
- 129.Özsoy, Z., (2013). *Kemoterapi Uygulanan Hastaların Birinci Derece Yakınlarında Depresyon ve Anksiyete Sıklığı*, in Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Celal Bayar Üniversitesi: Manisa.
- 130.Yaşar, F. (2008). *Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Gereksinimleri, Bakım Verme Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara.
- 131.Şahin, Z., Polat, H., Ergüney, S. (2009). *Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi*. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 12(2), 1-9.
- 132.Erdem M. (2005). *Yaşlıya bakım verme*. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi; 8:101-106.
- 133.Ilse IB, Feys H, Wit L, Putman K, Weerdt W. (2008). *Stroke caregivers' strain: prevalence and determinants in the first six months after stroke*. Disability and

Rehabilitation;30(7):523-30.

134. Gayomali, C., Sutherland, S., & Finkelstein, F. O. (2008). *The challenge for the caregiver of the patient with chronic kidney disease*. Nephrology Dialysis Transplant; 23, 3749–3751.
135. Yüksel, G., Varlıbaş, F., Karlıkaya, G., Şıpka, Y., Tireli, H. (2007). *Parkinson Hastalığında Bakıcı Yükü*. Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozuklukları Dergisi, 10(1-2), 26-34.
136. Mahoney R, Regan C, Katona C.(2005), et al. *Anxiety and depression in family caregivers of people with Alzheimer disease: The LASER-AD study*. American Journal of Geriatric Psychiatry; 13: 795-801.